



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTES Y RECREACIÓN

Descripción de los efectos del Surf como herramienta complementaria en la adherencia al proceso de rehabilitación de adolescentes drogodependientes del centro Prosain Adolescentes.

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PROFESOR(A) DE EDUCACIÓN
FÍSICA, DEPORTES Y RECREACIÓN**

Autores:

Diego Marcelo Leiva Reyes

Francisca Fernández Santa Cruz

Profesora Guía: Elisa Araya

Profesora Colaboradora: Francisca Silva

Santiago de Chile, Marzo 2019



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTES Y RECREACIÓN

**Descripción de los efectos del Surf como herramienta complementaria en la
adherencia al proceso de rehabilitación de adolescentes drogodependientes
del centro Prosain Adolescentes.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PROFESOR(A) DE EDUCACIÓN
FÍSICA, DEPORTES Y RECREACIÓN**

Autores:

Diego Marcelo Leiva Reyes

Francisca Fernández Santa Cruz

Profesora Guía: Elisa Araya

Profesora Colaboradora: Francisca Silva

Santiago de Chile, Marzo 2019

AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes, gracias por creer y atreverse. Dedico este trabajo a mi familia y amigos, quienes me han apoyado y acompañado siempre, cada uno a su manera. A Francisca Silva, por su dedicación, compromiso y entrega, agradecida por tanto aprendizaje. A Javi y Re, por el amor, la compañía y la complicidad.

Francisca Fernández Santa Cruz.

Agradecer a cada uno de los que hicieron posible la realización de esta tesis, en especial a la profesora Francisca Silva Campos quien aportó de gran manera a nuestra formación como docentes. También mencionar el profundo agradecimiento a cada uno de los jóvenes que participaron del programa. Finalmente mencionar a mi familia y los “Fumaos” que me ayudaron a afrontar de la mejor forma esta experiencia.

Diego Marcelo Leiva Reyes.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL	12
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Justificación	16
CAPÍTULO II: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1 Objetivo General	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	21
3.1 Drogodependencia.....	21
3.2 Adherencia.....	33
3.3 Adolescencia.....	41
3.4 Actividad Física y Deporte	48
3.4.1 Surf	51
CAPÍTULO IV: MARCO REFERENCIAL.....	53
4.1 Ocean Therapy	53
4.2 Valpo Surf Project	53
4.3 Te Mahatu, Surf Social.....	54
4.4 Give Surf Chile	54
4.5 International Surf Therapy Organization (ISTO).....	55
CAPÍTULO V: MARCO METODOLÓGICO	57
5.1 Tipo de Investigación	57
5.2 Diseño de la investigación	57
5.3 Muestra	59
5.4 Instrumentos de recolección de datos.....	61
5.4.1 Observación.....	61
5.4.2 Cuestionarios.....	61
5.4.3 Documentos Escritos y Registros Anecdóticos.....	63
5.4.4 Material Audiovisual.....	63

5.4.5 Entrevistas a funcionarias del Centro	63
5.5 Procedimiento	64
5.5.1 Preparación docente	64
5.5.2 “Todos Pueden Surf”	65
5.5.3 Trabajo de Campo y Recolección de datos	67
CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	68
6.1 Motivación	69
6.2 Compromiso	73
6.3 Programa De Surf	77
6.4 Triangulación de datos	81
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	87
7.1 Limitaciones del estudio	91
7.2 Futuras líneas investigativas	92
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES.....	94
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	106

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES - TABLAS - ESQUEMA

Ilustraciones

Ilustración nº1: Factores que intervienen en la drogodependencia.....	22
Ilustración nº2: Estadios del cambio según el Modelo Transteórico.....	29
Ilustración nº 3: Las 5 dimensiones de la adherencia terapéutica.....	33

Tablas

Tabla nº1: Modelos Explicativos de drogodependencia.....	23
Tabla nº2: Criterios para la dependencia y abuso de sustancias”.....	24
Tabla nº3: Estrategias para el incremento de la retención.....	37
Tabla nº4: Factores relacionados con el abandono prematuro.....	38
Tabla nº5: Características del desarrollo biológico, intelectual, psico-social y sexual durante la adolescencia”.....	42
Tabla nº6: Objetivos de cuestionarios aplicados a participantes del programa “Todos Pueden Surf”.....	62
Tabla nº7: Asistencia de jóvenes al programa “Todos Pueden Surf”.....	80

Esquema nº1: Clasificación fases de desarrollo psicosocial de la adolescencia.....	42
---	----

RESUMEN

El presente trabajo de pregrado académico tiene como objetivo describir los efectos que origina la participación en el programa “Todos Pueden Surf”, en la adherencia de adolescentes drogodependientes al proceso de rehabilitación.

Para el logro de este objetivo, se identificará el estado inicial de los adolescentes en aspectos relacionados con su participación y compromiso con el programa, a través de distintos instrumentos de medición. Dichos aspectos, buscarán ser fomentados mediante el aprendizaje y la práctica del Surf, involucrando a los usuarios en un programa de diez sesiones de trabajo, que implican actividades en seco, en piscina, y en mar.

Durante el programa de intervención, y finalizado este, se evaluará nuevamente la situación de cada uno de los sujetos en cuanto a su adherencia al tratamiento, para identificar los posibles cambios en dicho aspecto, con respecto a la situación inicial.

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se revisa el estudio correspondiente a la aplicación del programa "Todos Pueden Surf" (Guajardo y Silva, 2013) en el Centro de Tratamiento Ambulatorio Prosain Adolescentes, de la ciudad de Quillota (V Región); programa del cual participaron 5 jóvenes en situación de vulnerabilidad de derechos, de entre 14 y 17 años. La intervención consistió en ocho sesiones destinadas al aprendizaje del Surf, mediante una metodología alternativa a su aprendizaje en el mar, propia del programa en cuestión.

Para ello, en el Capítulo I: Marco Contextual se hace un acercamiento al mundo de la drogadicción desde un punto de vista internacional, y luego se expone la situación actual de Chile respecto a la población drogodependiente adolescente, y su relación con las políticas públicas que les conciernen. Se plantea la siguiente interrogante, que da paso al desarrollo de la investigación: ¿Cómo el aprendizaje del Surf impacta en la adherencia al programa de rehabilitación de adolescentes drogodependientes del centro Prosain Adolescentes, en la ciudad de Quillota (Región de Valparaíso)?

En el Capítulo II se plantean los objetivos de la investigación, tanto el general como los específicos. La búsqueda de dichos objetivos conduce a indagar y profundizar en los principales conceptos involucrados en la investigación. De esta manera, el Capítulo III: Marco Teórico del presente documento, define y describe los cuatro ejes centrales de la investigación: Drogodependencia, Adherencia, Adolescencia, Actividad Física y Deporte. Mientras que en Capítulo IV: Marco Referencial, se hace mención a proyectos y programas que utilizan el Surf como herramienta para intervenir sectores vulnerables de la sociedad.

En el Capítulo V: Marco Metodológico, se presenta el tipo de investigación realizada, incluyendo: diseño de la investigación, muestra, instrumentos para la recolección de datos y el procedimiento llevado a cabo.

Dentro del Capítulo VI: Presentación y Análisis de Datos se describen los resultados obtenidos, procediendo a relacionar y analizar la información recopilada mediante distintas fuentes; para luego en el Capítulo VII: Discusión de Resultados, poner en tensión distintos temas que forman parte de la investigación, para así nutrirla desde diferentes perspectivas.

Para finalizar se encuentra el Capítulo VIII: Conclusiones, donde se encuentra la descripción de los efectos del Surf como herramienta complementaria en la adherencia al proceso de rehabilitación de adolescentes drogodependientes del centro Prosain Adolescentes.

CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL

1.1 Planteamiento del problema

El desarrollo de un patrón de consumo de sustancias repetitivo en adolescentes, conlleva una serie de consecuencias que afectan a la salud física del consumidor, ya que además de los efectos nocivos generados por las distintas sustancias en el cuerpo, puede provocar pérdida de interés en actividades saludables; la salud mental de los consumidores también se ve afectada, el consumo repetitivo puede provocar fracaso o deserción escolar y deterioro en la capacidad del joven de establecer y mantener relaciones interpersonales (Instituto Nacional de Abuso de Drogas – NIDA, 2014).

Como complemento de lo anterior, el estudio realizado por Fernández-Serrano (2012) del que participaron 31 pacientes dependientes de cocaína (PDC), concluyó que los PDC presentan déficits en Inteligencia Emocional y en la habilidad específica de reconocimiento de expresiones faciales emocionales, indicando que dichas carencias se relacionan con una estructura de pensamiento inflexible, falta de decisión sobre la conducta ante situaciones percibidas como descontrolables y, como consecuencia, dificultades en el establecimiento de relaciones personales y sociales gratificantes.

En América Latina, según el Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados, de 15 a 64 años (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2008), Chile es el país con más prevalencia de consumo de marihuana y alcohol; y el segundo en prevalencia de consumo de cocaína. De acuerdo al Informe Mundial sobre Drogas 2010, Chile presenta la mayor prevalencia de consumo de cocaína en estudiantes de 15 a 16 años de América del Sur (MINSAL, 2013).

Según el Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en población Escolar en Chile realizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) 2015, las declaraciones de consumo de

marihuana de último año alcanzan niveles significativamente mayores que en los investigaciones de años anteriores, llegando a un 34,2%, lo que equivale a 3,6 puntos porcentuales más que los registrados en el año 2013 y 19,1 puntos porcentuales más que 2009, siendo este resultado el más alto de la serie de estudios. En este mismo estudio, también se manifiesta un aumento en el consumo por parte de la población escolar chilena, de: cocaína, pasta base e inhalables y tranquilizantes sin receta médica. Específicamente en la Región de Valparaíso, las declaraciones de uso de alcohol en el último mes en la región se ubican por sobre el promedio nacional, las declaraciones sobre consumo de marihuana en el último año llegan a un 35,1%, con una variación significativa 4,2 puntos porcentuales respecto de 2013; este indicador es el más alto de toda la tendencia en la serie de estudios, encontrándose por sobre la prevalencia nacional (34,2%) (SENDA, 2016).

El Gobierno de Chile, mediante dos entidades estatales: el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), ofrece tratamiento gratuito a personas beneficiarias de FONASA en centros públicos y privados. Cuenta con programas para la población adulta e infanto-adolescente, los cuales brindan atención ambulatoria o residencial a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas, con un compromiso biopsicosocial severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica (la que debe estar estabilizada).

Específicamente para la población infanto-adolescente, SENDA presenta los siguientes programas: tratamientos con acompañamiento judicial para imputados menores de 18 años; tratamiento para menores infractores de la ley con consumo problemático de alcohol y otras drogas; tratamiento ambulatorio y residencial para niños, niñas y/o adolescentes de población general según complejidad diagnóstica (con diagnóstico de consumo perjudicial o dependiente de riesgo bajo a moderado) (SENDA, s.f). Esta oferta continúa siendo insuficiente para la demanda y necesidad de tratamiento, particularmente para aquellos adolescentes que no han cometido infracción de ley y aquellos niños y niñas que

presentan una complejidad del trastorno mayor a lo abordado por las Garantías Explícitas en Salud - GES (SENDA, 2018).

Como antecedente, según el último reporte publicado por SENDA, en el año 2017 se atendieron 29.607 personas en los programas que presentan convenio con este organismo estatal. De esta cifra, 1.433 (18% del total de atendidos) corresponden al programa Infanto-Adolescente, el cual tuvo un alza de 19% en relación al año 2016. Dicho programa, presentó una cantidad de egresos de 748 personas en el año 2017, de los cuales la mayor parte fue por alta terapéutica (35%), seguido por el abandono del tratamiento (29%) y el alta administrativa (9%). El grupo etario con la tasa más alta de abandono, fue el grupo de entre 10 y 15 años (35,6%), seguido por el grupo comprendido entre los 16 y 17 años (30,4%) (SENDA, 2018).

Como se puede apreciar en las cifras mencionadas anteriormente, existe una alta tasa de abandono del tratamiento en adolescentes. Al ser estudiado por distintos autores (López-Goñi et al., 2008; Domínguez et al., 2008), se concluye que el abandono del tratamiento puede deberse a distintos factores: temas relacionados con los límites impuestos por el mismo programa, considerar que ya se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente, cansancio de los grupos de tratamiento, deseo de seguir consumiendo, mala relación con los terapeutas, mala relación con otros usuarios del programa, haber transgredido las normas, entre otros. En otras palabras, los anteriores son factores que deben ser considerados al momento de buscar adherencia de los usuarios al tratamiento de rehabilitación, fomentando así la continuidad y permanencia en el proceso.

Considerando lo anterior, fomentar la adherencia a los tratamientos de rehabilitación en jóvenes, y así prevenir el abandono, se transforma en un tema importante a tratar como parte de la solución al problema de la drogodependencia adolescente, ya que como se mencionó, la adherencia al tratamiento es fundamental para el éxito del mismo.

Para enfrentar la situación de la drogodependencia, existen distintas corrientes de tratamientos; una se aproxima al sujeto con el objetivo único y exclusivo de sustraer la droga de sus vidas, para así eliminar la dependencia; mientras que otra mirada de tratamiento se aproxima a la persona desde un enfoque integral y global, abordando el consumo dentro de un conjunto de situaciones más amplias que la droga misma, como lo es la situación familiar, social y económica de cada uno de los usuarios, involucrando seguimiento médico y psicológico en el proceso.

En este contexto, teniendo presente las múltiples dimensiones que componen al ser humano (cognitiva, afectiva, física, familiar, social, etc), la actividad física se transforma en un elemento más del proceso de rehabilitación, entregando a los sujetos un espacio donde pueden trabajar diversas áreas de su persona: habilidades sociales, estado de ánimo, ansiedad, tolerancia a la frustración, capacidad de trabajo en equipo, esforzarse por alcanzar objetivos a largo y mediano plazo, concientizar la toma de decisiones y sus consecuencias, entre otros (Hernangil et al., 2011). Todo esto, en función de fomentar la permanencia del sujeto en el proceso de rehabilitación, y así completar el programa del que es parte. En este sentido, y considerando que según las estadísticas Chile es un país que va aumentando poco a poco los niveles de consumo de sustancias en la población adolescente, la práctica de deporte y/o actividad física se transforma en un derecho social, pues entrega herramientas que pueden aportar a este problema de salud pública, del cual somos responsables como sociedad.

En la actualidad, en Chile existen distintos proyectos sociales que utilizan el aprendizaje del Surf como herramienta para generar cambios, la Fundación GiveSurf Chile es uno de ellos. Su labor, como parte de un programa extracurricular implementado en los municipios de Matanzas, Cartagena y Arica, es impulsar social y económicamente las comunidades costera a través del Surf, creando jóvenes líderes locales, entregándoles herramientas para que tengan un mejor desarrollo futuro para ellos y para su comunidad. Consiste en un programa

educacional basado en tres principales valores: Vida Sana, Respeto por el Medio Ambiente, Emprendimiento y Liderazgo.

Sin embargo, no se tiene registro de proyectos que trabajen relacionando Surf y adherencia a tratamientos de drogodependencia, por lo que a partir de los antecedentes mencionados, surge la siguiente interrogante: ¿Cómo el aprendizaje del Surf impacta en la adherencia al programa de rehabilitación de adolescentes drogodependientes del centro Prosain Adolescentes, en la ciudad de Quillota (Región de Valparaíso)?

1.2 Justificación

Los bajos niveles de adherencia al tratamiento para las drogodependencias presentadas por la población adolescente, reflejada en las altas tasas de abandono mencionadas anteriormente, deja en evidencia la necesidad de un cambio a la hora de fomentar la adherencia en este grupo etario en particular.

Lo anterior, debido a que la adherencia está relacionada directamente con el nivel de logro alcanzado al egresar del programa, es decir: mientras menos tiempo el sujeto permanezca en tratamiento, menor será el nivel de logro alcanzado al egresar; por el contrario, más tiempo de permanencia implica un mayor nivel de logro al egresar del programa (SENDI, 2018); esto en el contexto de un tratamiento de calidad, con objetivos e intervenciones específicas para las necesidades de cada uno de los usuarios.

A nivel social, el consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera, así como problemas legales asociados al consumo problemático de sustancias. Es una de las principales causas de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras (OMS, 2018). El

cerebro adolescente parece especialmente vulnerable a los efectos del alcohol, en particular las regiones de maduración más tardía. La exposición del cerebro al alcohol de forma temprana puede afectar gravemente a la forma en cómo éste se desarrolla, limitando su futuro y potencial individual (Cadaveira, 2009).

Considerando lo anterior, cabe mencionar que la toma de decisiones por parte de los drogodependientes impactan al individuo en cuestión, a su entorno familiar, a sus relaciones afectivas y a la sociedad de la cual forma parte. Por lo tanto, trabajar este aspecto en particular de la drogodependencia se vuelve crucial en el proceso de rehabilitación. Rossi (2016), señala que una de las formas de hacerlo, es mediante la actividad física, sosteniendo que la práctica deportiva enseña a controlar la impulsividad y el juego permite sopesar las distintas consecuencias de una decisión y/o acción. Junto con lo anterior, menciona algunos de los principales beneficios de la actividad física asociada a la drogodependencia: aumenta la tolerancia a la frustración; disminuye la ansiedad, el estrés y la depresión; aumenta el bienestar general; aumenta la autoestima; enseña limitaciones y posibilidades; aumenta la autoconfianza y seguridad; previene conductas de riesgo; mejora la comunicación y la capacidad de relación social. Las actividades deportivas fomentan también, el espíritu de equipo, la conciencia de una meta común y el aprendizaje en la necesidad de trabajar para conseguir objetivos a medio y a largo plazo.

Con respecto a la actividad física en el medio acuático, Albarracín y Moreno (2011) declaran: *“El dominio del cuerpo en un medio diferente al habitual tiene que ver con la seguridad y, por consiguiente, con la seguridad del yo, así como su responsabilidad individual e independencia”*. Cita que da paso a un análisis del impacto que tiene la experiencia en el medio acuático, sobre las personas que lo practican.

Camarero (2000), citado en Escarbajal de Haro (2012), sostiene que las actividades en el medio acuático participan en la formación y desarrollo integral de la persona, potenciando su capacidad para desenvolverse con cierta autonomía e independencia en un medio no habitual; encontrando así, un campo de

experiencias nuevas y enriquecedoras que se convierten en una fuente de motivación en sí mismas. Cabe destacar que según Albarracín y Moreno (2011), la tendencia placentera y motivacional dependerá de las vivencias y metodologías que se utilicen en los primeros contactos con el medio acuático, pudiendo ser beneficioso tanto para la motivación como para el uso adecuado del medio, junto con el desarrollo de aprendizajes significativos.

Es importante mencionar que practicar deportes y otras experiencias motivantes para los adolescentes, causa la liberación en cantidades moderadas de un neurotransmisor llamado dopamina. Las drogas, son capaces de “secuestrar” este proceso y liberar una cantidad mucho mayor de dopamina, lo que conlleva a un fuerte impulso por repetir la experiencia (NIDA, 2014). En este sentido, la actividad física puede entregarles a los adolescentes algo de esa sensación que buscan repetir, pero de una forma sana y segura.

Lo anterior deja en evidencia la importancia de involucrar la práctica de actividad física (en cualquiera de sus formas) dentro del contexto de rehabilitación de drogodependencias. En esta misma línea, y considerando lo planteado por Girón (2006), quien indica que uno de los factores que pueden aportar a la adherencia es aumentar la motivación hacia el tratamiento, el cual es un objetivo primordial para mantener el compromiso del paciente con su proceso terapéutico; la actividad física en general, y como menciona Camarero (2000), la realizada en el medio acuático en particular, podrían ser un factor que aporte en esa motivación al tratamiento y por lo tanto, aumentar la adherencia de los usuarios.

En este sentido, el programa “Todos Pueden Surf” (Guajardo y Silva, 2013) se transforma en una propuesta que busca complementar el proceso de rehabilitación fomentando la adherencia a éste. Consiste en trabajar el proceso de enseñanza-aprendizaje del Surf en espacios distintos al natural, buscando la adquisición de fundamentos básicos en diferentes medios de práctica:

- Aprender a surfear en gimnasio con el objetivo de adquirir una ejecución técnica óptima de cada fundamento.
- Aprender a surfear en piscina: para practicar los fundamentos básicos del Surf en un medio similar al escenario real, pero que no presenta variación en su entorno, por lo tanto, el sujeto posee mayor control del medio.
- Aprender a surfear en el mar: para aplicar los aprendizajes adquiridos en gimnasio y en piscina, y secundario a esto experimentar las diferentes sensaciones que se viven surfeando en el entorno natural.

De esta forma, los participantes pueden vivir la experiencia del Surf de una manera diferente a la convencional, y de forma progresiva, siendo expuestos al mar cuando ya han tenido un acercamiento lento y paulatino a la disciplina: sesiones en seco, luego en piscina y luego en mar. Para efectos de esta investigación, el programa consistirá en diez sesiones, cuya distribución se explicará más adelante.

CAPÍTULO II: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo General

Describir los efectos que origina la participación en el programa “Todos Pueden Surf”, en la adherencia de adolescentes drogodependientes al proceso de rehabilitación.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de adherencia al programa de rehabilitación que presentan los sujetos antes de iniciar la intervención.
- Aplicar el programa “Todos Pueden Surf” en adolescentes en proceso de rehabilitación.
- Evaluar el nivel de adherencia al programa de rehabilitación que presentan los sujetos durante y después de la intervención.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1 Drogodependencia

La drogodependencia fue definida, como tal, por primera vez por la OMS en 1964 como “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; tendencia a incrementar la dosis; dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (Del Moral, 1998).

En la 4° edición revisada del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) se define que la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Y especifica que, aunque no está incluido expresamente en los criterios diagnósticos, es típico de la mayoría de los adictos, la necesidad imperiosa y urgente del consumo, que se denomina “craving” (Weller, 2013).

La drogodependencia es definida por la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como “Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar una droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de las consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento a la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física” (Rivas, 2012).

El Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) indica que la conducta asociada al consumo de drogas está impulsada por múltiples factores, de forma que nunca puede identificarse una causa única o establecerse relaciones simples de causa efecto. Un análisis superficial puede llevar a pensar que el verdadero causante de la drogodependencia hay que buscarlo en las propiedades de la sustancia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la sustancia adquiere importancia en la medida en que cumple una determinada función para el usuario. La capacidad de una droga de generar adicción puede explicar la persistencia del consumo, pero difícilmente pueda explicar el inicio a dicho consumo y la repetición del mismo. Así entonces, junto con las características de las drogas, también juegan un importante papel las características del consumidor y el entorno social en el que vive. En este origen multicausal de las drogodependencias, los factores de riesgo y protección adquieren un rol preponderante en el desarrollo de las mismas.

Así en la drogodependencia intervienen factores que tienen que ver con:

Ilustración n° 1

Factores que intervienen en la drogodependencia



Fuente: elaboración propia.

A su vez, estos factores son estudiados a través de diversos modelos explicativos:

Tabla n°1: Modelos Explicativos de drogodependencia

BIOLÓGICO	Se basa en aspectos orgánicos, llamado también médico.
PSICOLÓGICO	Basado en teorías de aprendizaje (conductistas, cognitivistas u otros).
SOCIOLÓGICO	Basado en modelos de aprendizaje social u otros.

Fuente: elaboración propia.

Diagnóstico

Según el Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en población general de Chile del año 2016, realizado por el Observatorio Chileno de Drogas de SENDA, los criterios utilizados para pesquisar consumo problemático de drogas ilícitas son definidos en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)”, para abuso, y en la CIE-10, para dependencia. Estas prevalencias se estiman sobre aquellos que declararon consumo en los últimos 12 meses. La definición de consumo problemático de drogas considera a quienes presentan abuso y/o dependencia de una droga (o de más de una), de acuerdo a los sistemas de clasificación antes mencionados (SENDA, 2017).

El diagnóstico de dependencia se alcanza mediante la aplicación de diversos criterios sintomáticos, conductuales y temporales (Tabla 2). Los siete criterios pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (1 y 2), criterios de consumo compulsivo (3, 4 y 7) y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5 y 6).

Tabla n°2: “Criterios para la dependencia y abuso de sustancias”

Criterios para la dependencia de sustancias (CIE-10)
Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses: 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: • Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. • El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: • Síndrome de abstinencia característico para la sustancia. • Consumo de la misma sustancia (o de una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía. 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a diversos médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos. 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia. 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de ser consciente de la existencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de ésta (p.ej., consumo de cocaína a pesar de la depresión inducida o de alcohol pese al empeoramiento de una úlcera).

Criterios para el abuso de sustancias (DSM-IV)

1. Existencia de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes, en cualquier momento de un mismo periodo de 12 meses:
 - Consumo recurrente de sustancias que da lugar a incumplimiento de obligaciones laborales, escolares o domésticas (p.ej., ausencias repetidas o un mal rendimiento laboral; ausencias o expulsiones de la escuela, descuido de las tareas domésticas o de los hijos).
 - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que conllevan un riesgo físico (p.ej., conducir un automóvil o manejar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
 - Problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p.ej., detenciones por comportamiento escandaloso).
 - Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones conyugales, peleas).
2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias, para esta sustancia específica.

Fuente: Secades, 2001.

Los criterios de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son muy similares a los del DSM-IV. Si bien la CIE-10 contiene los siete puntos del DSM-IV, los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento del anhelo o deseo por la sustancia. No obstante, a pesar de estas diferencias, los trabajos en los que se han comparado ambos sistemas se ha encontrado un elevado nivel de concordancia para la categoría de la dependencia (Secades, 2001).

Los sistemas de clasificación aportan en el proceso de identificar y visibilizar la existencia de un problema, sin embargo, el tratamiento destinado a cada uno de las personas que presenten consumo problemático de drogas será diferente de acuerdo a sus necesidades y su individualidad como sujeto.

Tratamiento y Rehabilitación

Según el glosario formulado por SENDA, estos conceptos 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.

Varios autores coinciden en que el proceso que va desde el tratamiento para abandonar o reducir el consumo de sustancias hasta la integración plena del usuario en la comunidad, pasa por un primer momento que supone el abandono del consumo de drogas y la adopción de estilos de vida más saludables. A éste, le seguiría un segundo momento de integración laboral que pasaría por la adquisición de conocimientos para el trabajo y el desarrollo de habilidades sociales perdidas o nunca adquiridas, hasta un tercer momento que en realidad va de la mano con el anterior y que reside en la construcción o reconstrucción de redes a partir de las cuales el individuo pueda ocupar un lugar en el entramado social como un individuo pleno de derechos y responsabilidades (Soyez, 2003; López, 2005; Rossi, 2008; Funes, 2008; citados en Solveig et al., 2013).

El Ministerio de Salud de Chile propone la utilización del Modelo Transteórico del Cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente, ya que permite reconocer diversos momentos de disposición o motivación para cambiar la conducta, lo que facilita la intervención de los equipos de salud. En la medida que el profesional o técnico logra identificar el estadio motivacional que presenta una

persona en un momento dado, puede desarrollar estrategias específicas que han demostrado tener mayor resultado y por ende facilitan la intervención.

A continuación, se describe cada uno de los estadios del cambio del Modelo Transteórico (Prochaska y Di Clemente, 1982; citado en MINSAL, 2011):

Pre-contemplación

No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar la conducta dentro de los próximos 6 meses. Adolescentes y jóvenes, pueden estar desinformados o mal informados o bien pueden sentirse incapaces para el cambio o no quieren plantearse por razones diversas. Por ejemplo, podrían tener miedo a adoptar un nuevo comportamiento, porque al cambiar una actividad rutinaria o hábito, se expondrían a una nueva realidad, en la que no se sienten con competencias y/o quieren evitar un nuevo fracaso. También podría deberse a que el cambio puede significar la pérdida de un placer que esperan con interés y disfrutan. Esto podría obstaculizar que reconozcan que tienen un problema o que lo niegue inconscientemente. En general, podrían comportarse de forma defensiva respecto a su conducta y ser muy resistentes a las presiones externas al cambio.

Contemplación

Se está pensando en cambiar la conducta en un futuro cercano, dentro de los próximos 6 meses. Están mucho más abiertos a la información sobre los riesgos y consecuencias de sus conductas que los precontempladores. Sin embargo, pueden permanecer en esta etapa durante años, debido a que conocen las ventajas de cambiar, pero también han identificado las desventajas de cambiar, generando una ambivalencia, que les mantiene atascados, provocándoles, sentimientos de inseguridad, ansiedad o temor, que les impide dar los primeros pasos. También pueden sentir que su autoeficacia no alcanza para preparar un plan de acción.

Preparación

Se trazan planes para cambiar. Están dispuestos a intentar un cambio, y en consecuencia están planeándolo seriamente para un futuro inmediato dentro del mes siguiente. Generalmente en esta etapa han realizado ya algún esfuerzo en la dirección del cambio

Acción

Implementación de planes de acción específicos. Corresponde abiertamente a la modificación de la conducta problema, al momento del cambio. Las personas deben realizar el cambio de conducta y mantenerla por un mínimo de tiempo, en la mayoría de las áreas problema, este tiempo se considera de 6 meses.

Mantención

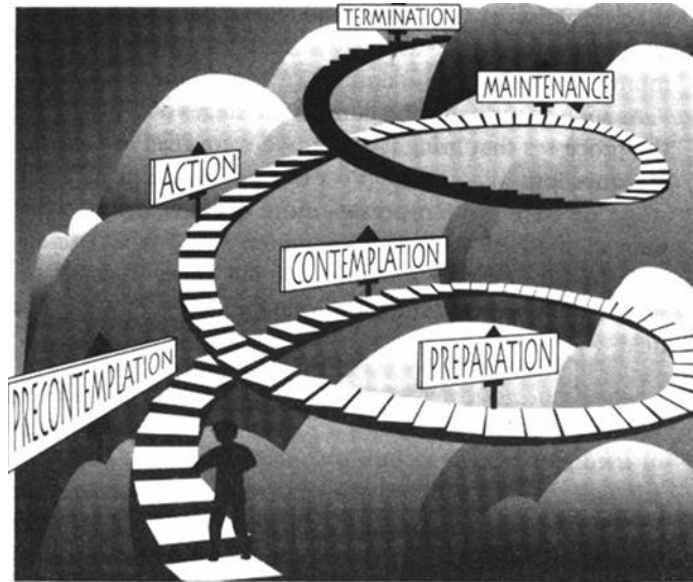
Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados. Es el período que comienza después de los 6 meses de mantención del cambio de conducta. Este tiempo debe ser un proceso continuo de prevención de recaídas.

A diferencia del modelo tradicional (unidimensional) en que la recaída es considerada un fracaso, en este modelo se la considera como parte normal de proceso de cambio. La mayoría de los consultantes recaen en algún momento del ciclo (por esto es que se representa a las fases del cambio en forma de un espiral; figura n° 1).

Las estrategias motivacionales tienen mejores resultados y son más relevantes en los primeros estadios del cambio (pre contemplación, contemplación y preparación), mientras que en los últimos estadios (acción y mantención) son fundamentales el desarrollo de habilidades de afrontamiento y acciones que fortalecen el autoestima.

Ilustración n°2

Estadios del cambio según el Modelo Transteórico



Fuente: Neinstein L.S.; citado en MINSAL, 2011.

Es importante considerar que no todas las personas que contemplan la posibilidad de modificar su conducta adictiva logran hacerlo; según Prochaska y DiClemente alrededor de un tercio de los consultantes se estancan en algún estadio y no logran completar el proceso.

Como se dijo anteriormente, el grupo etario que nos concierne para esta investigación son los adolescentes, quienes presentan variaciones frecuentes en sus estados afectivos y motivacionales propios de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, por lo que el Modelo Transteórico representa un marco de referencia y es utilizado con flexibilidad al momento de aplicarlo a los adolescentes, re-evaluando el estadio motivacional cada vez que se toma contacto con el/la joven de manera de verificar cada vez cuál es su disposición motivacional; y de esta forma, también se facilita el hecho de ubicar al joven en el tipo de programa de tratamiento más adecuado para él o ella.

Modalidades de Tratamiento

Según S. Girón García (2006) se pueden clasificar en 4 grandes grupos dependiendo de cuál es el método utilizado para llevar a cabo el proceso de rehabilitación y reincorporación social:

Programas de desintoxicación

Estos programas consisten única y exclusivamente en desintoxicar al adicto sin ninguna otra medida de soporte. Actualmente esta modalidad de tratamiento no es considerada como un tratamiento independiente, si no que más bien se utiliza como fase previa a otros tratamientos. La desintoxicación por sí misma no suele ser un tratamiento eficaz contra la drogodependencia, evidenciado por la comparación de resultados de tratamientos realizada por Girón (2006).

Programas de atención ambulatoria libre de drogas

Es una de las modalidades más utilizadas en el mundo. Son tratamientos donde el paciente puede o no recibir tratamiento de desintoxicación en régimen ambulatorio y posteriormente tener un seguimiento médico y psicológico, utilizando principalmente recursos psicoterapéuticos, afectivos (terapia familiar o grupal) al igual que fármacos para deshabituarse el consumo. Este tipo de tratamiento es recomendado para las personas que necesitan tratamiento y que además tienen conservado gran parte de su funcionamiento psicosocial, de modo que acuden simultáneamente a su trabajo y permanecen en su ambiente familiar. Se ha evidenciado que los pacientes que pueden permanecer en ellos un periodo superior a los tres meses presentan reducciones importantes y significativas en su consumo al igual que en su actividad delictiva, también presenta un incremento en su estado de salud y su actividad laboral.

Programas de atención ambulatoria de mantenimiento con agonistas

También llamados tratamientos de sustitución, son utilizados principalmente en pacientes consumidores de heroína u otro opiáceo en abuso, e implica la aceptación de la sustitución de la sustancia principalmente por metadona o buprenorfina. En Chile el uso de esta modalidad de tratamiento no es muy utilizado, ya que el consumo de heroína no es muy común, aunque sí se ha empleado a otras adicciones como lo es el caso de la morfina.

Existe evidencia de que, si el paciente logra mantener el tratamiento durante varios años, los resultados van mejorando proporcionalmente al tiempo, logrando una reducción importante en el consumo, en las actividades delictivas y un aumento en la actividad laboral.

Programas residenciales de corta o larga duración

En la década del sesenta se comienzan a emplear como modalidad de tratamiento, denominados “comunidad terapéutica de asistencia breve o larga”, en donde los/las participantes conviven en una comunidad de adictos en recuperación. De esta manera se logra incorporarlos a un estilo de vida compartido, de responsabilidad social y personal. Existe evidencia que esta modalidad de tratamiento ha conseguido importantes reducciones en el consumo de drogas, la actividad delictual, además del aumento en la actividad laboral.

Cada tipo de tratamiento es utilizado según el perfil psicosocial y toxicológico del sujeto que se inserta en el programa. Según los resultados obtenidos en los estudios realizados por el autor antes mencionado, los tres últimos tipos de tratamiento presentan un acompañamiento además de la desintoxicación, presentando disminución del consumo de drogas, disminución de la actividad delictiva y aumento en la actividad laboral.

Para Secades (2001), la comprensión del problema y la planificación de un tratamiento, debe basarse en un análisis funcional de la conducta y en la delimitación precisa de las áreas del estilo de vida que han sido afectadas por el trastorno adictivo. En este sentido, el fracaso de los programas de desintoxicación como única y exclusiva aproximación terapéutica a la drogodependencia puede verse como indicador de las consecuencias de un modelo unidimensional, que entiende que el proceso adictivo se reduce a la interacción entre la sustancia y la fisiología del individuo, con especial hincapié en los fenómenos de tolerancia y abstinencia. Lo anterior, en contraposición al Modelo Biopsicosocial, que contempla este fenómeno desde una óptica multicausal, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo ha sido desarrollado desde los años 80, y sostiene que la vulnerabilidad a la adicción está determinada por la compleja interacción entre el estado físico (funcionamiento del cuerpo), el estado psicológico (cómo el sujeto percibe el mundo, elabora y se comporta) y las dinámicas sociales (dónde y con quién se relaciona el sujeto). Este modelo, que mira desde esta variedad de perspectivas, permite entender mejor un fenómeno complejo (donde no hay relaciones causales lineales) a la vez que posibilita integrar una gama de intervenciones complementarias (San Martín et.al, 2013). En otras palabras, el objetivo de la intervención terapéutica desde un enfoque biopsicosocial es mejorar la calidad de vida de la persona con problemas asociados al consumo de drogas, apoyándola en su integración social, familiar y laboral y en la construcción de un estilo de vida alternativo (CONACE, 2005).

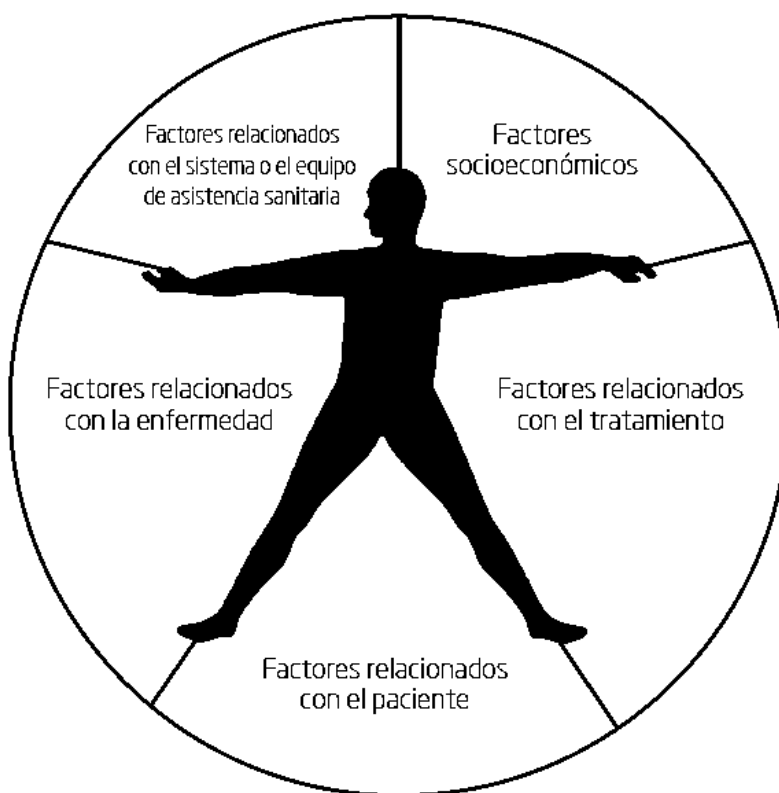
La oferta de tratamientos para infanto-adolescentes entregada por el Gobierno de Chile, incluye programas ambulatorios y residenciales específicos para este grupo etario, considerando las necesidades que presentan los sujetos de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentran.

3.2 Adherencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), la adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Se trata de un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, los cuales son descritos brevemente a continuación.

Ilustración n° 3

Las 5 dimensiones de la adherencia terapéutica



Fuente: OMS, 2004.

A. Factores socioeconómicos

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en un contexto de nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos o los padres que los cuidan.

B. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

C. Factores relacionados con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de

tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

D. Factores relacionados con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

E. Los factores relacionados con el paciente

Los recursos y actitudes del paciente, el conocimiento y las creencias acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Pereira y Pillon (2011) sugieren que la adhesión a un tratamiento envuelve el establecimiento de un vínculo entre el usuario del servicio y el equipo de salud, de forma que exista un compromiso mutuo en las actividades integradas al tratamiento y, como consecuencia de esto, el favorecimiento de cambios en el comportamiento en relación al uso de la droga. Dichas autoras, realizaron un estudio en el cual 14 adolescentes drogodependientes se sometieron a distintos instrumentos de evaluación para identificar sus percepciones sobre adhesión y el abandono del tratamiento especializado. Como factores favorables a la adhesión, relatan entre otros, la constitución de una nueva red de relaciones sin la presencia de usuarios de drogas, la “fuerza de voluntad”, la buena relación con los profesionales del servicio especializado, la existencia de apoyo familiar y la

práctica de deportes; mencionan que las actividades propuestas en el marco del tratamiento, deben ser atractivas y motivadoras de modo que los lleve a optar por estar en el tratamiento en lugar de estar en situaciones de exposición a la droga. Como factores que dificultan la continuidad en el tratamiento, se mencionaron el grupo de amigos, la accesibilidad a la droga (común en los contextos de diversión y en lo cotidiano), las posibles inadecuaciones del tratamiento especializado a esa población: un equipo que no acoge y no favorece el vínculo, actividades propuestas por el tratamiento que no sean interesantes para los adolescentes, la localización del servicio especializado de difícil acceso o, también, su horario de funcionamiento que no atiende la demanda de estos adolescentes.

Un estudio realizado por Gonzalez et al. (2010), arrojó que las principales características de los jóvenes que inciden en una baja adherencia son las conductas sexuales de riesgo, no asistir al colegio y tener un grupo de pares disfuncional (citado en Sánchez, 2011).

Como complemento de lo anterior, cabe mencionar que en los estudios de seguimiento realizados por Girón (2006), y al analizar las variables predictoras relacionadas con el tratamiento, el autor identifica que el tiempo de permanencia en el tratamiento, es un factor directamente proporcional con el éxito del mismo. En este sentido, concluye que algunos de los factores que pueden aportar a la adherencia son:

- Motivación hacia el tratamiento: aumentar la motivación hacia el tratamiento y por ende al cambio, es un objetivo primordial para mantener el compromiso del paciente con su proceso terapéutico. Es muy común que la motivación al ingresar a un programa de rehabilitación sea en un principio por parte de terceros (familiares, judiciales, laborales u otras), por esto es fundamental que uno de los objetivos terapéuticos primarios sea transformar esa motivación en una personal.
- Características del tratamiento: en este aspecto las principales variables que se encontraron, tienen relación con características de los terapeutas,

identificando una mejora durante la fase de motivación si éstos presentan una escucha empática y reflexiva durante el programa. También se identifica que las percepciones positivas que tienen los pacientes sobre sus terapeutas, se asocia significativamente al tiempo de permanencia en el tratamiento.

Por otro lado, Secades y Fernández (2000) definen la adherencia al programa de rehabilitación como “la retención que genera este con el paciente”, presentado la siguiente tabla con estrategias para el incremento de esta:

Tabla n°3: Estrategias para el incremento de la retención

Referidas a los pacientes 1. Adaptación de los pacientes al programa de tratamiento: restringir los criterios de inclusión 2. Incrementar la motivación
Referidas a los programas 1. Incrementar la dificultades para entrar en el programa de tratamiento 2. Anticipar la heterogeneidad: Adecuar los programas a las condiciones y necesidades de los sujetos 3. Implicar a las personas allegadas al tratamiento 4. Terapias de incentivo (Manejo de contingencias) 5. Combinar terapias farmacológicas con psicológicas.
Referidas a los terapeutas 1. Formar 2. Incentivar 3. Procurar estabilidad y continuidad

Fuente: Secades y Fernández (2000).

Es importante considerar las causas de abandono de tratamiento para poder planificar estrategias que fomenten la adherencia de los usuarios. Dichas causas están definidas en tres categorías principales, según Des Jarlais, Joseph y Schmeidler (1983) citado por Secades y Fernández (2000): por **expulsión**, que se efectúa cuando el usuario es despedido por violar las reglas del programa; el **abandono prematuro**, que hace referencia al hecho de que el usuario deje voluntariamente el tratamiento cuando el equipo cree que es necesario que siga en el mismo; y el **tratamiento completo** (o alta terapéutica), que se produce por decisión del equipo terapéutico, ya que el usuario ha alcanzado los objetivos que se habían propuesto.

A continuación, se presenta una tabla de factores relacionados con el abandono prematuro, creada por Secades y Fernández (2000):

Tabla n°4: Factores relacionados con el abandono prematuro

Referidos a los sujetos	Referidas al tratamiento
- Sociodemográficos - Personalidad - Psicopatología - Historia de consumo - Situación Legal - Salud - Motivación con el tratamiento	- Recursos del programa - Orientación teórica - Relación Terapéutica - Características del terapeuta - Experiencia y compromiso del equipo terapéutico - Estabilidad de los miembros del equipo - Apoyo familiar (Residencial/Ambulatorio) - Tratamiento farmacológico/psicológico

Fuente: Secades y Fernández (2000).

Cabe destacar, que la población adolescente difícilmente busca algún tipo de tratamiento para la dependencia de drogas y, cuando lo hacen, muchas veces lo abandonan precozmente, o sea, antes de propiciar cambios efectivos (Slesnick N., citado en Pereira y Pillon, 2011).

De acuerdo a lo expuesto por los distintos autores, queda en evidencia que la **motivación** es un concepto a considerar a la hora de analizar todo lo referido a adherencia a tratamientos para drogodependencias. Y por lo tanto, se hace necesario mencionar qué se entiende por motivación: “consiste en un proceso dinámico e interno, que refleja el anhelo, de un individuo en particular, por cubrir una necesidad en concreto, y que tiene una función esencialmente adaptativa, cuya finalidad principal es dirigir el comportamiento de dicho individuo hacia una meta específica, para optimizar su supervivencia en el medio” (Sanz et al., 2009; citado en Borrego, 2017). El concepto de motivación debe entenderse como un flujo permanente de la conducta, que puede ser encauzado de muchas y distintas maneras (Birch et al., 1974; citado en Borrego 2017).

Genéricamente, se puede afirmar que hay dos maneras distintas de realizar una tarea: a través de la motivación extrínseca o a través de la motivación intrínseca (Amabile, 1985; Ryan & Deci, 2000; citados en Borrego, 2017). La primera, está presente cuando son las propiedades de los estímulos externos las que determinan la dirección de una conducta. Es decir, en la motivación extrínseca, la actividad realizada no es un fin en sí mismo, sino un medio para obtener dicho fin, por lo que el interés no reside en la ejecución de la propia conducta, sino en la recompensa que la sucederá. Por otro lado, cuando un individuo se implica en una actividad por el propio valor que constituye la realización de dicha tarea, y mantiene esa conducta sin que exista un estímulo extrínseco que justifique su mantenimiento, se trata de motivación intrínseca (Aguado, 2005; citado en Borrego 2017).

Como complemento de lo anterior, en el estudio realizado por De Andrés Muñoz (2017), se hace mención a lo concluido por Llinares et al. (2002), quien

afirma que la presión familiar constituye una motivación externa que puede evolucionar a lo largo del tratamiento hacia una motivación interna.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio realizado por González et al. (2010), la motivación al tratamiento debiese fomentarse y ser el objetivo central de la primera entrevista con el paciente, debido a que su investigación arrojó que del total de participantes (176 jóvenes), aproximadamente el 30% abandonó el programa luego de la primera entrevista. Las autoras proponen dejar para una instancia posterior el estudio en detalle del diagnóstico y posible derivación, ya que implica estructurar la conversación y realizar muchas preguntas, factores que serían desmotivadores (citado en Sánchez, 2011).

Por otro lado, un concepto que no ha sido mencionado de forma explícita, pero que está presente en este tema, es el **compromiso**; el cual es definido por Eliana Llapa-Rodríguez et al. (2008) como “un mecanismo que produce comportamientos sólidos, que favorecen el involucramiento de las personas con líneas consistentes de actividad, que ellas mismas eligieron para la obtención de sus propósitos. Asimismo, el compromiso es comprendido como la totalidad de presiones normativas internalizadas para actuar en un camino que se entrecruza con los intereses organizacionales”. Se relaciona con la adherencia al tratamiento de rehabilitación ya que implica adoptar un comportamiento consecuente con los propósitos que la persona se ha planteado; en el caso de los/as drogodependientes, significaría actuar de acuerdo a los objetivos y metas propuestas desde los intereses y necesidades internas de cada uno de los usuarios en relación a su proceso de rehabilitación en particular.

En otras palabras, la adherencia al tratamiento implica motivación y compromiso ya que el primero involucra una atracción o anhelo hacia algún objetivo en particular, el cual es único e individual para cada uno de las personas drogodependientes; mientras que el segundo conlleva la concreción de acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo, es decir, comenzar un tratamiento y mantenerse en éste según las indicaciones del mismo.

3.3 Adolescencia

La adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, permitiéndole a las personas alcanzar la madurez o la etapa adulta, incorporándose en forma plena a la sociedad (MINSAL, 2011).

En esta etapa, se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud. La edad de la adolescencia se ha ido extendiendo progresivamente, en la medida que la madurez biológica se alcanza más precozmente y la madurez social más tardíamente (Luengo; citado en MINSAL, 2011)

La adolescencia y juventud tienen diferentes representaciones sociales en las diversas culturas, por lo que no es posible definir las exclusivamente como un grupo de edad específico. A fin de contar con criterios operativos que faciliten la investigación, las agencias internacionales han consensuado las siguientes definiciones basadas en grupos de edades:

- Adolescentes: personas entre 10 y 19 años
- Jóvenes: personas de 15 a 24 años
- Gente Joven o Personas Jóvenes: personas de 10 a 24 años

Etapas

Es posible clasificar la adolescencia en tres fases o sub-etapas de desarrollo psico-social, que varían la forma de aproximación, de acogida y en general la relación profesional de salud - adolescente. Estas etapas son:



Esquema n° 1: *Clasificación fases de desarrollo psicosocial de la adolescencia.*

Fuente: elaboración propia.

Existen grandes variaciones individuales y culturales, por tanto, la adolescencia no es un proceso uniformemente progresivo. Si bien, la adolescencia se divide en fases o subetapas, las edades que delimitan a cada una de estas fases, deben usarse a modo referencial, debido a que no son un grupo homogéneo y existe una amplia variabilidad biológica, emocional y cultural. A continuación, se presenta una tabla desglosada en 4 descriptores que resumen las características del desarrollo biológico, intelectual, psico-social y sexual durante la adolescencia, dividida en las tres sub-etapas antes mencionadas:

Tabla n°5: *“Características del desarrollo biológico, intelectual, psico-social y sexual durante la adolescencia”*

Descriptor	Desarrollo físico e imagen corporal
Adolescencia Temprana (10 a 13 Años)	- Aumenta velocidad de crecimiento, desarmonía física y descoordinación motora. - En mujeres, aparecen caracteres sexuales secundarios, menarquia. - Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física - Pudor, busca mayor privacidad.

Adolescencia Media (14 a 16 Años)	- Aceptación del cuerpo. - Restablece armonía corporal y coordinación motora. - Preocupación por ser físicamente más atractivo o atractiva. - En los hombres, espermarquia, aumento vello corporal, cambió voz, aumento masa muscular.
Adolescencia Tardía (17a 19 Años)	- Desarrollo puberal completo. - Aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal.

Descriptor	Desarrollo intelectual
Adolescencia Temprana (10 a 13 Años)	- Inicio del cambio de pensamiento: desde el concreto del niño al hipotético deductivo. - Desarrollo moral pre convencional. - Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones. - Metas vocacionales idealizadas.
Adolescencia Media (14 a 16 Años)	- Desarrollo moral convencional. - Pensamiento hipotético deductivo en evolución. - Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo.

Adolescencia Tardía (17 a 19 Años)	- Pensamiento hipotético deductivo del adulto. - Desarrollo moral convencional y en ocasiones pos convencional. - Se completa el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas. - Metas vocacionales realizables.
---	---

Descriptor	Desarrollo afectivo y emocional
Adolescencia Temprana (10 a 13 Años)	- Impulsividad, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional. - Puede haber deterioro del rendimiento escolar, inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual. - Puede haber masturbación
Adolescencia Media (14 a 16 Años)	- Aislamiento, reflexión - Puede haber dudas respecto a la orientación sexual. - Hipersensibilidad, extravagancia, preocupación por la religión.

Adolescencia Tardía (17 A 19 Años)	- Extroversión, altruismo - Logro de la Independencia de los padres y vuelve la armonía familiar - Capacidad de intimar - Autoimagen realista - Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional - Elaboración de propia escala de valores - Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites
---	--

Descriptor	Relación con pares y con los padres
Adolescencia Temprana (10 a 13 Años)	- Relaciones cada vez más intensas con los amigos del mismo sexo - Menor interés en actividades familiares y con los padres. - Dificultades de relaciones interpersonales familiares, obstinación y rebeldía contra figuras de autoridad, ambivalencia afectiva hacia los padres.
Adolescencia Media (14 a 16 Años)	- Importancia del grupo de pares, amistades íntimas, pares heterosexuales. - Conformidad con los valores grupales. - Primeras relaciones de pareja. - Aumento de la exploración sexual. - Conflictos con los padres, distanciamiento afectivo de la familia. - Se inicia proceso de separación, individuación.

Adolescencia Tardía (17 a 19 Años)	- Disminuye la influencia del grupo de pares - Mayor dedicación a las relaciones íntimas de pareja - Reaceptación de consejos y valores parentales. - Relaciones de pareja estables.
---	---

Fuente: Neinstein L.S.; citado en MINSAL, 2011.

Los adolescentes están “biólogicamente programados” para arriesgarse y buscar nuevas experiencias, en el marco del proceso de construcción de identidad. En este sentido, el consumo de drogas puede llegar a aportar en esos impulsos y procesos naturales del desarrollo, pero de una forma poco saludable que puede provocar serias consecuencias a largo plazo. Otros factores que inciden en el posible consumo de drogas por parte de los adolescentes, son la disponibilidad de drogas dentro del vecindario, comunidad y escuela, y si los amigos del adolescente son consumidores. El ambiente familiar también es importante: la violencia física, psicológica, emocional o el consumo de drogas en el hogar aumenta considerablemente la probabilidad de que el adolescente se inicie en el consumo (NIDA, 2014).

Estudios señalan que el cerebro se mantiene en un estado de desarrollo activo, guiado por la experiencia, desde el período prenatal hasta la niñez y la adolescencia. Por dicho motivo, durante estos períodos de desarrollo, el cerebro es intrínsecamente más vulnerable que un cerebro maduro a los efectos adversos a largo plazo de las agresiones químicas o ambientales, como la exposición a alcohol y otras drogas (Squeglia et.al, 2009; citado en MINSAL, 2015).

La guía “Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment” (Principios para el Tratamiento de Trastornos por uso de Sustancias en Adolescentes, 2014), realizada por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) de Estados Unidos, entrega información valiosa sobre la relación

adolescencia-drogodependencia. Aquí se exponen algunos de sus planteamientos:

Las partes del cerebro que procesan los sentimientos de recompensa y dolor (impulsores cruciales del consumo de drogas), son las primeras en madurar durante la niñez. Las partes que siguen en proceso de desarrollo durante la adolescencia son la corteza prefrontal y sus conexiones a otras áreas del cerebro. Dicho sector, es responsable de evaluar situaciones, tomar decisiones acertadas y controlar emociones e impulsos; normalmente, esta área del cerebro no madura hasta que la persona se encuentra en sus 20 años, aproximadamente. En otras palabras, los adolescentes están altamente motivados para buscar recompensas placenteras y evitar el dolor, pero sus habilidades para la toma de decisiones son aún limitadas.

El cerebro está programado para promover actividades saludables y de supervivencia mediante la activación del circuito de recompensa, el que conlleva a la liberación de dopamina. Actividades de la vida diaria de los adolescentes, tales como compartir con amigos, escuchar música, practicar deportes y otras experiencias motivantes para ellos, causan la liberación de dicho neurotransmisor en cantidades moderadas. Esto, refuerza comportamientos que contribuyen al aprendizaje, la salud, el bienestar y el fortalecimiento de relaciones sociales. Las drogas, son capaces de “secuestrar” este proceso. El efecto producido por el consumo de estas sustancias, provoca que el circuito de recompensa del cerebro libere una cantidad de dopamina mucho mayor a la generada de manera natural, lo que conlleva un fuerte impulso por repetir la experiencia. Si esta conducta continúa reiterándose, el cerebro refuerza las conexiones neuronales entre placer y consumo de drogas, haciendo que esta asociación sea cada vez más fuerte, y pronto, el hecho de consumir la sustancia se volverá de una importancia fuera de proporciones en comparación a otras actividades que desencadenan el circuito de recompensa de forma natural.

El desarrollo de la adicción es un círculo vicioso: el consumo crónico de drogas no solo modifica las prioridades de las personas, sino que como se

mencionó anteriormente también puede alterar áreas claves del cerebro, necesarias para el criterio y auto-control, reduciendo la habilidad del individuo para detener el consumo. Esta es la razón de por qué la fuerza de voluntad suele ser insuficiente para superar una adicción: la droga ha transgredido las partes del cerebro que hacen posible “decir que no”.

El deterioro de la memoria o de la habilidad para pensar son solo algunas de las consecuencias provocadas por el consumo de sustancias. Ha sido demostrado que el consumo crónico de marihuana en adolescentes, por ejemplo, conduce a una pérdida de Coeficiente Intelectual que no es posible de recuperar, incluso si el sujeto detiene el consumo en la edad adulta (Meier et al., 2012).

Cuando un adolescente desarrolla un patrón de consumo repetitivo, puede conllevar serios riesgos sociales y de salud, incluyendo: fracaso o deserción escolar, problemas con la familia y otro tipo de relaciones interpersonales, pérdida de interés en actividades saludables, daño en la memoria, aumento del riesgo de contraer enfermedades infecciosas (como VIH), problemas de salud mental e incluso, muerte por sobredosis.

Es por todo lo anterior, que identificar a tiempo el consumo de sustancias en adolescentes, es crucial para evitar el desarrollo de un trastorno por abuso de sustancias en la edad adulta, buscando el tratamiento más adecuado para el sujeto en particular, su contexto y sus necesidades.

3.4 Actividad Física y Deporte

La OMS declara en su publicación “Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud” (2010), que la actividad física frecuente mejora sustancialmente la forma física y el estado de salud de niños y jóvenes. En comparación con los niños y jóvenes inactivos, los que hacen ejercicio presentan un mejor estado cardiorrespiratorio, mayor resistencia muscular y una mejora de su salud; está suficientemente documentado que presentan menor grasa corporal,

un perfil de riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica más favorable, una mejor salud ósea, y una menor presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

La utilización de ejercicio físico en trastornos psíquicos está altamente indicada, debido a sus efectos positivos en síndromes depresivos, estados de ansiedad, tensión muscular, autoconcepto, autoestima y autocuidado en general; insomnio, equilibrio psíquico, sensación de bienestar, resistencia al estrés, mejora de la concentración y la cognición; además de fomentar los hábitos saludables y promover valores sociales (Ley, 2003).

Las prácticas deportivas incorporadas en las políticas de inserción de los jóvenes que se encuentran en situación de exclusión, como lo presentan los drogodependientes, según Balibrea (2004) citado en Solveig et al. (2013), parecen ser también una buena alternativa para favorecer su integración. En esta misma línea, la práctica de actividad física como parte de un tratamiento de rehabilitación de drogodependencia en adolescentes, les entrega recursos y herramientas con las que puedan trabajar diversas áreas de su identidad, aspecto de la personalidad de los jóvenes que se encuentran en pleno desarrollo y construcción.

La motivación es un factor esencial a la hora de practicar actividad física, y según el estudio “Factores Psicosociales asociados con la participación deportiva en la adolescencia” realizado por Castillo et al. (2004), los adolescentes pueden presentar dos tipos de motivaciones independientes en el contexto deportivo, que reflejan el criterio que siguen para juzgar su nivel de competencia y por el que subjetivamente definen el éxito y el fracaso: orientación a la tarea (“*Meta-creencia-tareas*”) o al ego (“*Meta-creencia-ego*”). Los jóvenes orientados a la tarea juzgan su nivel de competencia en una actividad basándose en un proceso de comparación con ellos mismos, siendo su objetivo principal el dominio de la tarea, la mejora personal y el desarrollo de habilidades. Por otro lado, los jóvenes orientados al ego, identifican el éxito cuando demuestran que son mejores que los demás, realizando el mínimo esfuerzo, comparándose constantemente con otras personas y mejorando sus habilidades en la medida que los demás se lo exigen, no como un objetivo personal.

Castillo concluye que uno de los principales factores que aportan a un desarrollo satisfactorio de las actividades deportivas es el de “*Meta-creencia-tareas*”, significando que su meta está orientada hacia el logro de la tarea y creen que el éxito en el deporte se consigue mediante el esfuerzo, la cooperación con los compañeros y dando lo mejor de ellos mismos. Además, se hace mención al importante rol que presentan tanto los pares como de terceros significativos, determinando que estos factores presentan una fuerte influencia tanto en la participación deportiva, como también en la socialización.

Medina et.al (2011, citado Weinstock Jeremiah et al., 2017) define los trastornos por uso de sustancias (SUD - Substance Use Disorder) como patrones de mala adaptación del uso de sustancias que se asocian con comorbilidad psiquiátrica, opciones de estilo de vida poco saludables y altas tasas de recaída. Declara que el ejercicio físico como tratamiento complementario en la terapia propicia una mejora en las condiciones psiquiátricas relacionadas y en los factores asociados con la recaída de la SUD. El ejercicio se asocia positivamente con la capacidad de la persona para sobrellevar el estrés diario sin el uso de sustancias. Más específicamente, el ejercicio es un tipo de estrés fisiológico voluntario y predecible, que en muchos casos mejora la regulación biológica del estrés psicológico del cuerpo.

Los trabajos relacionados con las actividades deportivas en el medio acuático de Albarracín y Moreno (2011) declaran: “*El dominio del cuerpo en un medio diferente al habitual tiene que ver con la seguridad y, por consiguiente, con la seguridad del yo, así como su responsabilidad individual e independencia*”. Esto nos da cuenta que la participación en este tipo de actividades generará en los participantes el desarrollo de motivaciones orientadas a la tarea, como lo es el dominio corporal en un medio distinto al común y por consiguiente la seguridad de sí mismo. Para que esto se lleve a cabo es imprescindible que los encargados de estas actividades sean conocedores del medio para aportar seguridad a los participantes y así fomentar un clima de confianza, permitiendo a los sujetos

desenvolverse de manera cómoda tanto con sus pares, como con los mismos encargados.

3.4.1 Surf

El Surf forma parte de los deportes que se realizan en el medio acuático, lo cuales son definidos por Sánchez (2004) como “todas aquellas actividades que se realizan de modo no obligatorio con finalidades y formas muy diversas, siendo el medio acuático el elemento principal para su desarrollo”.

La Real Academia Española (s.f) define medio como: “espacio físico en que se desarrolla un fenómeno determinado”, y acuático como: “perteneciente o relativo al agua como medio”.

La institución antes mencionada (s.f), a su vez define Surf como: un “deporte náutico consistente en mantenerse en equilibrio encima de una tabla especial que se desplaza sobre la cresta de las olas”.

Artega (2007) citado por Etayo (2009), define el Surf como la acción de correr olas ayudado por una tabla que puede ser las llamadas longboard clásicas, o una tabla de Surf en sus distintas variantes. El Surf más que una práctica deportiva es una forma de vida, y ha generado toda una subcultura a su alrededor.

Daniel Esparza (2011), profesor de la Universidad de Olomouc (República Checa) aficionado a este deporte, lo define de la siguiente manera:

“El surf es una actividad dominada por sensaciones extraordinarias que se basan en el aprovechamiento directo de una fuerza de la naturaleza concreta, las olas. Éstas, a su vez, están formadas mayormente por la acción del viento que al barrer la superficie del mar forman ondas que, dependiendo de la fuerza con la que se formen en el lugar de origen, se pueden desplazar cientos o incluso miles de kilómetros hasta que rompen en la costa. El surf básicamente consiste en deslizarse de pie sobre una tabla a través de la pared de una ola, aunque antes de esto se debe remar con la tabla desde la playa hasta la rompiente, y una vez allí,

colocarse correctamente en el momento en el que se aproxima una ola y remarla hasta que se encrespa lo suficiente como para tomar impulso, ponerse de pie rápidamente y deslizarse sobre la misma.”

El surf a su vez, es considerado parte de los deportes extremos, los cuales son definidos por Aguilar (2013) como “aquellos deportes donde la persona que los practica se ve expuesta al riesgo que estos representan, a cambio de un momento de adrenalina y experimentación de nuevas sensaciones, en los cuales se ve involucrada una cierta dosis de exigencia física y sobre todo mental”.

Algunos de los desafíos y beneficios que presenta la práctica del Surf incluyen tomar decisiones en situaciones de estrés (elegir olas, calcular tiempos), permitir trabajar la tolerancia a la frustración (caerse repetidamente de la tabla), junto con mejorar la autonomía y autoestima de los practicantes (Borrego 2014, citado en Iriarte, 2015).

El proyecto Surf-Salva Camp 2016, realizado en Portugal, tuvo como objetivo promover la inclusión social, el bienestar y la salud mental, así como el desarrollo de valores de seguridad en las playas en niños y jóvenes institucionalizados, a través del surf (Surf-Therapy). Los participantes fueron 48 adolescentes de 10 a 16 años. Los resultados sugieren que la intervención mediante el Surf tuvo múltiples efectos positivos: la exploración, el esfuerzo, la perseverancia, la resolución de problemas, la gestión del tiempo, las competencias sociales, las relaciones interpersonales y la regulación emocional, se desarrollaron entre los participantes a lo largo del proyecto. Los resultados respaldan la afirmación de que, dentro de un marco teórico adecuado, con un equipo sólido, bien entrenado y con una supervisión y evaluación psicoterapéuticas adecuadas, la terapia de surf puede ser una posibilidad muy prometedora para la atención de los jóvenes en riesgo social (Matos et al., 2017).

CAPÍTULO IV: MARCO REFERENCIAL

A continuación, se describen brevemente algunos proyectos y/o programas que utilizan el Surf como herramienta para intervenir sectores vulnerables de la sociedad.

4.1 Ocean Therapy

Es un programa de Surf adaptado creado en Estados Unidos, que asiste a individuos que lidian con enfermedades mentales y/o físicas para acceder al ambiente oceánico; se basa en la premisa de que el aprendizaje y práctica del Surf tienen la capacidad de ayudar a personas con necesidades especiales en el aumento de su autoestima y su autoconfianza.

El propósito de este programa es aumentar la auto-eficacia en individuos en situación de discapacidad física o del desarrollo, a través de la participación en actividades en el ambiente oceánico, específicamente, la actividad de Surf. El programa puede ser una actividad de una sola vez o, idealmente, un programa continuo en el que el progreso y crecimiento se pueda ver y medir.

4.2 Valpo Surf Project

Nacido en 2009, Valpo Surf Project fue impulsado por cuatro amigos residentes de Valparaíso (V Región, Chile) quienes buscaban mejorar las vidas de los/as jóvenes de dicha ciudad, al reconocer que, escondidas dentro de la belleza de la ciudad, se encontraban familias luchando contra las consecuencias de la pobreza, la droga y desempleo. Es en este contexto que decidieron utilizar el mar y el surf, como una forma de conectar con niños y jóvenes de Valparaíso.

Este proyecto, involucra el aprendizaje del surf como método de liberación de estrés, para fomentar la práctica de actividad física, y vincular a los participantes con los mentores del programa. Además del surf, se trabajan aspectos académicos, como lo son las clases de inglés, tutorías individuales y

preparación para carreras universitarias. Sumado a lo anterior, se realizan actividades relacionadas con el medio ambiente, para fomentar una conciencia ambiental, servicio comunitario y desarrollo de habilidades de liderazgo.

Los niños más pequeños que entran al programa, son de 8 años, mientras los que se gradúan lo hacen con 18 años. Muchos de los graduados son los primeros en su familia en entrar a la Universidad, y algunos de ellos vuelven al programa como mentores voluntarios de las generaciones más pequeñas de su propia comunidad.

4.3 Te Mahatu, Surf Social

Es una corporación chilena, sin fines de lucro, nacida en Chile en el año 2014. “Busca la inclusión social de niños/as y jóvenes en situación de vulnerabilidad social, a través del surf y del contacto con la naturaleza para potenciar sus habilidades físicas, psicológicas y espirituales, facilitando el desarrollo de personas más conscientes, sanas, íntegras y felices”.

Los proyectos realizados por esta corporación, se desarrollan en dos áreas: Educación Emocional y Educación Medioambiental.

Esta corporación propone educar a través de la experiencia emocional, utilizando el surf como una herramienta de vínculo y transformación social y el océano como un escenario de aprendizaje, haciendo una analogía constante de la vida en relación con el mar.

Las sesiones de surf son realizadas por instructores de la corporación, en Escuela de Surf Chile Extremo, Playa la Boca, Concón.

4.4 Give Surf Chile

Give Surf es una fundación sin fines de lucro presente en Chile desde el año 2010 y que se conforma como tal en enero del año 2011. Esta se describe

como un puente entre las donaciones que reciben y las comunidades que las necesitan. Un trabajo colaborativo de emprendedores, escuelas locales y municipalidades.

Su labor, como parte de un programa extracurricular implementado en los municipios de Matanzas, Cartagena, Arica y Mehuín es impulsar social y económicamente las comunidades costeras a través del Surf, creando jóvenes líderes locales, entregándoles herramientas para propiciar un mejor desarrollo futuro para ellos y su comunidad. Consiste en un programa educacional basado en tres principales valores: Vida Sana, Respeto por el Medio Ambiente, Emprendimiento y Liderazgo. En la práctica, sus clases se dividen en dos bloques de contenidos: en el primero se describen conceptos como la prevención de drogas, el liderazgo y el cuidado del medio ambiente, buscando que autónomamente los apliquen en sus comunidades; y el segundo bloque va enfocado a la práctica del surf y la vinculación con el mar.

Su financiamiento es a través de fondos concursables y de donaciones de distintos tipos por medio de su página web, en donde a la vez se inscriben quienes quieren hacerse socios de la fundación.

4.5 International Surf Therapy Organization (ISTO)

La Organización Internacional de Terapia de Surf, toma un enfoque estructurado para lograr un beneficio terapéutico. La terapia de surf juega un papel importante a nivel mundial para mejorar la salud y el bienestar de las personas. Los grupos objetivo de esta organización incluyen, pero no se limitan a, niños y jóvenes desfavorecidos, personas con trastorno del espectro autista, personas con discapacidades físicas y personas con trastorno de estrés postraumático, depresión u otras formas de enfermedades mentales.

Esta organización visualiza un mundo en el que:

- La terapia de Surf tenga un lugar valorado y de confianza dentro de un enfoque integral de salud y desarrollo personal
- El ambiente exterior combinado con un compromiso social de salud estructurado, sea utilizado para todo tipo de recuperación.
- Profesionales de la salud prescriban la terapia de surf como una medida estándar de cuidado.
- La terapia de surf empodere, rompa estigmas y mejore el compromiso social.
- La terapia de Surf sea accesible para cualquier persona que la necesite.

CAPÍTULO V: MARCO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Investigación

El objetivo de esta investigación es describir cual es el impacto que puede tener el aprendizaje del surf en la adherencia al proceso de rehabilitación de jóvenes drogodependientes pertenecientes a un CTA (Centro de Tratamiento Ambulatorio). Para este fin, se realizó una investigación de carácter cualitativo ya que se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorando desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto; y, por otro lado, se define como investigación cualitativa ya que el tema de estudio ha sido poco explorado (Hernández et al., 2010), considerando que en Chile no existen estudios referentes a tratamiento de drogodependencia relacionado con la práctica deportiva, ni tampoco con el Surf.

Según Sabino (1992) el tipo de estudio es de campo, ya que los datos de interés se recogen en contacto directo con la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, son llamados primarios, denominación que alude al hecho de que son datos de primera mano, originales, producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza.

5.2 Diseño de la investigación

En esta investigación se utiliza principalmente el diseño fenomenológico (Mertens, 2005; citado en Hernández et al., 2010), el cual se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de cada uno de los participantes, que se transforman en el centro de la indagación. De acuerdo con Creswell (1998), Álvarez-Gayou (2003) y Mertens (2005) (citados en Hernández et al. 2010), la fenomenología se fundamenta en las siguientes premisas:

- En el estudio, se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- El diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición, imaginación y en las estructuras universales para lograr aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).
- Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.
- En la recolección enfocada se obtiene información de las personas que han experimentado el fenómeno que se estudia.

Para efecto de esta investigación, los jóvenes usuarios del Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) Prosain Adolescentes expusieron de distintas maneras, sus motivaciones, emociones y reflexiones, a lo largo de su participación en el programa “Todos Pueden Surf”. Contexto dentro del cual se pretende describir el impacto que tiene dicha participación en la adherencia a su tratamiento de rehabilitación, a partir de distintos instrumentos de recolección de datos.

En ese sentido, y según indica Hernández, se contextualizarán las experiencias en términos de:

- Temporalidad: dependiendo de la etapa del tratamiento de rehabilitación en que se encuentra cada uno de los participantes.
- Espacio: CTA Prosain Adolescentes, Piscina “Aqua del Valle”, Playa La Boca/Concón
- Corporalidad: participantes del programa “Todos Pueden Surf”.

- Contexto relacional: las experiencias que se generan en el proceso de aprendizaje.

5.3 Muestra

La Muestra en la investigación cualitativa es, según Hernández et.al (2010) un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia.

En esta investigación la muestra está conformada por cinco jóvenes en situación de vulnerabilidad de derechos, de entre 14 a 17 años, pertenecientes al Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) de rehabilitación Prosain Adolescentes, ubicado en la comuna de Quillota, Quinta región. Cuatro de ellos, ubicados en el estadio Pre-contemplativo del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Di Clemente, mientras que uno de los sujetos se encuentra en el estadio de Mantención (siempre considerando dichos estadios como puntos de referencia que se aplican con flexibilidad). Ninguno de ellos con conocimientos previos de Surf.

El tipo de muestra que se utilizará para esta investigación es el de “Muestras teóricas o conceptuales” las cuales son utilizadas cuando el investigador necesita entender un concepto o teoría, muestreando casos que le ayuden a tal comprensión. Es decir, se eligen las unidades porque poseen uno o varios atributos que contribuyen a desarrollar la teoría (Hernández et al., 2010).

CTA Prosain Adolescentes

El Centro de Tratamiento Ambulatorio Prosain Adolescentes, es un centro concesionado por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota a un privado, quien se hace cargo de su dirección y administración.

Trabaja de acuerdo al Modelo Comprensivo, Evolutivo e Integral. La dimensión evolutiva, considera a los sujetos dentro de su condición etaria, es

decir, como personas en pleno desarrollo, con la tarea evolutiva central de construcción de identidad. Por otro lado, el enfoque integral se refiere a concebir el proceso desde una mirada que recoja y busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan el consumo de drogas (Bases Técnicas del CTA Ambulatorio Intensivo Prosain Adolescentes, s.f).

El centro presenta el siguiente funcionamiento:

Perfil de Ingreso

- Adolescentes de 12 a 19 años 11 meses de edad, de ambos sexos.
- Consumo Perjudicial y/o Dependencia a Alcohol y/o Drogas.
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo.
- Patología Dual Compensada.
- Situación Legal Regularizada, sin causa vigente.
- Red social básica.
- Beneficiarios de FONASA.

Vías de ingreso

- Derivados de la Red de Salud, Tribunal de Familia, Educación y Social.
- Consulta Espontánea.

Duración de Tratamiento

- Responde a las necesidades particulares de cada adolescente y se estructura en un plan individual.
- No obstante, la duración óptima para la mayoría de los adolescentes es de 8 meses (distribuido en 5 etapas).
- Seguimiento posterior de 1 año.

5.4 Instrumentos de recolección de datos

5.4.1 Observación

Hernández (2010), sostiene que la observación se convierte en el eje que articula la investigación cualitativa. En este sentido, según el rol con que el investigador aborda la investigación, se hace una clasificación entre los distintos tipos de observador:

- No participante: generalmente es aquel que observa videos, grabaciones, entre otros.
- Participación pasiva: está presente el observador, pero no interactúa.
- Participación activa: el observador participa en la mayoría de las actividades, sin embargo, no se mezcla completamente con los participantes, sigue siendo, ante todo, un observador.
- Participación completa: el observador se mezcla completamente, es un participante más dentro de la actividad.

A lo largo del programa, se utilizó principalmente el rol de participación completa, debido a la distancia física existente entre los tesisistas y el centro, aprovechando cada instancia en dicho espacio, para compartirla directamente con los participantes. A pesar de lo anterior, se utilizaron en menor medida, los roles de observador no participante, participación pasiva y activa.

5.4.2 Cuestionarios

García (2003) se refiere a los cuestionarios como una herramienta que consiste en una serie de preguntas abiertas de carácter cualitativo para recolección de datos. Los cuestionarios utilizados para esta investigación en particular, se encuentran dentro de la categoría “Actitudes, motivaciones y sentimientos”.

Mediante la aplicación de los cuestionarios, se pretende realizar un seguimiento acerca de cuál es la percepción de los mismos usuarios respecto a sus niveles de asistencia al centro, participación en las actividades, comodidad en el lugar; al igual que de aspectos más personales como las preguntas acerca de sus motivaciones para iniciar el tratamiento, cuál es el nivel de prioridad que da a este, o factores pueden ser perjudiciales para su asistencia al centro. Los tres cuestionarios estuvieron calendarizados para ser aplicados en la sesión de inicio, en medio, y al final del proceso (nº0, nº5 y nº9).

Los objetivos específicos de cada uno de los cuestionarios, fueron los siguientes:

***Tabla nº6: Objetivos de cuestionarios aplicados a participantes del programa
“Todos Pueden Surf”***

Cuestionario	Objetivo
1	Identificar nivel de adherencia con el programa de rehabilitación.
2	Describir posibles cambios en el nivel de adherencia al programa de rehabilitación, luego de participar de 5 sesiones del programa “Todos Pueden Surf”.
3	Evaluar el impacto que tuvo la participación en el programa “Todos Pueden Surf”, en la adherencia al tratamiento de rehabilitación de cada uno de los jóvenes.

Fuente: elaboración propia.

5.4.3 Documentos Escritos y Registros Anecdóticos

Al inicio del programa se aplicaron a cada uno de los participantes, un documento diagnóstico sobre su situación médica (Anexo n° 5), así como también un documento de asunción de responsabilidades (Anexo n°6), para efectos de las sesiones en playa.

Los registros anecdóticos fueron elaborados sesión a sesión por los investigadores, expresando en ellos lo observado, vivenciado, sentido y pensado durante cada una de las sesiones realizadas.

5.4.4 Material Audiovisual

Consisten en imágenes (fotografías, dibujos, tatuajes, pinturas y otros), así como cintas de audio o video generadas por un individuo con un propósito definido (Hernández et al., 2010). Para la presente investigación, el material fue utilizado con el fin de extraer y registrar momentos y/o comentarios efectuados espontáneamente por los participantes en grupos de conversación que se realizaron en las sesiones del programa “Todos Pueden Surf”.

5.4.5 Entrevistas a funcionarias del Centro

A diferencia de los cuestionarios, la entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta (King y Horrocks, 2009; citado en Hernández et al., 2010). Ésta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998; citado en Hernández et al., 2010). Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas, o abiertas (Grinnell y Unrau, 2007; citado en Hernández et al. 2010).

En las entrevistas estructuradas, el entrevistador realiza su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden). Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla (él o ella es quien maneja el ritmo, la estructura y el contenido).

En esta investigación, fueron utilizadas las entrevistas de tipo abierta, con el objetivo de fomentar una conversación fluida entre el entrevistador y el entrevistado, permitiendo profundizar y al mismo tiempo, dar espacio para la espontaneidad entre ambas partes.

5.5 Procedimiento

Para poder desarrollar un programa de surf, desde el rol de profesor(a), debe necesariamente haber una preparación docente integral con respecto a todo lo que implica esta disciplina; es por esto que dicha preparación es el punto de partida de esta investigación, para después desarrollar el programa “Todos Pueden Surf” en el Centro de Tratamiento Ambulatorio Prosain Adolescentes.

5.5.1 Preparación docente

Comienza con la participación de ambos tesistas en el Optativo “Todos Pueden Surf” de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE), impartido por la profesora Francisca Silva Campos, en el año 2017. En ese contexto, se vivenció la experiencia de surf en distintos espacios, como lo fueron el Campus Joaquín Cabezas (UMCE), la piscina del Centro Recrear Macul, y la escuela Soul Surf en playa La Boca de Concón.

Dicho optativo, consta de una experiencia práctico-reflexiva que aproximó a los docentes en formación a los conocimientos y nociones básicas para la práctica y enseñanza del Surf a modo de herramienta pedagógica. En esta etapa, se aplicaron metodologías de acercamiento mediante trabajo experiencial “en seco” y piscina que permitieron conocer los fundamentos básicos para la posterior práctica en el mar, en simultaneidad de un proceso reflexivo por parte de los participantes. Dichas reflexiones buscaban, por un lado, encontrar nuevas metodologías complementarias a las ya vivenciadas durante el curso, que permitieran realizar el proceso de enseñanza-aprendizaje del Surf en lugares con o sin costa; por otro lado, buscaban que los participantes pudieran concientizar lo vivenciado, poniendo en palabras las emociones y sensaciones que fueron experimentando en cada sesión.

Luego de la participación de ambos investigadores en el Optativo antes mencionado, se comenzó a participar activamente, como profesores, de la organización Santiago Surf, permitiendo profundizar en los contenidos, estrategias y metodologías del proceso de enseñanza-aprendizaje del surf.

5.5.2 “Todos Pueden Surf”

“Todos Pueden Surf” es un proyecto de innovación social impartido por la organización Santiago Surf, que permite conocer, aprender y practicar Surf a quienes no han tenido la oportunidad de hacerlo. La innovación del programa radica en una metodología que involucra la práctica de este deporte en espacios distintos al natural, permitiendo así, que el programa pueda ser desarrollado en lugares que no necesariamente se encuentran cerca de la costa, como, por ejemplo, en la ciudad de Santiago:

- Aprender a surfear en gimnasio con el objetivo de adquirir una ejecución técnica óptima de cada fundamento.

- Aprender a surfear en piscina: para practicar los fundamentos básicos del Surf en un medio similar al escenario real, pero que no presenta variación en su entorno, por lo tanto, el sujeto posee mayor control del medio.
- Aprender a surfear en el mar: para aplicar los aprendizajes adquiridos en gimnasio y en piscina, y secundario a esto experimentar las diferentes sensaciones que se viven surfeando en el entorno natural (Guajardo y Silva, 2013).

El programa de surf utilizó este deporte como un complemento al tratamiento, entregando los beneficios propios de esta disciplina, pero a la vez buscó generar un cambio en la rutina dentro del proceso de rehabilitación al incorporar una disciplina totalmente distinta a las practicadas comúnmente en los centros, y específicamente en Prosain, en donde de acuerdo al programa facilitado por la institución, éste incluye la práctica de deportes “tradicionales” (vóleibol, fútbol, básquetbol, entre otros). El carácter innovador de este deporte, y específicamente de la metodología de enseñanza utilizada en el programa “Todos Pueden Surf”, buscó potenciar la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios mediante su carácter lúdico, a la vez que permitió trabajar aspectos fundamentales del proceso de rehabilitación.

Para el desarrollo de este programa en el centro Prosain Adolescentes, se planificaron diez sesiones (Anexo n°1), distribuidas de manera tal que los jóvenes experimentaran el Surf progresivamente en los distintos entornos: en seco, en piscina y en mar; considerando lo vivenciado en el mar como fuente de información para identificar las áreas a fortalecer, trabajarlas, y luego aplicarlas en la siguiente salida a la playa.

5.5.3 Trabajo de Campo y Recolección de datos

La organización Santiago Surf trabaja con la Escuela Soul Surf, ubicada en playa La Boca, Concón. Dicha escuela provee de espacio y equipamiento para quienes participan en programas y/o actividades de Santiago Surf. Es por esta razón, que inicialmente se busca un centro relativamente cercano a dicha playa (aproximadamente a 30 kilómetros de Prosain), principalmente para efectos de traslado de los participantes.

El inicio del trabajo de campo, comienza con las reuniones iniciales entre los investigadores y las personas encargadas del centro, con el fin de presentar el proyecto y resolver cualquier tipo de dudas, tanto sobre el desarrollo del programa de surf como del funcionamiento del centro. Es en estas reuniones donde se fija la fecha de inicio de la intervención y las condiciones necesarias para su realización.

La recolección de datos comienza con la observación del lugar y las primeras interacciones con las funcionarias. Ya avanzado el programa, se comienza a utilizar los distintos instrumentos para la recolección de datos, algunos en momentos específicos previamente acordados, y otros de manera más espontánea.

CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recopilada mediante los distintos instrumentos descritos anteriormente, será organizada en categorías definidas según Gregorio Rodríguez Gómez (et al., 1996) a medida que se examinan los datos, es decir, siguiendo un procedimiento inductivo. Al examinar los datos se reflexiona acerca del contenido de los mismos, y de si el tema es capaz de cubrir cada unidad. De este modo se van proporcionando categorías provisionales, que a medida que avanza la investigación pueden ir siendo consolidadas, modificadas o suprimidas a partir de la comparación entre los datos agrupados bajo una misma categoría o a partir de la comparación con los datos incluidos en otras diferentes.

Sonia Osses Bustingorry et al. (2006), declara que la categorización hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tema. Las categorías soportan un significado o tipo de significado y pueden referirse a situaciones, contextos, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias, procesos, etc.

Las tres categorías a utilizar son: Motivación, Compromiso y Programa de Surf. Las dos primeras han sido escogidas por ser conceptos que se relacionan directamente con la adherencia debido a que la primera involucra una atracción hacia algún objetivo, mientras que la segunda implica concretar las acciones necesarias para alcanzarlo, como se menciona con más profundidad en el Capítulo V: Marco Teórico; mientras que la tercera categoría tiene que ver con el programa de intervención en sí y la percepción que tienen de éste todos los agentes involucrados.

En cada una de las categorías, se realizará una división de ésta de acuerdo a los distintos agentes que participaron de la investigación: Jóvenes (usuarios del centro), Profesores (investigadores) y el CTA Prosain Adolescentes, y luego un análisis de lo expuesto en dicha categoría; para finalmente hacer una triangulación de los datos que surgieron de los distintos análisis.

La información proporcionada por los jóvenes participantes de la investigación fue recopilada mediante cuestionarios y registros audiovisuales. Por otro lado, los datos facilitados por los profesores, fueron obtenidos mediante la observación y los registros anecdóticos. Finalmente, todo lo relacionado con el funcionamiento del centro y su perspectiva, fue recopilado mediante entrevistas a dos de sus funcionarias.

A continuación, se presenta una serie de citas extraídas de los diferentes instrumentos utilizados para la recolección de datos. Los 5 jóvenes serán enumerados del 1 al 5, los profesores serán identificados por la inicial de su nombre (F y D), mientras que las entrevistadas serán identificadas como funcionaria n°1 y n°2.

6.1 Motivación

- Jóvenes

J3: *“Mi motivación para iniciar el tratamiento fue sacar las drogas duras”*

J4: *“Mi motivación para iniciar el tratamiento fue poder pedir ayuda ya que sabía que tenía un problema que tarde o temprano me afectaría”*

J5: *“Mi motivación para iniciar el tratamiento fue cambiar para mejor, dejar los problemas y la vida que estaba logrando gracias al maldito consumo”*

J1: *“Mi asistencia al centro se ve favorecida cuando discuto con mi vieja”.
“La recepción cuando llega la gente”*

J3: *“Mi motivación para asistir al centro son los talleres”*

J4: *“Una de las cosas que favorece mi asistencia al centro es el cariño que me da el programa, el apoyo que me dan cuando lo necesito, compartir con demás gente, son comprensivos”*

J1: *“Lo que perjudica mi asistencia al centro es cuando tengo que salir, y compromisos”*

J2: *“A veces no voy al centro porque prefiero hacer otras cosas, juntarme con mis amigos y también un poco de flojera”*

J3: *“Soy muy flojo y de repente me da lata”*

J4: *“El colegio (mi horario), no siempre logran ayudar, igual a veces me avisan muy justos de tiempo y ya tengo planes”*

J2: *“Venir al centro ocupa una gran prioridad ya que si no vengo me perjudico a mí nomás”*

J3: *“La prioridad que le doy a venir al centro es mucha, porque me gusta venir”*

J5: *“nose, es bkn ir al centro y que se preocupen por ti, que te pregunten como estay, cosas así”*

J1: *“por eso mismo a mí siempre me gusta venir porque siempre me reciben bien, me preguntan cómo estoy, como me ha ido, eso es lo que a mí me gusta del centro; y también me siento seguro ahí”*

J2: *“... me gusta ir al centro porque uno puede llegar de mal genio y al final sales con otro carácter porque te preguntan cómo estay y como que te poni feliz y sales feliz de ahí”*

J5: *“uno puede contar lo que le pasa”*

J2: *“y te dan una respuesta, te entienden”*

J5: *“te dan consejos y todo”*

- **Profesores**

F: *“(el coordinador del centro) nos comparte que lamentablemente los jóvenes no están respondiendo a su tratamiento de rehabilitación, principalmente desde la desvinculación de dos de sus funcionarias, con las que los jóvenes mantenían fuertes vínculos afectivos; hecho que ocurrió un día antes de iniciar nuestra intervención”.*

“...pudimos escucharlos opinar sobre lo que les gusta de Prosain, y todos coincidieron en que les gusta ir al centro porque ahí siempre les preguntan cómo están. Estos comentarios me hicieron reflexionar sobre las profundas necesidades afectivas y de atención que presentan estos jóvenes, y que probablemente lo que motiva su asistencia al centro está más relacionado con suplir dichas necesidades que con el tratamiento de rehabilitación en sí”.

D: *“El Joven 5 hace un comentario a que dichos murales se habían confeccionado junto a una terapeuta que ya no se encuentra en el centro, porque los abandonó”.*

- **Centro**

Funcionaria n° 1

“La adherencia de los jóvenes al Programa dependerá del apoyo que tiene este principalmente en tres ámbitos, su vinculación con el centro, el apoyo familiar y el desarrollo personal de cada joven”.

“Anteriormente los jóvenes presentaban mayor adherencia al programa porque existía un vínculo; una conexión emocional muy importante”.

“En cuanto a las virtudes y defectos del centro, el equipo que está a cargo ahora tiene gente súper motivada, a diferencia del periodo anterior en que

había temas internos que afectaba y eran un obstáculo para el desarrollo del trabajo. El tema de relaciones se debe trabajar de alguna manera, porque estos temas te desgastan, y en el fondo esto se ve reflejado en lo que sucede dentro del centro, esta incertidumbre también se traspasa al interior del centro”.

Funcionaria n° 2

“El nivel de adherencia de los jóvenes es muy poca debido a que han normalizado las adicciones y no ven el consumo excesivo como un problema, por tanto, ellos asisten al centro solo por cumplir a terceros, pero no por buscar un beneficio personal”.

En relación a lo expuesto en esta categoría, cabe destacar que se hallaron contradicciones dentro de la temática “motivación” en las respuestas de los jóvenes, quienes manifiestan que cuando no asisten al centro es principalmente por flojera, pero luego afirman que su tratamiento es una de sus prioridades más importantes.

La información que entregan los registros anecdóticos y las entrevistas a las funcionarias del centro, reflejan que muchas de las motivaciones para la rehabilitación de los jóvenes radican más en cumplir con un tercero o en encontrar un lugar de afecto en el que se sientan seguros, más que en resolver su problema de drogodependencia.

Se observa también, que de acuerdo a los relatos de ambos profesores y de la funcionaria n°1, la categoría de motivación se vio afectada por la desvinculación de los dos pilares afectivos más importantes para los jóvenes dentro del centro, quienes en palabras de J5, fueron abandonados. Dichos pilares, eran a su vez quienes encabezaban la administración del centro, el cual de acuerdo con las palabras de la funcionaria n°1, no presentaba un buen

funcionamiento ya que habían temas internos y de relaciones afectivas que eran un obstáculo para el desarrollo del trabajo.

6.2 Compromiso

- Jóvenes

J1: *“Mi nivel de participación es demostrar ser el mejor”*

J2: *“Mi nivel de participación en las actividades del centro es alto, me gusta compartir con mis compañeros, participar también”*

J3: *“Mi nivel de participación es medio, porque igual es una ocupación de tiempo y me gustan algunas”*

J4: *“Mi participación siempre es buena pero no siempre logro compartir o disfrutar como quiero por la vergüenza o por el temor de que digan mis demás compañeros”*

J5: *“Mucho pongo de mi parte y me gusta participar porque lo hago por mí”*

J1: *“...el compromiso es no debo faltar a ninguna actividad, al menos que tenga un problema”*

J2: *“Las actividades del centro aportan mucho a mi compromiso ya que es un tiempo en que uno se distrae en algo sano y motivadamente”*

J3: *“Las actividades del centro me ayudan en la vida”*

J4: *“Las actividades del centro aportan y mucho en mi compromiso, ya que me permite distraerme y llegar a no pensar tanto en mi consumo. Toda actividad es para ayudarnos y tiene una enseñanza al final de todo”*

J5: *“Las actividades del centro son muy esenciales para mi compromiso”*

J1: “El compromiso que tengo es con mi familia y por mí seguiría consumiendo, pero no todas las drogas que he probado, y me quedaría solo con la yerba”

J2: “Mi nivel de compromiso con mi tratamiento es medio, ya que aún está en proceso porque es difícil”

M3: “Estoy 100% comprometido, por qué no sé”

J4: “Tengo un nivel de compromiso muy alto, ya que me ha logrado ayudar en cada momento que lo he necesitado. Ojalá pueda estar mejor con mi tratamiento y lograr recuperarme como yo quiero”

J5: “Mi compromiso es poco, a veces recaigo, pero tengo que ser fuerte para superar esto”

- Profesores

F: “Desde un inicio, las personas del centro nos informan que ninguno de los participantes de nuestra investigación es abstemio (es decir, mantiene el consumo), y, por otro lado, la mayoría de ellos no cumple con el mínimo de 3 visitas semanales al centro. Así mismo, se informa que J1 (14 años) tiene una baja escolarización y que J3 (17 años) ha abandonado los estudios”.

“Luego de viajar desde Santiago e instalar todos los materiales para la sesión, el coordinador del centro se acerca a comentarnos que no vendrá ningún participante”.

“Sesión en seco (5) programada para las 15:00 hrs. A las 15:30 llega el primer y único participante, J1. Los demás no contestaron a las llamadas realizadas desde el centro, o en el caso de J2, manifestó que no asistiría porque no tenía dinero para la locomoción hacia Prosain.”

“J1 manifiesta que ingresó al centro para dejar las drogas más duras (cocaína y Clonazepam), pero que no tiene ninguna intención de dejar la marihuana; me cuenta que luego de permanecer en el centro por un poco más de un año, ha decidido retirarse a fines de diciembre, porque ya cumplió el objetivo que se había planteado; ya había conversado con su mamá sobre la finalización de su tratamiento, y sobre su decisión de no dejar la marihuana, lo que ella aceptó con la condición de que no volviera a lo de antes”.

“...cuando llegamos a playa La Boca, una de las funcionarias del centro nos informa que J1 avisó en la mañana que no asistiría a la salida, ya que no tenía ganas de levantarse y ya no quería tener nada que ver con el centro.”

“...Luego de esperar la llegada de los participantes, J5 asiste con su madre, quien después de enterarse de la duración de la sesión, decide que su hijo no asistirá porque nunca pensó que las sesiones duraban “tanto”. Se fueron, y J5 no pudo participar de la sesión.”

D: “Para cerrar la parte práctica se realizó un comentario en relación a que los contenidos entregados, son herramientas que pueden servir en alguna otra instancia, a lo que algunos de los jóvenes comentan que les interesa mucho dedicarse al surf. En ese momento J3 comenta: “Para que mienten, si igual se van a seguir drogando””.

- Centro

Funcionaria n° 1

“El centro se apunta más al tratamiento desde las relaciones afectivas, versus el dejar la droga, para esto se debe ir trabajando la reparación de vínculos y la historia personal, buscando crear principalmente sentido de pertenencia, y formación de la identidad. Todo lo que implique reparación implica vínculo, porque es ahí donde se debe apuntar, a un otro que sea

significativo, que el otro te vea en tu individualidad, no como uno más, no como un número más, no es como una estadística”.

“Anterior al cambio de administrador, se daba un tema de apagar incendios, que tiene relación con el liderazgo, ya que por más que se trabaje, si no existe un orden, en cuanto a la asistencia de los jóvenes, jamás se podrá generar una rutina en ellos. Si un joven no asiste es por algo, se debe llamar, preguntar qué fue lo que le paso y motivar a que asista”.

Funcionaria n° 2

“En relación con el funcionamiento del centro, creo que con la nueva administración el nivel de adherencia ha aumentado debido a que se les llama, se les cita dos o tres veces por semana, además que los nuevos profesionales son mucho más comprometidos con los chicos”.

En general, la información en función del compromiso relacionada con los jóvenes, hace referencia a que se sienten comprometidos con el programa de rehabilitación y que es importante para ellos. Esta información se contradice con la obtenida por los profesores en donde queda en evidencia que los jóvenes presentan un bajo compromiso con su tratamiento debido a que la asistencia al centro no es constante, sumado a una impuntualidad en la mayoría de los usuarios, como queda reflejado en el relato de los investigadores expuesto en esta categoría. A lo anterior, se suma una falta importante de escolarización por parte de J1 y J3, quienes al no tener la rutina que entrega la vida escolar se exponen al consumo con mayor frecuencia.

Por otro lado, los jóvenes mencionan que el consumo de drogas como la marihuana y el tabaco se ha mantenido durante la mayor parte del proceso, aunque sí manifiestan sus intenciones de dejar las llamadas “drogas duras”.

Por último, según la información entregada por el centro, y de acuerdo a lo expuesto en los extractos de las entrevistas a las funcionarias, la finalidad del

tratamiento no radica en eliminar el consumo sino en buscar que los jóvenes creen vínculos afectivos concretos no relacionados con el consumo de sustancias; de esta manera se busca “crear sentido de pertenencia y formación de identidad” (funcionaria n°1).

6.3 Programa De Surf

- Jóvenes

J5: *“Me dan más ganas de ir al centro desde que empezó el programa de surf, se ha puesto más interesante”.*

J2: *“Como que el programa de surf es una motivación más para ir al centro”.*

J1: *“Las actividades del programa de surf han sido atractivas, porque es algo nuevo para mí, y con la ayuda de los profes lo he logrado, lo que igual me ha llamado la atención”.*

J2: *“Fue difícil estar en el agua, pero igual lo logré, aunque me caí muchas veces pero fue bkn igual como la sensación del agua que te llegaba a la cara y después en la espalda...”*

J5: *“También tragué mucha agua con arena, pero fue de flojo porque no me quería parar”.*

J1: *“Hace rato no venía a la playa y me gustó venir de nuevo. Igual me gustó mucho porque logré pararme”.*

J5: *“Lo que más me costó en el agua, fue estar parado arriba de la ola mientras te empujaba, durar hartito”.*

J1: *“Lo que más me costó fue mantenerme”.*

J2: *“Lo más difícil fue pararse, para mí, pero cuando la tía me dijo más lento, ahí lo hice lento y fui subiendo los brazos”.*

J2: *“En algunos momentos sentí rabia, me cansaba, traer la tabla me daba rabia. Al principio estaba emocionada pero después cuando me caía, después volver a entrar la tabla se me iba para el lado, el leash se me enredaba... pero estuvo bueno”.*

J5: *“Me cansaba tanto salir, volver a entrar”.*

J5: *“La sesión de piscina me ayudó harto para llegar preparado, porque no era lo mismo, no se sentía el mismo empujón, pero igual uno trataba de pararse”.*

J2: *“En la piscina era más seguro si me caía, porque no me iba a llevar una ola (...) yo no había entrado así tanto pa adentro. Sentí miedo primero. ¡Pero se me pasó, Si por algo me fui a tirar un piquero al último!”*

J1: *“Me sentía seguro, porque desde chico que estoy en la playa”.*

J5: *“Cuando entré más adentro, me dieron miedo las olas porque quería ir a buscarlas, pero pensaba que me iban a reventar encima”.*

- Profesores

F: *“Frente a las inasistencias de las sesiones anteriores, solicitamos a los jóvenes comprometerse a dar aviso frente a cualquier inconveniente que les impidiera asistir al programa de Surf, indicándoles que para nosotros era fundamental saber con cuántas personas contábamos para la sesión; los jóvenes presentes asumieron el compromiso.”*

“las constantes inasistencias provocaron que los cuestionarios 1 y 3 no fueran respondidos por la totalidad de los participantes”

“Durante la sesión en piscina, los jóvenes se mostraron altamente entusiasmados y participativos, queriendo repetir y practicar las acciones una y otra vez, atendiendo a nuestras sugerencias y consejos, intentando mejorar en cada intento”.

“... (Una de las funcionarias del centro) nos comentó lo impresionada que estaba con la actitud de los jóvenes dentro de la piscina, ya que estaban todos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención, sin embargo, en nuestra sesión estuvieron siempre atentos, respetando a los profesores y participando activamente”.

D: “Antes de cerrar la sesión conversamos con los participantes para incentivarlos a participar, además de coordinar un horario a convenir para realizar las sesiones a los que ellos respondieron que el viernes a las 15 hrs sería ideal porque están motivados a participar para poder asistir a las sesiones”.

“...Después se pasó a la ejecución individual en donde tuvieron mayor participación J3, J2 y J5, teniendo un rol mayormente activo y J1 al igual que el J4 un rol más pasivo”.

“... (Una de las funcionarias del centro) nos indica que se sintió muy agradecida del trabajo que se realizó en la sesión y del comportamiento, como de la participación de cada uno de los chicos ya que normalmente son mucho más dispersos, pero que se notó el interés de cada uno frente a la actividad”.

- Centro

Funcionaria n°1

“En un comienzo no se conocían los beneficios que puede aportar un programa de surf tanto de forma individual como comunitaria, además de

dar la posibilidad a estos jóvenes de poder practicar Surf ya que por iniciativa propia sería muy difícil debido al factor económico”.

“La importancia que tiene un programa de surf para los jóvenes que se encuentran en proceso de rehabilitación debido a la situación de vulnerabilidad de derechos en que se encuentran”.

“En mi experiencia este tipo de programas son muy importantes para los procesos de rehabilitación, al tener un profesor de Educación Física encargado de ejecutarlo los jóvenes liberan estrés, al punto de tener jóvenes que en vez de reaccionar violentamente, prefieren realizar actividad física para controlar sus impulsos, además implica también el tema de empezar a quererse, el desarrollo del autoestima. El autoconocimiento, el tema físico es importante, más allá de lo estético”.

Ahora bien, es importante mencionar que de las diez sesiones planificadas para el desarrollo del programa “Todos Pueden Surf” en el centro de rehabilitación Prosain Adolescentes, dos debieron ser suspendidas, ya que el centro no contaba con el personal para acompañar a los jóvenes durante la sesión. A continuación, se presenta una tabla que indica la asistencia de los jóvenes:

Tabla n°7: Asistencia de jóvenes al programa “Todos Pueden Surf”

	Sesión 0	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9
J1	X	X	X	X	X	X	-	-	/	/
J2	X	X	X	-	X	-	-	-	/	/
J3	X	X	X	X	-	-	-	-	/	/
J4	X	-	X	-	-	-	-	-	/	/
J5	X	-	X	X	X	-	X	-	/	/

Tipografía tabla: (X) Asiste a la sesión, (-) No asiste a la sesión, (/) No se ejecuta la sesión.

Fuente: elaboración propia.

Considerando la información recopilada con los distintos instrumentos sobre el programa de Surf, destaca el hecho de que tanto las funcionarias como los mismos profesores, percibieron un gran interés por parte de los jóvenes, ya que se manifestaron entusiasmados ante las sesiones y el programa de en general; sin embargo esto no se vio reflejado en su asistencia, ya que fueron inconstantes, y a pesar de haber adoptado el compromiso de avisar si por cualquier motivo no pudiesen llegar, no lo hicieron.

Lo anterior provocó que la aplicación de los cuestionados en los momentos previamente calendarizados se viera dificultada, y por lo tanto, como se menciona el extracto de los profesores, el Cuestionario N°1 fue respondido por la totalidad de la muestra, el Cuestionario N°2 por un participante, y el Cuestionario N°3 no fue respondido.

6.4 Triangulación de datos

En el trabajo realizado por Aguilar Gavira Sonia y Barroso Osuna Julio (s.f), titulado “La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa”, se define el término “Triangulación” desde la visión de varios autores, uno de ellos es Denzin (1990, citado por Aguilar y Barroso (s.f), quien afirma que este concepto se refiere a: “la aplicación y combinación de varias metodologías de la investigación en el estudio de un mismo fenómeno”. También es entendida como “Técnica de confrontación y herramienta de comparación de diferentes tipos de análisis de datos (triangulación analítica) con un mismo objetivo.

Existen diversas posibilidades a la hora de triangular, entre ellas, se puede destacar la triangulación de datos, triangulación de investigador, triangulación teórica, la triangulación metodológica y la triangulación múltiple.

El tipo de triangulación escogida para esta investigación en particular es la triangulación de datos; esta hace referencia a la utilización de diferentes

estrategias y fuentes de información sobre una recogida de datos que permite contrastar la información recabada.

A continuación, se expone la triangulación de la información obtenida a partir los datos presentados en cada una de las categorías.

Los efectos identificados de la participación de los jóvenes en el programa “Todos Pueden Surf”, se ven reflejados principalmente en los relatos de los participantes y de los profesores, dentro de las categorías de Motivación y Programa de Surf. En los extractos presentados, se encontraron afirmaciones que evidencian que la motivación generada por la participación en el programa de Surf está relacionada con el interés de los jóvenes en su tratamiento de rehabilitación, como lo comentado por J5 en la categoría Programa De Surf: *“Me dan más ganas de ir al centro desde que empezó el programa de surf, se ha puesto más interesante”*, o lo comentado por J3 en la categoría Motivación: *“Mi motivación para asistir al centro son los talleres”*.

Por otro lado, en la categoría Compromiso, se aprecia la relación de las actividades realizadas en el centro y compromiso que presentan los usuarios con su tratamiento de rehabilitación, reflejado en los comentarios realizados por los jóvenes, dentro de los cuales destacan el de J4: *“Las actividades del centro aportan y mucho en mi compromiso, ya que me permite distraerme y llegar a no pensar tanto en mi consumo. Toda actividad es para ayudarnos y tiene una enseñanza al final de todo”*, el de J3: *“Las actividades del centro me ayudan en la vida”*, y lo comentado por J2: *“Las actividades del centro aportan mucho a mi compromiso ya que es un tiempo en que uno se distrae en algo sano y motivadamente”*. Todos estos extractos dicen relación con la valoración e importancia que tienen para los jóvenes las actividades que se realizan dentro del centro, ya que inciden en el compromiso de los usuarios con su tratamiento, y por lo tanto, en su adherencia. En este sentido, el último comentario citado refleja que las actividades deben ser motivantes para ellos, aspecto que el programa “Todo Pueden Surf” aportó por su carácter innovador y desafiante, como lo refleja lo comentado por J1 en la categoría Programa De Surf: *“Las actividades*

del programa de surf han sido atractivas, porque es algo nuevo para mí...”

El mismo comentario de J1, que continúa “...*porque es algo nuevo para mí, y con la ayuda de los profes lo he logrado, lo que igual me ha llamado la atención*”, permite evidenciar que por un lado el joven valora la realización del programa porque implica una experiencia nueva; mientras que por otro, refleja que la participación en el programa “Todos Pueden Surf” provocó en este joven en particular una sensación de logro a la que no estaba acostumbrado, dejando ver la existencia de una posible relación entre el programa de Surf y el autoestima del participante.

El programa de Surf tuvo efectos en el comportamiento de los participantes, evidenciado en los relatos de los profesores en la categoría Programa De Surf sobre la sesión en piscina; al respecto, comentan que los jóvenes estuvieron “*altamente entusiasmados y participativos, queriendo repetir y practicar las acciones una y otra vez, atendiendo a nuestras sugerencias y consejos*”, y a la vez hacen alusión a que una de las funcionarias manifestó “*lo impresionada que estaba con la actitud de los jóvenes dentro de la piscina, ya que estaban todos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención, sin embargo, en nuestra sesión estuvieron siempre atentos, respetando a los profesores y participando activamente*”.

Finalmente, cabe destacar la frase mencionada por J2 en la que menciona acerca de su experiencia en la sesión de playa: “*fue difícil estar en el agua, pero igual lo logré, aunque me caí muchas veces pero fue bkn igual como la sensación del agua que te llegaba a la cara y después en la espalda...*”. Esa “sensación” tiene relación con lo expuesto en el Capítulo III: Marco Teórico sobre la actividad física y la activación del circuito de recompensa, el que conlleva a la liberación de dopamina; el mismo circuito que se ve estimulado con el consumo de sustancias (NIDA, 2014). En este sentido, se puede interpretar que el Surf sería una actividad capaz de entregarles a los jóvenes en rehabilitación de drogodependencias algo de ese efecto que buscan repetir, pero de una forma sana y segura.

Ahora bien, considerando todo lo anterior, es importante mencionar que la desvinculación de funcionarias mencionadas en los distintos relatos, provocó una baja importante en las categorías de Motivación y Compromiso de los usuarios con su proceso de rehabilitación, dando como resultado que la adherencia al tratamiento fuera disminuyendo; como se demuestra en el relato de los profesores dentro de la categoría Motivación: *“(el coordinador del centro) nos comparte que lamentablemente los jóvenes no están respondiendo a su tratamiento de rehabilitación, principalmente desde la desvinculación de dos de sus funcionarias”*. Esta situación conlleva a poner en la balanza por un lado a los jóvenes y sus vínculos afectivos ya establecidos y, por otro, al centro y una administración que estaba siendo deficiente ya que como menciona la funcionaria n°1 en la categoría Compromiso, se preocupaba más de *“apagar incendios”* que de fomentar una rutina y un orden en la asistencia de los jóvenes al centro; administración bajo la cual se corría el riesgo de cierre institucional y, en consecuencia, de privar de un espacio seguro que entrega afecto y cariño a adolescentes que, su mayoría, no lo reciben de ninguno de sus círculos sociales.

Sumado a lo anterior, y en cuanto al programa de Surf en concreto, el centro no fue un apoyo real para su óptimo desarrollo, ya que si bien había algunas personas que consideraban que este es un programa bueno y que puede aportar profundamente en el proceso de rehabilitación, como menciona la funcionaria n°1 en la categoría Programa de Surf, los nuevos encargados de la administración del centro no mantuvieron una conversación fluida y eficiente entre los investigadores y la institución de rehabilitación, situación que se ve reflejada en el extracto de los profesores dentro de la categoría de Motivación, ya que se manifiesta que el aviso de la inasistencia de todos los participantes a una sesión en particular, fue cuando los profesores ya habían realizado el viaje a Quillota e incluso ya se encontraban todos los materiales dispuestos para el inicio de la sesión. La falta de un intermediario permanente entre los investigadores y el centro, generó dificultades importantes en la comunicación de información, provocando así atrasos en el calendario y suspensión de sesiones, siendo los jóvenes los principales afectados. Situación que está nuevamente relacionada con

la desvinculación de las dos funcionarias al inicio del programa de Surf, ya que eran quienes adoptaron el compromiso con el proyecto y por lo tanto, ellas eran las personas con las que contaba el centro para los horarios destinados al desarrollo de la intervención.

Por otro lado, las contradicciones que fueron identificadas en los resultados de las distintas categorías, se condicen con la etapa del ciclo vital en que se encuentran los jóvenes, cambiando constantemente de parecer y en una búsqueda permanente de sí mismos/as, sus gustos, sus intenciones, sus objetivos, etc. Esta es una realidad que viven en todos los ámbitos de su vida, por lo tanto, la inconsistencia presentada en su asistencia al tratamiento y al programa de Surf, manifestada tanto en los extractos de los profesores como de las funcionarias en las categorías de Motivación y Compromiso, también puede encontrar su origen, en parte, en que son adolescentes y, por ende, viven en un período de cambio y transformación.

Dicha inconsistencia también tiene origen en que al ser jóvenes menores de edad, están sujetos a lo que sus padres o tutores deciden, y por lo tanto, el compromiso de los padres o tutores es de vital importancia en este contexto. Esto se refleja en lo comentado por los profesores en la categoría Compromiso, al relatar: *“...J5 asiste con su madre, quien después de enterarse de la duración de la sesión, decide que su hijo no asistirá porque nunca pensó que las sesiones duraban “tanto”. Se fueron, y J5 no pudo participar de la sesión”*.

La situación socioeconómica de los usuarios también es un factor a considerar dentro del proceso de rehabilitación, ya que lo relatado por los profesores en la categoría Compromiso acerca de la inasistencia de uno de los participantes: *“...J2, manifestó que no asistiría porque no tenía dinero para la locomoción hacia Prosain”*, sugiere que este aspecto incide en la adherencia presentada por los jóvenes a su tratamiento.

La información recopilada evidencia que el problema de la drogodependencia adolescente va más allá del consumo mismo, ya que como se mencionó anteriormente y según demuestran los extractos presentados de los 3 agentes involucrados en las categorías de Motivación y Compromiso, ésta se ve afectada por distintos factores: apoyo familiar, estrato socioeconómico, compromiso del centro de rehabilitación con el bienestar de sus usuarios; en otras palabras, la problemática del consumo adolescente y de la baja adherencia que presenta este grupo etario a la rehabilitación, tienen como factor a la sociedad misma y todos quienes la componen; porque si bien es el adolescente quien consume, ésta es una conducta alimentada por elementos que están fuera de las manos del joven en cuestión.

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, queda en evidencia la existencia de múltiples factores que inciden en la adherencia de los jóvenes al tratamiento de rehabilitación. Uno de ellos tiene relación con el apoyo familiar, específicamente de los padres, según lo publicado por la OMS (2004), “tanto el compromiso sostenido de los padres, cuanto el minimizar el conflicto entre los adolescentes y sus padres son valiosos para promover la adherencia a los regímenes de tratamiento”; lo que se condice con lo concluido por De Andrés Muñoz (2017), quien afirma que a pesar de que no ser un predictor de adherencia, la existencia de soporte familiar o social está asociada a una mayor retención siempre y cuando dicha fuente de apoyo se implique en los grupos terapéuticos del programa.

Sin embargo, en el estudio realizado por González et al. (2010) citado en Sánchez (2011), en donde se analizaron las características de 176 jóvenes consumidores de ambos sexos en cuanto a su nivel de consumo, sus características biopsicosociales y su disposición al cambio, mediante una entrevista inicial, y posteriormente un seguimiento durante seis meses en el programa de tratamiento; las autoras hallaron que la familia nunca apareció como un factor significativo para la adherencia al tratamiento.

En el mismo estudio, se evidenció que las características biopsicosociales determinantes de una baja adherencia son las conductas sexuales de riesgo, no asistir al colegio y tener un grupo de pares disfuncional. Afirmando que la disposición al cambio no predice adherencia al tratamiento; *“probablemente son procesos independientes. Un joven puede estar dispuesto a cambiar pero no a ir a tratamiento”*, señala una de las investigadoras.

Contrario a esto último, los trabajos de Neff y Zule (2002) citados por Hernández y Londoño (2012), declaran que la motivación previa al tratamiento de las drogodependencias se encuentra muy relacionada con la retención (o adherencia); y que la buena disposición por parte de los usuarios es el mejor

predictor en todas las modalidades de tratamiento, por encima de las variables sociodemográficas o de las drogas usadas, entre otras.

A propósito de la motivación y su importancia para la adherencia al tratamiento de rehabilitación, cabe destacar que el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2010) menciona la existencia de la “Terapia de estímulo de la motivación” (MET), la que emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna, en lugar de guiar a las personas por cada paso del proceso de recuperación. Se indica que esta terapia parece ser más eficaz para comprometer con el tratamiento a las personas con problemas de drogadicción que para producir cambios en el uso de drogas. Por lo tanto, y de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, que relacionan la participación de los jóvenes en el programa “Todos Pueden Surf” con motivación y compromiso hacia el tratamiento de rehabilitación, este tipo de intervención podría convertirse en un complemento a dicha terapia.

Como se ve reflejado en los párrafos anteriores, existen diferentes posturas con respecto a los factores que inciden en la adherencia de las personas drogodependientes al tratamiento de rehabilitación, y en este sentido, cabe mencionar que también existen diferentes posturas con respecto a los objetivos de las políticas públicas relacionadas con el consumo y tratamientos, y los paradigmas que las rigen.

El trabajo realizado por María de los Ángeles Lobos, llamado “Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas: Análisis crítico desde la experiencia práctica en el Centro comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí” (2012), plantea un cuestionamiento sobre el abordaje prohibicionista desde el cual se abarca actualmente en Chile el tema del consumo y la drogodependencia, contrastándolo con una propuesta alternativa que se concentra en la reducción de daños. A continuación se exponen algunas de sus ideas y reflexiones:

Las políticas públicas desarrolladas bajo el prohibicionismo plantean una sociedad libre de drogas, por lo que se debe prohibir cualquier tipo de consumo, incluso los ocasionales y recreativos, ya que éstos necesariamente desembocarían en una dependencia o adicción, justificándose la respuesta penal al consumo con el fin de proteger a la sociedad. Al ser la droga todo el problema, la abstinencia es la única solución. Esta lógica implica una mirada reduccionista que pasa por alto otros factores sociales que inciden en la drogodependencia como por ejemplo la desigualdad y exclusión social, entre otros (De Rementería, 2001).

En contraposición se encuentra el paradigma de reducción de daños; éste supone que el permitir formas no problemáticas de consumo no tiene por qué incrementar las tasas de consumo y que, si así ocurriera, éste acarrearía menos consecuencias negativas tanto en lo sanitario como en lo social y criminal, que bajo el actual régimen de prohibición abordado en Chile; permitiendo una mejor atención sanitaria y mayor acceso a quienes pudiesen presentar un consumo problemático. Ello mediante el reconocimiento de la presencia y funcionalidad de las drogas en la sociedad (De Rementería, 1998 en UDP, 1999; citado en Lobos, 2012).

Cabe destacar que, la evidencia avala que los programas en los que se exige la abstinencia, o también conocidos como libres de drogas, muestran menor adherencia al tratamiento (21% abandonaban el programa en una semana o menos y un 36% en un mes o menos) que aquellos en los que se implementa una estrategia de reducción de daños (CONACE, 2007, citado en Lobos 2012).

Lobos (2012) plantea al respecto: *“Si se cambiase el foco, desde el objeto droga hacia el uso de drogas, se podría incorporar una dimensión subjetiva, que ampliase el abordaje y diese cuenta de otros elementos subyacentes al consumo, logrando distinguir la función de éste en los distintos contextos en que se manifiesta, instalándose una mirada más integral y comprensiva del fenómeno y ampliando las posibilidades de intervención”*.

En la misma línea, De Remanería (2001) propone que si bien no es posible prevenir el "uso indebido" de drogas, sí es posible y además necesario prevenir el consumo abusivo de ellas. Lo anterior no exime a las instituciones pertinentes de la necesidad y obligación de informar de manera veraz y completa sobre los riesgos del uso indebido de drogas y los peligros del consumo abusivo de las mismas. Está claro que el uso eventual de drogas, cualquiera sea su función de utilidad -sea curiosidad, diversión o uso terapéutico-, es un riesgo real para el uso frecuente o habitual de drogas. Por lo anterior, la detección y la intervención precoz es la primera medida preventiva recomendada. Pero la intervención por excelencia para prevenir el abuso de drogas es la capacidad institucional, pública o privada, de acogida y servicio a solicitud de los usuarios. Dicho sistema institucional debe ser capaz de otorgar competencia y habilidades a la población en situaciones de riesgo o que es vulnerable a su consumo indebido y abusivo. A su vez, dicha población debe asumir su competencia para relacionarse con las drogas, ya sea evitando su consumo o reduciendo los riesgos de su uso indebido y mitigar el daño de su abuso. Lo anterior presupone como condición necesaria un sistema institucional de educación, salud, comunicación y cultura, que, administrado central, regional o municipalmente, tenga objetivos y contenidos de prevención específica que apunten a ejecutar acciones pertinentes, y a la vez coherentes con los intereses tanto de sus transmisores como de la población a la cual están dirigidos.

En Chile, una de las formas utilizadas para realizar la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias en la población escolar, es mediante la publicidad, la que busca generar en los estudiantes la siguiente visión al respecto: "Con el deporte y una vida sana uno puede cumplir sus sueños, sus metas, y no irse por el mal camino que serían las drogas", o "...el camino bueno sería cumplir sus sueños y metas, o si no irse por el mal camino que sería dejar mal a la familia y preferir una droga de pasatiempo". Las anteriores, son frases textuales extraídas de un video publicitario creado por SENDA y publicado en su página web, que dejan en evidencia el carácter prohibicionista que predomina en lo que a drogas concierne.

Distintas visiones para una misma problemática, que reflejan la complejidad, profundidad y trascendencia que tiene el consumo de drogas, su uso, abuso, prevención, tratamientos y adherencia a éstos en la sociedad.

7.1 Limitaciones del estudio

En el siguiente apartado, se presentan las principales limitaciones que surgieron en el desarrollo de la investigación.

- Contexto interno del centro: un día antes de iniciar con la ejecución del programa “Todos Pueden Surf”, se informa a los investigadores que las funcionaras que incorporaron el programa de Surf al centro Prosain Adolescentes, habían sido desvinculadas. Esto tuvo un impacto profundo en el desarrollo del programa ya que eran las personas interesadas en la intervención, en cambio la nueva autoridad, no convencida del proyecto, llegó con otras prioridades y aceptó continuar el programa de Surf solo para cumplir el compromiso adoptado. La administración del centro mantuvo una actitud indiferente en lo referente desarrollo del programa de Surf, durante todo el proceso. Esto provocó fallas en la comunicación y dificultades a la hora de solicitar a la administración información relevante para la investigación.
- Los y las jóvenes participantes del programa “Todos Pueden Surf”, presentaron durante todo el proceso una situación familiar poco estable, vulnerables tanto afectiva como socioeconómicamente, sumado al consumo permanente de sustancias (marihuana, clonazepam, alcohol, entre otras); situación que contribuyó a que la participación y compromiso de los/as usuarios/as con el programa de Surf fuera incierto, ya que cualquier eventualidad relacionada con los aspectos descritos (no tener dinero para locomoción, desiciones tomadas por padres o tutores, o simplemente no querer ir por sentirse desmotivados con su proceso de rehabilitación), tenía

consecuencias en su asistencia al centro (al tratamiento y a las sesiones de Surf).

- La baja escolarización de los jóvenes implicó que presentaran muchas dificultades para responder a los cuestionarios preparados por los investigadores, aunque éstos acompañaran paso a paso a los usuarios para redactar las respuestas, hubo algunos que no fueron capaces de responder a los que los tesisistas preguntaban, y por lo tanto, no se pudo recabar toda la información que se pretendía mediante esos instrumentos.
- El centro cerraba los días feriados o que fueran parte de un fin de semana, y al ser el día viernes el destinado para el programa de Surf, los investigadores se vieron obligados a suspender sesiones, y por lo tanto, contaron con menos tiempo del estimado para el desarrollo de la investigación.
- Escasa bibliografía que relacione el Surf con la drogodependencia, o la incidencia de la actividad física en la adherencia a tratamientos de rehabilitación.

7.2 Futuras líneas investigativas

De esta investigación se pueden desprender algunas ideas que podrían abrir nuevas líneas de investigación, relacionadas al aprendizaje del surf en contextos de rehabilitación de drogodependencias.

A continuación, se presenta un listado de futuras líneas de investigación:

- Describir efectos de la participación en programa “Todos Pueden Surf”, en la adherencia al tratamiento de adultos pertenecientes a un centro ambulatorio de rehabilitación.

- Comparar efectos en la adherencia que genera la participación en el programa “Todos Pueden Surf”, en adolescentes pertenecientes a un centro de rehabilitación Ambulatorio con uno Residencial.
- Análisis de una propuesta de aprendizaje alternativa al programa “Todos Pueden Surf”, para la inclusión del Surf en contextos de rehabilitación de drogodependencias.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

Tras finalizar el proceso de intervención en el Centro de Tratamiento Ambulatorio Prosain Adolescentes, de la ciudad de Quillota, y hacer revisión del material bibliográfico expuesto en esta investigación, es posible realizar las siguientes conclusiones con respecto a los objetivos planteados:

La experiencia vivida en el centro Prosain Adolescentes y los resultados obtenidos en este estudio, distribuidos en las categorías de Motivación, Compromiso y Programa de Surf, permiten realizar una reflexión sobre el objetivo general de la investigación, y concluir que los efectos que generó en la adherencia al tratamiento de rehabilitación, el programa “Todos Pueden Surf” están relacionados con; el aumento de la motivación e interés de los adolescentes por asistir al centro, con el cambio de comportamiento de acuerdo a la información entregada por una de las funcionarias del centro (atención a las actividades de trabajo sin distraerse y siguiendo las indicaciones de los profesores), con el fortalecimiento del autoestima de uno de los jóvenes y con la valoración de los adolescentes por los talleres del centro que fomentó la ejecución del programa “Todos Pueden Surf”.

Para planificar y ejecutar una intervención como la realizada en esta investigación, es necesario considerar una serie de factores que influyen directa o indirectamente en el desarrollo de la misma. En este sentido, y de acuerdo a lo vivenciado, es imperioso recalcar la importancia que tiene la realización de una investigación exhaustiva previa del espacio a intervenir y de todos los agentes que participan de alguna u otra manera de su funcionamiento, en este caso: historia del centro de rehabilitación, financiamiento de la institución, roles que cumplen los funcionarios a diario, realidad educativa, afectiva, familiar, socio-económica y la historia de cada uno de los jóvenes que participarán de la intervención. Toda esta información, permitirá planificar cada una de las sesiones, y crear los instrumentos de recolección de datos de acuerdo a la realidad única e individual a la que se verán enfrentados los investigadores, ya que de lo contrario, puede suceder que no se logren los objetivos planteados para las sesiones y/o para los instrumentos

de recolección de datos, debido a la poca contextualización durante su elaboración.

Por otro lado los antecedentes expuestos, dejan en evidencia que la estabilidad del equipo de trabajo dentro de un centro de rehabilitación de adolescentes, es un factor que incide en la adherencia de los usuarios al tratamiento. Los hechos sucedidos en el centro intervenido, relacionados con este factor, dejan entrever que los intereses de la dirección (que como se expuso anteriormente, está a cargo de un privado) están enfocados en evitar el cierre de la institución como prioridad, descuidando así una de las áreas más complejas para los jóvenes, como lo son los vínculos afectivos. En este sentido, hubo desconsideración (por parte de las personas que tomaron la decisión) al desvincular repentinamente a las funcionarias pudiendo haberlo hecho de una forma más progresiva. Esto refleja la importancia de ejecutar una supervisión y seguimiento profundo, constante y de calidad por parte del Estado a los centros de rehabilitación, teniendo como prioridad principal el bienestar de los usuarios.

Desde otra perspectiva, y a partir de la baja escolarización manifestada por los jóvenes, se ha reflexionado sobre las consecuencias que provoca esta carencia en sus vidas, y sobre la diferencia que haría en ellas si el centro de rehabilitación encontrara la manera de incluir la pedagogía dentro de su programa, extrayéndola del contexto escolar para llevarla a otro completamente distinto, independiente del contenido que se intente comunicar a través de esta; lo anterior, con el objetivo de potenciar los intereses y pasiones manifestadas por los jóvenes, que no siempre se ven fomentados por los distintos currículos de los establecimientos educacionales, y que podrían utilizarse como una herramienta más en el marco de la rehabilitación de drogodependencias.

Es importante mencionar que el desarrollo de este programa permitió que los profesores descubrieran que este espacio de investigación hace posible visibilizar la realidad de un grupo de adolescentes que se encuentran vulnerados de derechos y a quienes su contexto familiar, afectivo y socio-económico los ha llevado a convertirse en consumidores de sustancias a los 14 años de edad.

Realidad que puede ser extrapolada a la de miles de niños y adolescentes en Chile y el mundo, considerando que los jóvenes entre 15 y 16 años pertenecientes a Europa consumen un 8% mensual, en Estados Unidos un 14%, mientras que en Chile se eleva a un 18.7%; y que los estudiantes chilenos lideran el consumo mundial de marihuana y cocaína a nivel escolar, y en Sudamérica son los pioneros del consumo de pasta base (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Naciones Unidas, 2017).

Considerando las cifras expuestas, queda en evidencia la urgencia de la creación de mejores políticas públicas que trabajen con los adolescentes desde la prevención. Esto va unido a la necesidad de capacitaciones sobre el tema en los establecimientos educacionales, para poder identificar a tiempo las señales de alerta y actuar según corresponda, ofreciendo apoyo y acompañamiento al joven en cuestión; valorando de esta manera el rol del profesor como participante en el proceso de desarrollo y de construcción de identidad de sus estudiantes, capaz de facilitarle un espacio seguro y de confianza a quien lo necesite.

A lo anterior, se agrega la falta de programas de rehabilitación públicos de calidad, que ofrezcan un espacio íntegro para el tratamiento de las drogodependencias en adolescentes, que consideren la etapa vital en que se encuentran, las necesidades e intereses de los jóvenes y que el aspecto multidisciplinar incluya como complemento a la actividad física, debido a los múltiples beneficios que esta conlleva en general, y en este contexto en particular (Balibrea (2004) citado en Solveig et al. (2013); incluyendo la realizada en el medio acuático, que como menciona Camarero (2000), puede transformarse en una motivación en sí misma, y de esta forma fomentar el ingreso a los tratamientos y la adherencia a éstos.

BIBLIOGRAFÍA

- Actas, Segundo Encuentro de Académicos de Educación Física y Recreación de Universidades Chilenas, Recreación Chile, Región de la Araucanía, Parque Nacional Conguillío, abril, 2006.
- Aguilar Gavira Sonia, Barroso Osuna Julio (2015) “La Triangulación de datos como estrategia en la investigación educativa” Revista de Medios y Educación. Nº 47. Universidad de Sevilla, España.
- Aguilar, G.; Banegas, C. (2013).” Los Deportes Extremos en El Azuay. Elaboración de una Guía Turística”. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4625/1/tesis.pdf>
- Albarracín, Apolonia; Moreno, Juan Antonio (2011) “Valoración de las actividades acuáticas en la educación Física”. Universidad de Murcia, Universidad Miguel Hernández de Elche, España. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ejhm/article/view/56355>
- Bases Técnicas del CTA Ambulatorio Intensivo Prosain Adolescentes, s.f.
- Borrego, A. (2017). "Motivación extrínseca e intrínseca en el consumo de drogas". Universidad de Málaga, España. Recuperado de: <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/13124/TFGAlejandroBorregoRuizVFINALP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cadaveira F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. Adiciones, volumen 21, pp 9-14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122882002.pdf>
- Calvo, H. (2007). “Redes de apoyo para la integración social: la familia Salud y drogas”, vol. 7. Instituto de Investigación de Drogodependencias, España.
- Castillo, F & Ried, A. (2006). “Motricidad y Medio Natural”.
- Castillo, G. (2016). Give Surf: La fundación que busca transformar localidades costeras vulnerables a través del Surf”. Chile: Sociedadanonima. Recuperado de: <http://sociedadanonima.cl/givesurf-la-fundacion-que-busca-transformar-localidades-costeras-vulnerables-a-traves-del-surf/>

- Castillo, I.; Balaguer, I.; Duda, I.; García-Merita, M. (2004). "Factores psicosociales relacionados con la participación deportiva en la adolescencia" *Revista latinoamericana de Psicología*, volumen 36, pp 505-515. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536310.pdf>
- CICAD (2008). Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión. "Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en población de 15 a 64 años". Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Research/comparativo_subregional-2008-06.pdf
- CONACE (2005). "Modelos de intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, reclusas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos". Recuperado de: <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Modelo%20de%20intervenci%C3%B3n%20de%20personas%20recluidas%20en%20establecimientos%20penitenciarios%20VOL%201.pdf>
- Dante Gómez, Carlos (2006). Patrón de toma de decisiones desventajosas en pacientes drogodependientes. *Revista Salud y Drogas*, volumen 6, pp 61-88. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83960104.pdf>
- De Andrés Muñoz S. (2017). "Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Revista Metas Enfermería*, España.
- De Rementería, I. (2001). "Prevención en drogas: paradigma, conceptos y criterios de intervención". Naciones Unidas, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6010/1/S019723_es.pdf
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). "Conceptos fundamentales en drogodependencias". Madrid, España. Recuperado de: <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>
- Domínguez et al. (2008) Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención al drogodependiente. *Revista de trastornos adictivos*, volumen 10, pp 75-140. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-estudio-las-causas-abandono-del-13124781>

- Donolo Danilo S. (2009). "Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación". Universidad nacional de Río Cuarto, Argentina. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf>
- Escarbajal de Haro, Andrés; Albarracín, Apolonia (2012). "Las actividades acuáticas como contenido de la Educación Física en la enseñanza secundaria: un estudio sobre sus potencialidades y límites a través de la óptica del profesorado de educación física de la región de Murcia". Revista de Investigación Educativa, volumen 6, pp 323-346. Recuperado de: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/134951/148871>
- Esparza, D. (2011). "De Hawai al Mediterráneo: La génesis del surf en España" Revista internacional de ciencias del deporte, volumen 7, pp 370-386. Recuperado de : <https://www.cafyd.com/REVISTA/ojs/index.php/ricyde/article/view/443/254>
- Etayo, M. (2009). "Análisis de los rasgos de personalidad en deportistas adultos jóvenes que practican deportes extremos acuáticos", Venezuela. Recuperado de: <http://repositorios.unimet.edu.ve/docs/40/ATBF76E8M3.pdf>
- Fernández-Serrano, M.J.; Moreno-López, L.; Pérez-García, M.; Verdejo-García, A. (2012). "Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína". Revista Trastornos Adictivos, España.
- García, Tomás (2003). "El Cuestionario como instrumento de investigación/evaluación". Centro Universitario Santa Ana, España. Recuperado de http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
- Girón, S. (2006). "Los estudios en seguimientos en drogodependencias: Una aproximación al estado en cuestión". Revista de trastornos Adictivos, volumen 9, pp 73-159. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-los-estudios-seguimiento-drogodependencias-una-13107766>
- Guajardo, N., & Silva, F. (2013). TODOS PUEDEN SURF: Propuesta metodológica alternativa para el aprendizaje de Surf. Santiago, Chile, Chile: Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Facultad de Artes y Educación Física. Departamento de Educación Física, Deportes y Recreación.

- Hernández Roberto, Fernandez Carlos, Baptista Maria del Pilar (2010) “Metodología de la investigación” Recuperado de:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Hernandez, M; Londoño, N. (2012) “Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas”. Revista Psicología desde el Caribe, volumen 29, pp 47-63. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a04.pdf>
- Hernangil, Eduardo; Lastres, Julio; Valcárcel, Pedro (2011). “Actividad Físico-Deportivas en el tratamiento de las Drogodependencias”. Instituto de Adicciones, España. Recuperado de :
<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/291.pdf>
- International Surf Therapy Organisation (ISTO): <https://intlsurftherapy.org/>
- Iriarte, P. (2015). “Diseño de un programa de Surf Recreativo enfocado a colectivos con Síndrome de Down de 6 a 10 años”. Recuperado de:
https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/16378/TFG_IriarteGomara.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Ley, Clemens (2003). “Actividad física y deporte en la terapia de drogodependientes: un resumen de la situación y de las posibilidades en España y Alemania”. Revista española de Drogodependencias.
- Llapa-Rodríguez Eliana, Trevizan Maria, Shinyashiki Gilberto (2008) “Reflexiones conceptuales sobre compromiso organizacional y profesional en el sector de la salud” Recuperado de:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_24.pdf
- López-Goñi et. al (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. Revista de trastornos adictivos, volumen 10, pp 75-140. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-razones-el-abandono-del-tratamiento-13124768>
- Matos, M.; Santos, A.; Fauvelet C.; Marta, F.; Evangelista, E.; Ferreira, J.; Moita, M.; Conibear, T.; Mattila, M.” O surf na promoção da saúde e bem-estar em jovens em contexto de acolhimento : avaliação de uma intervenção”.Universidad de Lusiada, Brasil. Recuperado de:
http://dspace.lis.ulusiada.pt/bitstream/11067/3531/1/rpca_v7_n1-2_30.pdf

- Meier, M.H.; Caspi, A.; Ambler, A.; Harrington, H.L.; Houts, R.; Keefe, R.S.E.; McDonald, K.; Ward, A.; Poulton, R.; and Moffitt, T.E. (2012). "Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife". *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.pnas.org/content/pnas/109/40/E2657.full.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2013). "Guía Clínica AUGE: Consumo perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras Drogas en personas menores de 20 años", Chile. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-CONSUMO-ALCOHOL-MENORES-20-IMPRESA.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2013). "Guía Clínica AUGE: Consumo perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras Drogas en personas menores de 20 años", Chile. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-CONSUMO-ALCOHOL-MENORES-20-IMPRESA.pdf>
- MINSAL (2011). "Guía práctica de consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones Generales dirigidas a los equipos de Atención Primaria". Recuperado de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
- MINSAL (2015). "Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes", Chile. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-Detecci%C3%B3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf>
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2010). "Principios de Tratamientos para la Drogadicción. Una guía basada en las investigaciones", Estados Unidos. Recuperado de: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2014). "Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide", Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide>
- Ocean Therapy: <https://jimmymillerfoundation.org/ocean-therapy/>

- OMS (2004). "Aherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción". Recuperado de: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- OMS (2010). "Recomendaciones Mundiales sobre la Actividad Física para la Salud". Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf;jsessionid=278B3F11D1233F4FC54EDAD0C2906771?sequence=1
- OMS (2018). "Adolescentes: riesgo para la salud y soluciones". Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Osses Bustingorry Sonia, Sánchez Tapia Ingrid, Ibáñez Mansilla Flor (2006) "Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico" Universidad de la frontera, Chile. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0718-07052006000100007&script=sci_arttext
- Pereira, G; Pillon, S. (2011). "Uso de drogas por adolescentes: sus percepciones sobre adhesión y el abandono del tratamiento especializado". Universidad de São Paulo, Brasil. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_13.pdf
- RAE (s.f). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=0eFCU2W>
- RAE (s.f). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=OIQ6yC8>
- RAE (s.f). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=YnRAwGG>
- Rivas, Natalia; Gómez, Tania (2012). "La promoción de la salud en personas en situación de drogodependencia". Universidad de Coruña, España. Recuperado de: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13221/CC-127_art_12.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez Gómez Gregorio, Gil Flores Javier, García Jiménez Eduardo (1996) "Metodología de la investigación cualitativa" España. Recuperado de: https://cesaraguilar.weebly.com/uploads/2/7/7/5/2775690/rodriguez_gil_01.pdf

- Rodríguez Sabiote Clemente, Pozo Llorente Teresa, Gutiérrez Pérez Jose (2006) "La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en educación superior". Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/916/91612206.pdf>
- Rossi, Linda (2016). "Guía de Actividades Deportivas para el restablecimiento de las relaciones socio-afectivas del Centro de Rehabilitación para Adolescentes drogodependientes CENTRADI de la ciudad de Guayaquil". Guayaquil, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1639>
- Sabino Carlos (1992) "El proceso de la investigación" Recuperado de: https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/el-proceso-de-investigacion_carlos-sabino.pdf
- San Martín, J; Moller, M; Piñol, D. (2013). "Asesoría para la búsqueda y evaluación de evidencia científica para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras sustancias en adolescentes e infractores adolescentes". Fundación Tierra de Esperanza, Chile. Recuperado de: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENDA/Ev%20Evidencia%20Trat%20Drog%20y%20otras%20Sust%20en%20Adolesc%20Infrac%202013.pdf>
- Sánchez, A. (2011). "Estudio determina cómo mejorar la adherencia al tratamiento de consumidores de alcohol y drogas". Noticias Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://www.uc.cl/es/la-universidad/noticias/3706-estudio-determina-como-mejorar-la-adherencia-al-tratamiento-de-consumidores-de-alcohol-y-drogas>
- Sánchez, J. (2004) "Acondicionamiento físico en el medio acuático", España. Recuperado de: [https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=wC34l9l4kpgC&oi=fnd&pg=PA15&dq=+S%C3%A1nchez+\(2004\)+deportes+acuaticos&ots=T8gJG3TjXa&sig=c4VWSHLtnDK7hdqZHZqzVf_o6Ag#v=onepage&q=S%C3%A1nchez%20\(2004\)%20deportes%20acuaticos&f=false](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=wC34l9l4kpgC&oi=fnd&pg=PA15&dq=+S%C3%A1nchez+(2004)+deportes+acuaticos&ots=T8gJG3TjXa&sig=c4VWSHLtnDK7hdqZHZqzVf_o6Ag#v=onepage&q=S%C3%A1nchez%20(2004)%20deportes%20acuaticos&f=false)
- Secades R., Fernández H. (2000) "Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias" Univesidad de Oviedo. España. recuperado de: <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/646/635>

- Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3), 365-380. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713303>
- SENDA (2016) Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar 2015. Recuperado de: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/enpe-2015/>
- SENDA (2017). “Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016”. Recuperado de: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2016_Estudio_Drogas_Poblacion_General.pdf
- SENDA (2018). Área de Tratamiento y Rehabilitación SENDA. Informe Anual 2017. “Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas”. <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/Informe-anual-Ni%C3%B1os-Ni%C3%B1as-y-Adolescentes-2017.pdf>
- SENDA (2018). Sistema Nacional Monitoreo de Tratamiento. Reporte N° 1, Enero 2018, Chile. Recuperado de: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2018/03/201801_Reporte_Tratamiento.pdf
- SENDA (s. f). “Tratamiento y Rehabilitación de Alcohol y otras drogas”. Recuperado de: <http://www.senda.gob.cl/tratamiento/> ; <https://www.youtube.com/watch?v=iFx9qDTKI2Y>
- Solveig, K; Nute, L. (2013). “Reinserción social de usuarios de drogas en Rehabilitación: una revisión bibliográfica”. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Recuperado de: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num1/Vol16No1Art12.pdf
- Temahatu, Surf Social: <http://www.temahatu.cl/>
- UNODOC (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) (2017). “Informe Mundial Sobre las Drogas”. Recuperado de: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
- Valpo Surf Project: <https://www.valposurfproject.org/about-us>

- Weller, Gladys (2013). “La motivación para el cambio en el tratamiento de adicciones”. Universidad de Palermo, Argentina. Recuperado de: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1034/Weller%20%20Gladys.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

ANEXOS
1- PLANIFICACIONES POR SESIÓN

Sesión 0	
Objetivos de aprendizaje	• Conocer el programa del cual serán partícipes. • Manifestar expectativas sobre el programa. • Generar vínculo inicial con profesores(as).
Contenidos	• Programa Todos Pueden Surf
Actividades	• Juego “La mosca”. • Nombre y expectativas en “mini tablas de surf”. • Representación grupal de cómo se imaginan que será el proceso de surf en general. • Presentación del programa: fotos de sesiones en el optativo UMCE, programación de las sesiones. • Video de Stgo Surf • Cuestionario 1 • Cierre: → ¿con qué emoción te vas? → despedida
Recursos materiales	• TV • Goma eva • Fotocopias de cuestionarios • Lápices • Scotch • Tabla de surf de madera.
Instrumentos de evaluación	• Cuestionario n° 1

Sesión 1	
Objetivos de aprendizaje	• Conocer aspectos históricos del surf • Identificar equipamiento • Reconocer funciones del equipo • Desarrollar trabajo en equipo • Fortalecer identidad personal.
Contenidos	• Historia del surf • Equipamiento, características y modalidad de uso.
Actividades	• Juego “La mosca” (explicada por los dos participantes de la sesión anterior). • Dividir al grupo en dos y entregar desafío “Armar la historia del surf” (conceptos e imágenes). • Cada grupo representa la historia armada. • Profesores cuentan la historia en su versión oficial. • Profesores presentan el equipamiento, explicando su composición y uso. • Juego “Si se lo sabe, atrevase”.
Recursos materiales	• Trajes • Leash • Tabla • Cartulinas • Bloqueador • Botines • Cera
Instrumentos de evaluación	• Registro anecdótico

Sesión 2	
Objetivos de aprendizaje	• Identificar y practicar fundamentos básicos • Desarrollar estabilidad y equilibrio • Trabajar tolerancia a la frustración
Contenidos	• Fundamentos básicos del surf: equilibrio, remada, take off, caída. • Variables naturales: fondos, ubicación de la playa, viento, marea, corrientes, olas.
Actividades	• Identificar estado de grupo • Descripción de variables naturales: fondos, ubicación de la playa, viento, marea, corrientes, olas. • Introducción al concepto de take off • Práctica de take off: en suelo, en cuerda, bastón, tabla de surf, tabla de surf sobre dos bosus, tabla de surf sobre skate en movimiento. • Cierre: ¿con qué emoción se van?
Recursos materiales	• Revistas • Tablas de surf • Cuerdas • Bastón • Stake • Bosus
Instrumentos de evaluación	• Registro anecdótico

Sesión 3	
Objetivos de aprendizaje	• Reconocer el medio acuático • Aplicar fundamentos básicos • Conocer los propios límites
Contenidos	• Interacción de usuarios y equipo de surf, con el medio acuático (piscina).
Actividades	• En el centro, identificar estado de grupo • En piscina, ambientación (sumergirse, saltar al agua, flotabilidad) • Protocolo de caída y salida del agua • Experimentar “revolcón” para luego aplicar salida. • Entrada sorpresiva al agua, aplicando protocolo de caída y salida del agua. • Desplazamiento sobre la tabla, remando • Ejecución de take off con tabla afirmada por compañeros/as • Ejecución de take off en movimiento, tabla empujada todo el tiempo por un compañero. • Ejecución de take off en movimiento, luego de ser impulsado por un compañero. • Elongación fuera del agua. Cierre en el centro: emoción con la que se van, retroalimentación.
Recursos materiales	• Tablas de surf • Piscina • Gorras
Instrumentos de evaluación	• Registro anecdótico

Sesión 4	
Objetivos de aprendizaje	• Reconocimiento de variables naturales. • Aplicar fundamentos básicos en mar. • Conocer propios límites • Respetar normas. • Trabajar tolerancia a la frustración.
Contenidos	• Variables naturales • Fundamentos básicos • Interacción con medio acuático (Mar)
Actividades	• Llegada a la escuela “Soul Surf” y presentación de sus encargados. • Identificar estado de grupo • Recordar los aspectos trabajado en la sesión anterior (Protocolo de caída y take off) • Determinar reglas de funcionamiento, durante la sesión en la playa. • Reconocimiento del espacio y de variables naturales que se pueden identificar. • Equipamiento de los participantes. • Calentamiento en la palaya. • Reconocimiento e ingreso al medio sin tabla. • Ingreso al mar con tabla y ejecución del Take off con impulso. • Práctica del surf supervisada por los profesores. • Salida del mar • Elongación • Lavado del equipo y cambio de ropa • Feedback y cierre, escribir con que se van de la sesión.
Recursos materiales	• Tablas • Trajes
Instrumentos de evaluación	• Registro anecdótico

Sesión 5	
Objetivos de aprendizaje	• Identificar sensaciones y emociones que surgieron en la sesión en playa. • Reconocer aspectos a trabajar. • Reforzar fundamentos básicos. • Trabajar equilibrio y estabilidad.
Contenidos	• Autoconocimiento • Fundamentos básicos
Actividades	• Estado de grupo • Recordar aspectos importantes que surgieron en la salida a la playa • Reconocer aspectos a trabajar • Trabajo de estabilidad con fit ball • Trabajo de equilibrio con surf balance • Trabajo de equilibrio con slack line. Cierre: ¿cómo se van y qué esperan de la próxima salida?
Recursos materiales	• Surf balance (3) • Fit ball (3) • Slack line
Instrumentos de evaluación	• Cuestionario n°2

Sesión 6	
Objetivos de aprendizaje	• Aplicar lo trabajado en sesión anterior • Reconocer logros • Trabajar tolerancia a la frustración
Contenidos	• Autoconocimiento • Práctica deportiva del Surf.
Actividades	• Llegada a la escuela “Soul surf” y presentación de sus encargados. • Identificar estado de grupo • Recordar los aspectos trabajado en la sesión anterior (Equilibrio y estabilidad) • Determinar reglas de funcionamiento, durante la sesión en la playa. • Reconocimiento del espacio y de variables naturales que se pueden identificar. • Equipamiento de los participantes. • Calentamiento en la palaya. • Reconocimiento e ingreso al medio sin tabla. • Ingreso al mar con tabla y ejecución del Take off con impulso. • Práctica del surf supervisada por los profesores. • Salida del mar • Elongación • Lavado del equipo y cambio de ropa • Feedback y cierre, escribir con que se van de la sesión.
Recursos materiales	• Tablas • Trajes
Instrumentos de evaluación	• Registro anecdótico

Sesión 7	
Objetivos de aprendizaje	• Identificar sensaciones y emociones que surgieron en la segunda sesión en playa. • Reconocer aspectos a trabajar y aspectos ya reforzados. • Recordar fundamentos básicos. • Trabajar elementos que se sientan débiles en cuanto a la ejecución técnica.
Contenidos	• Autoconocimiento • Fundamentos básicos
Actividades	• Estado de grupo • Recordar aspectos importantes que surgieron en la salida a la playa • Reconocer aspectos a trabajar • Reconocer aspectos que mejoraron en comparación con la primera sesión de playa • Trabajo de estabilidad • Trabajo de equilibrio • Cierre: ¿cómo se sienten para la siguiente salida y qué esperan de esta?
Recursos materiales	• Surf balance • Fit ball • Slack line
Instrumentos de evaluación	• Registro anecdótico

Sesión 8 (No realizada por falta de personal del centro)	
Objetivos de aprendizaje	• Aplicar lo trabajado en sesión anterior • Reconocer logros • Identificar conocimientos adquiridos durante el desarrollo del programa
Contenidos	• Autoconocimiento • Práctica deportiva del Surf.
Actividades	• Llegada a la escuela “Soul surf” y presentación de sus encargados. • Identificar estado de grupo • Recordar los aspectos trabajado en la sesión anterior . • Reiterar reglas de funcionamiento, durante la sesión en la playa. • Reconocimiento del espacio y de variables naturales que se pueden identificar. • Equipamiento de los participantes. • Calentamiento en la palaya. • Reconocimiento e ingreso al medio sin tabla. • Ingreso al mar con tabla y ejecución del Take. • Práctica del surf supervisada por los profesores. • Salida del mar • Elongación • Lavado del equipo y cambio de ropa • Feedback • Cierre, escribir con que se van de la sesión.
Recursos materiales	• Tablas • Trajes
Instrumentos de evaluación	• Registro anecdótico

Sesión 9 (No realizada por falta de personal del centro)	
Objetivos de aprendizaje	• Concientizar a los participantes sobre el proceso de Surf
Contenidos	• Proceso de aprendizaje de Surf.
Actividades	• Estado de grupo • Presentación de video de registros fotográficos • Aplicación de cuestionario final. • Despedida
Recursos materiales	• Video • Proyector
Instrumentos de evaluación	• Cuestionario n°3

2- FORMATO DE ENTREVISTA A FUNCIONARIAS DEL CENTRO

1- ¿Cuál es su percepción sobre el nivel de adherencia que presentan los jóvenes del centro?

.....

.....

2- ¿Qué factores cree usted que son los que inciden en la adherencia de los jóvenes?

.....

.....

3- ¿Cuál es su opinión acerca del funcionamiento general del centro?

.....

.....

4- ¿Cuáles cree usted que son las principales virtudes y falencias del centro Prosain?

.....

.....

5- ¿Cuál es su percepción de las altas terapéuticas que presenta el centro?

.....

.....

6- ¿Cuál es su opinión acerca de la vinculación entre actividad y tratamiento de rehabilitación?

.....

.....

3- CUESTIONARIOS PARA ADOLESCENTES USUARIOS DE PROSAIN

CUESTIONARIO N°1

(Sesión 0)

Nombre:

1. ¿Cuál o cuáles fueron tus motivaciones para iniciar el tratamiento de rehabilitación?

.....

2. ¿Qué factores favorecen tu asistencia al Centro?

.....

3. ¿Qué factores perjudican tu asistencia al Centro?

.....

4. Dentro de tus actividades semanales, ¿qué prioridad ocupa la asistencia al Centro de Rehabilitación? ¿Por qué?

.....

5. ¿Cuál es tu nivel de participación en las actividades realizadas por el Centro? ¿Por qué?

.....

6. ¿Cuál es tu percepción acerca del programa de rehabilitación en el que te encuentras? ¿Estás conforme? ¿Qué cambiarías? ¿Por qué?

.....

7. ¿Las actividades realizadas por el Centro aportan a tu **compromiso** con el proceso de rehabilitación? ¿Por qué?

.....

8. ¿Cuál es el nivel de compromiso que tienes con tu proceso de rehabilitación? ¿Por qué?

.....

CUESTIONARIO 2

(Sesión 5)

Nombre:

1. ¿Qué factores favorecen tu asistencia al Centro?

.....

2. ¿Qué factores perjudican tu asistencia al Centro?

.....

3. Dentro de tus actividades semanales, ¿qué prioridad ocupa la asistencia al Centro de Rehabilitación? ¿Por qué?

.....

4. ¿Cuál es tu nivel de participación en las actividades realizadas por el Centro? ¿Por qué?

.....

5. ¿Cuál es tu percepción acerca del programa de rehabilitación en el que te encuentras? ¿Estás conforme? ¿Qué cambiarías? ¿Por qué?

.....

6. La participación en las sesiones del programa de surf, ¿aporta a tu **compromiso** con el tratamiento de rehabilitación? ¿De qué forma?

.....

7. ¿Las actividades realizadas en el programa de surf, han sido atractivas para ti? ¿Por qué?

.....

8. ¿Cuál es el nivel de compromiso que tienes con tu proceso de rehabilitación? ¿Por qué?

.....

CUESTIONARIO 3

(Sesión 9 - cierre)

Nombre:

1. ¿Qué aportó el aprendizaje del surf en tu proceso de rehabilitación?

.....

2. ¿Recomendarías el aprendizaje y práctica de surf? ¿A quiénes? ¿Por qué?

.....

3. ¿Hubo algún aspecto del programa de surf que crees fue perjudicial para tu tratamiento? ¿Por qué?

.....

4. ¿Crees que debieran haber más instancias como la del programa de surf, dentro de los tratamientos para las drogodependencias? ¿Cuáles? ¿Por qué?

.....

5. ¿Cuál es el nivel de compromiso que tienes con tu proceso de rehabilitación? ¿Por qué?

.....

4- REGISTRO FOTOGRÁFICO



Registro sesión 2 en seco, centro PROSAIN, Quillota.



Registro Sesión 4 en playa, La Boca, Concón.



Registro Sesión 1 en seco, centro PROSAIN, Quillota.



Registro Sesión 6 en Playa La Boca, Concón.

5- DIAGNÓSTICO

ANTECEDENTES DEL PARTICIPANTE

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Rut: _____

Nacionalidad: _____

Dirección: _____

Comuna: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____

Teléfono de emergencia _____

Avisar a: _____

Relación o parentesco: _____

Seguro de salud: _____ NO _____ SI Cuál: _____

Sistema previsional de salud: _____ NO _____ SI Cuál: _____

Correo electrónico particular: _____

Peso: _____ Estatura: _____

Grupo sanguíneo: _____ Factor: _____

Alérgico: _____ NO _____ SI A qué: _____

Problemas Auditivos: _____ NO _____ SI

Uso de lentes ópticos: _____ NO _____ SI

Uso de lentes de contacto: _____ NO _____ SI

Enfermedades que padece o es propenso:

Asma: _____ NO _____ SI

Diabetes: _____ NO _____ SI Qué tipo: _____

Epilepsia: _____ NO _____ SI

Hipertensión: _____ NO _____ SI

Convulsiones: _____ NO _____ SI Cuándo: _____

Afecciones:

Pulmonares: _____ NO _____ SI

Cardiovasculares: _____ NO _____ SI

Trastornos Psicológicos:

Depresión: _____ NO _____ SI

Crisis de pánico: _____ NO _____ SI

Trastorno bipolar: _____ NO _____ SI

Vértigo: _____ NO _____ SI

Fobias: _____ NO _____ SI A qué: _____

Trastornos obsesivo-compulsivos: _____ NO _____ SI

En relación al contacto en el mar

Fobia: _____ NO _____ SI Miedo: _____ NO _____ SI

Observaciones (relate si ha vivido y/o recuerda una experiencia traumática en el mar):

En relación a estar en Apnea (aguantar respiración)

Fobia: _____ NO _____ SI

Miedo: _____ NO _____ SI

Observaciones (relate si ha vivido y/o recuerda una experiencia traumática):

Otros

Medicamentos que consume:

Dosis:

Lesiones Articulares: (dentro de los últimos dos años):

¿Existe alguna razón de tipo religioso que sea impedimento para ser atendido médicamente? Adjunte formulario si existe

6- ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD

CARTA DE AUTORIZACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, don (a) _____, residente en _____, con cédula de identidad número _____, autorizo a _____

a participar de las actividades realizadas por estudiantes de Pedagogía en Educación Física de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, junto a Santiago Surf para proyecto de tesis: **“Descripción de los efectos del Surf como herramienta complementaria en la adherencia al proceso de rehabilitación de adolescentes drogodependientes del centro Prosain Adolescentes”**. Dichas actividades consisten en el aprendizaje de Surf mediante la realización de sesiones en seco, piscina y mar, a cargo de Francisca Fernández Santa Cruz y Diego Leiva Reyes, con la supervisión de Francisca Silva Campos. Declaro mediante esta carta que: Me hago responsable, de cualquier tipo de lesión y daños que pudiera causar el participante a mi cargo, tanto a su persona como a terceras personas. De igual manera soy responsable de que el participante haga correcto uso del equipamiento, que en caso de dañar o causar avería, responderé con mis propios bienes hasta solucionar la reparación. Asumo también la responsabilidad en su representación de que respetará el medio ambiente, actuará con responsabilidad, seriedad y veracidad, durante la práctica en el medio natural. En el caso de que mi participante a cargo no siguiera los protocolos de acción, libero por tanto de responsabilidad a todos los Profesores a cargo de las clases y organización Santiago Surf, así como, a las instalaciones (Escuela de Surf Soul Surf) utilizadas, y me comprometo a comparecer ante las entidades correspondientes, asumiendo toda responsabilidad en el presente acto.

Junto con lo anterior, autorizo el registro audiovisual de las sesiones a realizar, con fines propios del estudio.

Firma del Apoderado

Firma de participante

Quillota, Septiembre de 2018.