

**FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS JÓVENES CARTAGENEROS
ATENDIDOS POR INGRESO Y RECAÍDAS HOSPITALARIAS EN LA CLÍNICA
LA MISERICORDIA (2016-17)**

MELISSA PEREIRA ESPINOSA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGENA-COLOMBIA**

2017

**FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS JÓVENES CARTAGENEROS
ATENDIDOS POR INGRESO Y RECAÍDAS HOSPITALARIAS EN LA CLÍNICA
LA MISERICORDIA (2016-17)**

MELISSA PEREIRA ESPINOSA

Trabajo de grado para optar al título de Trabajadora Social.

**Directora de la investigación
Hortensia Naizara Rodríguez, PhD**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGENA-COLOMBIA**

2017

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación y este logro alcanzado a mi familia por su unido esfuerzo y dedicación en ayudarme a formar como persona y profesional ante todas las adversidades presentadas durante este camino

Melissa Pereira Espinosa

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

La vida y a Dios por permitir formarme en la Universidad de Cartagena, en el programa de Trabajo Social. Ha sido una experiencia muy hermosa que me permitió conocer excelentes personas y docentes dedicados/as dispuestos/as a formar con mucha dedicación.

Gratifico a mi hermosa familia por su compromiso y apoyo que me impulsó a sacar adelante esta profesión tan importante, ante las adversidades presentadas durante el camino, que me permitieron aprender a valorarles sus esfuerzos y a madurar cada día más.

Mi profesora Hortencia Naizara Rodriguez, le agradezco infinitamente por guiarme durante el desarrollo de esta propuesta por sus conocimientos aportados y su extensa experiencia en el área social y docencia.

Clínica La Misericordia y tan valioso equipo interdisciplinar por permitirme llevar a cabo mi proyecto de investigación y de intervención profesional en mi proceso de prácticas con mucha voluntad y dedicación, en especial la Trabajadora Social Kellys Gómez Garcés, por estar atenta durante mi proceso de formación en la práctica profesional intensiva.

Melissa Pereira Espinosa

CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN.....	10
RESUMEN.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	18
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y EPISTEMOLÓGICA.....	22
4. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	30
5. REFERENTES LEGALES.....	33
6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
6.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	39
6.2. CATEGORÍAS Y DESCRIPTORES/VARIABLES E INDICADORES.....	43
7. RESULTADOS DEL PROCESO INVESTIGATIVO	44
7.1 DESARROLLO DEL PROCESO INVESTIGATIVO CON LOS JÓVENES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA LA MISERICORDIA.....	44
7.2 FASE DE DOCUMENTACIÓN SOBRE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	45
7.3 FASE DE ACERCAMIENTO AL PROCESO	45

7.4 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN JOVEN DEL ESTUDIO.....	46
7.5 RELACIÓN FAMILIAR DE LOS JÓVENES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA LA MISERICORDIA	55
8. LAS RECAÍDAS Y LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS FRECUENTES POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS JÓVENES ATENDIENDO. EL TIEMPO, LA EDAD DE INICIO EN LA ADICCIÓN Y DAÑOS COLATERALES. .	66
9. PROCESO DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO POR TRABAJO SOCIAL.	79
9.1 EVENTO DE FORTALECIMIENTO DE RELACIONES AFECTIVAS ENTRE FAMILIARES Y PACIENTES EN EL MES DE AMOR AMISTAD.	80
9.2 CONFRONTACIÓN CON LAS FAMILIAS A TRAVÉS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR.	87
9.3. ACTIVIDADES LÚDICAS “MI PROYECTO DE VIDA” “ÁRBOL DE LA VIDA”	90
9.4 CONVERSATORIOS CON LOS JÓVENES FÁRMACO DEPENDIENTES A TRAVÉS DE LA HERMANDAD NARCÓTICOS ANÓNIMOS. COORDINACIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL.....	91
9.5 CAPACITACIÓN E INTERVENCIÓN PROFESIONAL CON LAS FAMILIAS.	93
9.6 FORMACIÓN DE VALORES, REUNIÓN CON LOS JÓVENES CON SUS FAMILIAS A TRAVÉS DEL GRUPO AL-NON Y NARCÓTICOS ANÓNIMOS. ..	94
9.6 ACTIVIDAD DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	95
10. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXOS.....	104

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Categorías y Descriptores/VARIABLES e Indicadores	43
Tabla 2. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes cartageneros atendidos en la clínica la Misericordia (2016-2017). 63	63
Tabla 3. Razones para consumir drogas.	68
Tabla 4. Factor de riesgo, factor protector	79

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfico 1. Género de los adolescentes residentes en la Clínica La Misericordia ..	47
Gráfico 2. Rango de edades de los jóvenes atendidos en la Clínica La Misericordia ..	48
Gráfico 3. Deserción escolar y atraso durante el proceso educativo.	49
Gráfico 4. Estrato socioeconómico de los adolescentes que se reciben en La Clínica La Misericordia.....	51
Gráfico 5. Procedencia de los jóvenes que se reciben en La Clínica La Misericordia.....	52
Gráfico 6. Lugares donde tienen acceso al consumo de SPA en los jóvenes que se reciben en La Clínica La Misericordia	54
Gráfico 7. Situación familiar	57
Gráfico 8. Años de estar consumiendo SPA.....	67
Gráfico 9. Ingreso y reingreso de pacientes	69

ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Referente institucional	104
Anexo B. Campo de prácticas: Clínica la Misericordia.....	108
Anexo C. Formato de asistencia a actividades terapéuticas.....	114
Anexo D. Historia clínica de trabajo social.....	115
Anexo E. Formato de encuesta sobre características, familiares, económicas, sociales en los jóvenes internos en La Clínica La Misericordia (2016).....	116
Anexo F. Entrevista a pacientes jóvenes recepcionados en La Clínica La Misericordia.....	118

PRESENTACIÓN

Durante las décadas del siglo XX, en especial desde la segunda mitad del siglo los investigadores/as sobre el tema de la adicción han manifestado que no todas las personas son igualmente vulnerables frente al consumo de drogas, ni frente a los efectos negativos de su abuso. Mientras que algunas experimentan con ellas sin sufrir graves consecuencias, otras segmentos de población acaban desarrollando patrones de consumo problemáticos que afectan negativamente no sólo su salud, sino a otras esferas más amplias de su vida personal y social.

De acuerdo a los datos de la OMS sobre el impacto global de las enfermedades en 2004, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales provocó más de 7,6 millones de muertes a nivel mundial, lo que representaría el 12,9% de todas las muertes ocurridas en ese año. De acuerdo con otro estudio llevado a cabo en 2010, el consumo de alcohol y drogas en él, mundo resultó en la pérdida de 7,4 millones de años de vida por muerte prematura y causó 30,2 millones de años vividos con discapacidad según Whiteford et al., 2013. La estadística mundial de la OMS, enfatiza que del 100% de la población adicta sólo el 27% se salva, porque tienen como referencia una red de apoyo familiar, de amistades que promueven la protección y la recuperación como tal. El otro 73% muere en la calle, por suicidios o enfermedades de complicación pulmonar y otras como la desnutrición.¹

La cuestionada tesis de la OMS que sostiene que la marihuana es el camino para llegar a las drogas más fuertes, se desvirtúa en este caso, porque se observó que la población del estudio ha vivido problemas familiares desde la primera infancia, ya

¹ Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio junio de 2014, este informe ha sido realizado en el marco del convenio suscrito entre la dirección de salud pública y adicciones del departamento de salud del gobierno vasco y el siis centro de documentación y estudios de la fundación eguía Careaga. Recurso electrónico disponible en https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/Desigualdades%20socioecon%C3%B3micas%20consumo%20de%20drogas%20y%20territorio.%20Final.pdf

traen sufrimiento desde la infancia, los jóvenes afirman que “no necesitan la marihuana porque es relajante, requieren de euforia” para escapar de su principio de realidad, esto sólo se logra con la cocaína y las drogas sintéticas .Esta tesis obedece a políticas públicas internacionales de salud pública para detener la pérdida o salida de flujos de grandes capitales de los países demandantes de marihuana y posteriormente de cocaína que funcionan desde la década de los años setenta con la bonanza marimbera en Colombia (y luego con la hiperinflación que surge por el narcotráfico en la década de los ochenta, cuando la economía estaba bien, y el país estaba mal) y el resto de países latinoamericanos productores de la hoja de coca.²

Los programas preventivos de las EPS no dirigen recursos a la rehabilitación, porque consideran que son costosos. Las EPS dependiendo de la contratación con la IPS Clínica de La Misericordia costean 15 días de intervención en crisis que son insuficientes porque estos jóvenes en esta etapa inicial padecen el síndrome de abstinencia. Las EPS que asumen contratos para la rehabilitación pero no todas Las EPS ofrecen los servicios de rehabilitación, que equivalen a tres meses de internamiento hospitalario y tratamiento psiquiátrico e interdisciplinario. Por otro parte los centros de salud mental son muy pocos en la ciudad teniendo en cuenta la demanda de la población adicta. Tenemos claras deficiencias del sistema de salud en el país.³

No todas las familias pueden participar de un proyecto de rehabilitación, la mayoría de los integrantes se cansan, pierden interés en el otro, pierden confianza y credibilidad. En otros casos hallamos familias enteras comprometidas con el uso y

² El narcotráfico se desarrolla o tiene su origen con la producción y con el consumo de drogas ilegales que a su vez favorecen la participación de la población con bajos niveles económicos, elevando así sus ingresos. La productividad de los cultivos ilícitos está dada por la alta rentabilidad del negocio sobre todo en sus etapas de distribución y comercio, el carácter ilegal de todas las actividades vinculadas al negocio del narcotráfico y su elevado margen de ganancias. BELZNER Salazar, Jorge Mario. Impacto económico y social del narcotráfico en Colombia de 1980 - 1995 y sus costos derivados. P 38

³ OTERO, Brito Erika. Orígenes del sistema de salud en Colombia en: El Universal.(21 Dic 2015)

abuso de drogas y por este motivo tampoco sirven de apoyo, como la mayor parte de los casos revisados en este estudio en la Clínica La Misericordia.

Esta propuesta analizó los riesgos psicosociales que predisponen a los adolescentes (hombres y mujeres) consuman sustancias psicoactivas atendidos en la Clínica de Salud Mental La Misericordia de Cartagena durante el año (2016-2017), es una población heterogénea de diferentes estratos sociales anclada en el consumo de drogas que presentó varios ingresos y reingresos por recaídas, una frecuencia de recaídas menor a 6 meses y poca o escasa ayuda del grupo familiar. El consumo de drogas en especial Kripi, cocaína, patraciado, perico, metanfetaminas, bazuco, tussy (2C), Popper. Se observó como un factor de riesgo social los vacíos afectivos en la familia, la carencia de límites en la primera y segunda infancia y la representación, la falta de respuestas positivas ante las normas sociales, el individualismo marcado por el consumo, por la macroeconomía globalizada y la disolución de lazos afectivos, aun cuando el padre, o la madre y los hermanos convivan, fue evidente la ausencia de diálogos y el conflicto de la búsqueda identitaria de los jóvenes en medio de una sociedad en la que se busca a toda costa una cuota de poder.

El ingreso a grupos de referencia de la población del estudio lo representan los grupos de poder en el ejercicio de actividades no legales, las tribus urbanas, cuya función parcialmente reemplazar a la familia y asumir el control de las vidas, decisiones y movimientos de sus integrantes. Cuando el grupo de referencia asume el control de los actos de los jóvenes, la familia no puede retomar el lugar que le corresponde y la rehabilitación escasamente prospera. Esta aclaración, se fundamenta por las entrevistas realizadas a los jóvenes, con el fin de conocer las dinámicas que estos ejercen en los grupos donde ellos socializan.

Los roles de Trabajo Social que se cumplieron en las diversas etapas de la investigación da cuenta de la atención de casos, elaboración de historias sociales,

remisión de casos por violencia intrafamiliar a las instituciones encargadas de velar por la restitución de los derechos de niños, jóvenes y adolescentes estas son: Comisaria de familia, ICBF, Casa de justicia participación interdisciplinaria de la rehabilitación con el equipo de psicólogas y médicos psiquiatras, las orientaciones específicas Trabajo Social de la Institución fueron asumidas por la profesional Kelly Gómez Garcés, y por parte de la Universidad de Cartagena las asumió la docente de prácticas de Trabajo Social: Dra. Hortensia Naizara Rodríguez. Este proyecto se convirtió en un reto no sólo para mí, sino para el equipo, teniendo en cuenta que es la primera vez que una estudiante de Trabajo Social desarrolla prácticas intensivas en esta Clínica de Salud mental.

El microtráfico como estrategia de venta ha sido eficaz como estímulo a la adicción. En Cartagena se distribuye por toda la geografía urbana, en el centro histórico en oficinas de profesionales adictos/as, en la Torre del Reloj donde se concentra la población de hombre y mujeres jóvenes y adultos involucrados en redes de prostitución, la Torre del reloj es uno de los espacios públicos de intercambio de cuerpos y drogas, los sectores más comerciales: Bocagrande y Castellana, los centros comerciales, las oficinas de algunos profesionales en la zona suroccidental en los límites con la zona industrial y los barrios populares donde se concentran la venta en-Olaya, El Socorro, Villa Grande, San José de Los Campanos, Villa Rosita, también en Manga, Crespo y Bocagrande. La cara amable de la ciudad es el turismo y su historia, la cara feroz, es la del intercambio y mercado de drogas.⁴

La mayoría de los jóvenes atendidos en la Clínica de la Misericordia han transitado el mundo de las drogas a la temprana, de 11 años en adelante y continúan con el consumo en la pubertad y la adolescencia, esta etapa vital donde hay tantos cambios biológicos y sociales en la vida de los sujetos en especial porque están redefiniendo su identidad.

⁴ Estudio realizado a través de entrevistas y recopilación de información de noticias de la ciudad de Cartagena

La identidad, autores como Dolto, Blos y Erikson⁵ dan cuenta, desde distintas perspectivas, que en la adolescencia sucede una crisis identitaria inevitable, en la que el equilibrio y la estabilidad emocional se pierden. Esta pérdida implica para el adolescente gran incertidumbre y lo lleva a una búsqueda de soporte, que ya no encuentra en el ámbito familiar, sino con grupos de amigos. El peso del contexto y del componente social empieza a tomar protagonismo en el desarrollo vital y los grupos de los cuales el adolescente decide ser parte se vuelven especialmente significativos en su vida.

El contexto de Cartagena como ciudad turística, con grandes centros de diversión, casinos, discotecas, entre otros, invitan al hedonismo, éste facilita el acceso a la compra de drogas al menudeo en la que caen rápidamente los jóvenes. Las expectativas en el dinero fácil, sin tener en cuenta la ambición de lucha, entendida como la ambición para salir adelante, es otra de los factores de riesgos observados⁶, asimismo un umbral de frustraciones muy bajo que se evidencia en el comportamiento, actitudes y decisiones de los jóvenes, nos remite a prever un sensible aumento de los suicidios, el aspecto más infortunado de las patologías psíquicas por deterioro de la agudeza mental y pérdida de capacidades cognitivas para iniciar o regresar al estudio o al trabajo, los daños en la psiquis se traducen en psicosis y cuando los pacientes por abuso de drogas se convierten en psicóticos con fármacos permanentes⁷, la recuperación o rehabilitación es menos exitosa.

⁵ ESPINOSA Duque, Henry Daniel (2011), entre otros. concepciones psicoanalíticas de la adolescencia. Universidad de Antioquia.

⁶ Pero más allá del Centro Histórico, en los barrios de las localidades 2 y 3, el panorama sigue preocupando a las autoridades quienes reconocen que en los últimos años el negocio de la droga se ha disparado y con ello, el aumento de expendios al interior de las comunidades y cerca a zonas educativas. Las ollas de drogas en Cartagena. El Universal. Para más información, recurso electrónico disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/sucesos/las-ollas-de-droga-en-cartagena-un-negocio-de-familia-229256>

⁷ “Estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones, que incluyen un impulso irreprímible a tomar el fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación”. El abuso de las drogas según la organización mundial de la salud. NEGRETO, Juan Carlos. El alcohol y las drogas como problemas de salud en América Latina. Departamento de Psiquiatría, Universidad McGill, Canadá. 2008 P 158

El objetivo de intervención profesional fue fomentar y fortalecer los factores protectores que coadyuvan a la mejoría del paciente a través de actividades, talleres y conversatorios que promuevan cambios positivos a los jóvenes junto a sus familias. La acción profesional de Trabajo Social fue integrar a los jóvenes con sus familias (después de largos períodos de ausencias de diálogos) o en su defecto con las personas que representan apoyo emocional en su rehabilitación, con el fin de mejorar la comunicación y la dinámica de la familia. Se realizó trabajo grupal con las familias, mediante grupos de apoyo, la preparación de testimonios para la rehabilitación, asimismo el equipo interdisciplinario coordinado por la Trabajadora Social de la Clínica La Misericordia entregó información pertinente a los integrantes de la familia para colaborar en su recuperación. Se realizó la caracterización socio familiar, dentro de los hallazgos permitió fortalecer los lazos afectivos en las familias y convertirlos en participes en los procesos y programas que la institución brinda como terapia grupal familiar para la recuperación exitosa de los jóvenes internos en La Clínica la Misericordia.

RESUMEN

Este estudio presenta un análisis de los factores de riesgos psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los/as jóvenes Cartageneros. La muestra la constituyeron 20 jóvenes (hombres y mujeres) entre edades de 14 a 23 años que entregaron testimonios y relatos de vida para el estudio del problema. Estos jóvenes fueron recepcionados en la Clínica La Misericordia (2016-17), para diversos procesos de atención psicosocial: ingreso por desintoxicación, reingresos y recaídas frecuentes por abuso de estas sustancias.

Se consideran factores de riesgos psicosociales aquellos relacionados con el ambiente, la economía del consumo, la expansión de microtráfico, los conflictos de identidad del adolescente y la poca apertura al dialogo en el grupo familiar, el establecimiento de normas, el manejo de sanciones, el clima emocional familiar y la cultura entorno a las drogas. Como factores protectores observamos la conformación de redes de apoyo familiar y social como son al Al-non y Narcóticos anónimos, la orientación del equipo de psiquiatras, Psicología clínica y Trabajo Social, y finalmente consideramos como una apuesta de trabajo social en pro de la salud mental y desarrollo humano.

Palabras claves: Factores de riesgo psicosociales, jóvenes, factores protectores, sustancias psicoactivas.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de grado parte como requisito para optar al título de Trabajadora Social de la necesidad de investigación que propone la Universidad de Cartagena de incentivar a sus estudiantes a ser críticos, reflexivos y propositivos de soluciones en su desempeño profesional. El en el marco del proceso de prácticas intensivas en la Clínica La Misericordia emprendido de noveno y décimo semestre, nació la inquietud de investigar ciertos aspectos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, que me permitió analizar aquellos factores de riesgos psicosociales que se encuentran en nuestro contexto social.

Los riegos psicosociales son multicausales, existen de índole familiar que inciden al consumo SPA relacionados con los estilos parentales de manejo familiar, incluyendo el tipo de comunicación construida, el establecimiento de normas y el manejo de sanciones, el clima emocional familiar, la cultura en torno a las drogas, la construcción de identidad, y el microtrafico que pervive en los diferentes sectores de la ciudad de Cartagena.

El abuso de SPA genera cambios en el comportamiento ocasionando deterioro del sistema nervioso central, reiteradas recaídas y reingresos hospitalarias en La Clínica La Misericordia, es por eso que se hizo necesario un proceso de atención y acompañamiento por trabajo social, teniendo como muestra 20 adolescentes que dieron sus testimonios y relatos de vida, y acorde a los resultados del proceso, fomentar los factores protectores que coadyuvan a la mejoría de los/as jóvenes para la recuperación exitosa y su inserción a la sociedad. Asimismo se tuvo en cuenta documentos importantes de psiquiatría en el tema de las adicciones, estadísticas internacionales, nacionales y locales, y por supuesto aportes de trabajo social en el área clínica.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Qué factores psicosociales inciden en el consumo de sustancias psicoactiva en los/as jóvenes cartageneros atendidos por ingreso y recaídas hospitalarias en La Clínica La Misericordia? (2016-17).

La Clínica La Misericordia, atiende mensualmente un promedio que va de 80 a 102 usuarios en (2016) que ingresaron por hospitalización en estado de crisis por diversas patologías psiquiátricas, este segmento poblacional corresponde al 41,1% de pacientes adictos a consumo de psicoactivos⁸ (del uso nocivo de fármaco dependencia). El 31,3%⁹ son jóvenes entre 14 a 24 años de edad, que ingresan y reingresan por recaídas con un mínimo de entradas que oscila entre 3 y 6 veces por año por consumo frecuente de marihuana, kripy, Metanfetaminas, bazuco, LSD, éxtasis, Anfetamina cristal, patraciao (residuo de la cocaína), heroína, escopolamina en baja dosis, cigarrillo y alcohol y mezclas con pastillas de rivotril de alto miligramaje. A partir de esta propuesta se entrevistaron a 20 jóvenes, hombres y mujeres, que aceptaron entregar un testimonio real de vida acerca de cómo se iniciaron en el mundo de las drogas y la adicción y por qué se presentan las frecuentes recaídas que dan paso al reingreso hospitalario.

⁸ Pese a esta situación, es cada vez más frecuente el uso de sustancias psicoactivas en edades muy tempranas, cual hace parte del objeto de estudio de esta investigación, según La encuesta global sobre drogas (The Global Drug Survey) el 54% de la población que consumen droga es joven (hombre y mujeres, resaltando que el mayor uso de psicoactivos es superior en hombres) teniendo menos de 24 años, aunque las diferencias entre estratos socioeconómicos no son tan amplias para la generalidad de las sustancias, se encuentran mayores tasas de abuso y dependencia en los estratos bajos, mayor proporción de consumidores de cocaína y éxtasis en los estratos altos y el consumo de bazuco se reporta principalmente en los estratos 1 al 3. Consumo de drogas en Colombia, El Universal (14 de agosto 2016)

recurso virtual en <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/consumo-de-drogas-en-colombia-2016/477716>

⁹ Análisis de datos cuantitativos en el proceso de investigación e intervención por trabajo social.

La dinámica y atención de la familia como principal red de apoyo fue clave para la recuperación. El tema del consumo de drogas entre jóvenes se percibe en aumento con el poder de las mafias del narcotráfico en la década de los años ochenta del siglo XX, que se tradujo en la fácil adquisición de bienes de consumo y de drogas, después de esta década se gestaron nuevas formas de consumo en Colombia y el mundo que aún perviven sustentadas por el libre comercio y la tendencia al consumo en amplia escala: consumo de ropa de marca, tecnología, música, lujos y el consumo de drogas no fue la excepción. Asimismo el deseo vehemente de los jóvenes de experimentar nuevas emociones frente a los vacíos afectivos que viven día a día en una ciudad que invita al placer y al hedonismo con las imágenes de la demanda turística, así resulta muy fácil encontrar los caminos para conocer en el mercado de las drogas la oferta, en la Calle de la Media Luna, Plaza de la Trinidad de Getsemaní, las murallas y en el mercado negro de drogas, en los barrios de clases altas y en los populares¹⁰.

La población juvenil en Cartagena enfrenta en esta época múltiples conflictos relacionados con los afectos, la autoimagen y la representación de la familia, en especial los roles de paternidad y maternidad que socializan en la primera infancia para la construcción de la identidad, muchos de estos conflictos los trasladan a sus espacios escolares y sociales, afectan su vida personal y su desempeño social. Durante el período (2016 -2017) mediante este proyecto se atendió a 20 jóvenes- hombres y mujeres- en edades entre 14 y 23 años, se constituyeron en la población del estudio.

Los jóvenes del estudio expresaron sentir “mayor interés en la experimentación con las drogas”, inducidos por grupos de amigos o simplemente por el deseo de fantasear y vivir nuevas experiencias o emociones fuertes que lo saquen del mundo cotidiano o rutinario que viven. Los adolescente no ha alcanzado la madurez de un

¹⁰ PRADO, Luis C, así se mueven las drogas en Cartagena: El Universal. Cartagena de indias(27 de junio 2012)

adulto sin embargo sus conductas no son del todo infantiles, aspecto que prima en determinaciones o decisiones desacertadas, pretende abandonar la infancia para siempre y la recrea en sus fantasías y contradicciones conductuales con alucinaciones que le proporciona el consumo desmesurado de drogas, que más temprano que tarde los conlleva a déficit cognitivos derivados del abuso de psicoactivos que lo alejan del principio de realidad¹¹ y de la educación formal. La deserción de la educación formal es al 100% en la población del estudio todos sin excepción han abandonado la educación en diversos grados de secundaria con dificultades para reiniciar sus estudios, por el estado de salud mental y los déficits cognitivos que esto conlleva.

Entre los jóvenes del estudio son comunes los conflictos de orden familiar en la etapa de la consolidación identitaria del adolescente, éstos tienen repercusiones en la historia de vida, recurren con facilidad al uso de sustancias psicoactivas y a ausentarse de la escuela. Los problemas traspasan el espacio familiar carente de diálogo en el mayor de los casos, también se experimenta en otros espacios sociales: la calle, el barrio y las universidades. Fundaciones como Colombia Visión¹², el Ministerio de Salud y Protección Social¹³ e Instituciones encargadas de prestar el servicio a empresas de servicio a la salud (IPS a EPS) como lo es La Clínica la Misericordia entre otros, facilitan programas de acompañamiento al tratamiento a las conductas adictivas y rehabilitación a través de mecanismos terapéuticos y educativos que son indispensables para la recuperación exitosa del paciente el pro de su reintegro a la sociedad.

¹¹ Concepto psicoanalítico. La realización inmediata de todos los apetitos haría imposible la vida del sujeto. El principio de realidad es un principio del **Yo** y permite al sujeto posponer o sustituir dichos apetitos en función de las presiones de la realidad y con la finalidad de la adaptación y supervivencia del sujeto. Este principio necesita de los llamados "procesos secundarios" o procesos como la memoria, el razonamiento, el lenguaje, con los cuales el yo toma contacto con la realidad, descubre sus mecanismos y las relaciones causales entre las cosas y puede hacer más efectivo y menos peligroso la realización del dese". Diccionario de psicología científica y filosófica. Principio de la realidad (25 de mayo de 2017).

¹² Para más Información sobre los programas de prevención de esta organización, recurso virtual: <http://www.colombiavision.org/nuestrosprogramas/prevencion.htm>.

¹³ Ministerio De salud y Protección social (2013) recurso virtual en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas entre los/as jóvenes cartageneros atendidos por ingreso y recaídas hospitalarias en La Clínica La Misericordia (2016-17)

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los riesgos psicosociales que predisponen a que los/as jóvenes cartageneros atendidos en el centro de salud mental Clínica de la Misericordia consuman sustancias psicoactivas a través de la caracterización social de la población estudio (2016-17).
- Determinar el proceso de las recaídas y reingresos hospitalarios del uso frecuente de sustancias psicoactivas en los/as jóvenes atendiendo a: tiempo y la edad de inicio en la adicción y daños en el comportamiento colaterales.
- Fomentar los factores protectores que coadyuvan a la mejoría del paciente a través de actividades, talleres y conversatorios que promuevan cambios positivos en los/as jóvenes junto a sus familias.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y EPISTEMOLÓGICA

Trabajo Social¹⁴ es un profesión que se encarga de estudiar las realidades para así transformarlas, mediante procesos encaminados al bienestar de los personas, en este proyecto hemos utilizado conocimientos de Trabajo Social para desarrollar atención asistencial, por ejemplo conducta de entrada para la atención de paciente, historia familiar, ficha social y e historia clínica para observar los avances o retroceso en el proceso de las recaídas por consumo de sustancias psicoactivas.

Los problemas abordados desde Trabajo Social tienen en cuenta diferentes conceptos, teorías y/o posturas epistemológicas, que facilitan el saber en la práctica profesional e interdisciplinar. En el Área de la salud, se tiene como prioridad la salud física y mental de las personas encontradas en su entorno social, que viven dificultades y problemas cotidianos, en este caso los pacientes que consumen sustancias psicoactivas, la Federación de Trabajo Social Clínico (CSWF) define trabajo social “la provisión de servicios de salud mental para el diagnóstico, tratamiento y prevención de los desórdenes mentales de conducta y emocionales en individuos, familias y grupos”¹⁵.

Como primera orientación teórica de trabajo social constituye en su accionar es por medio del enfoque psicosocial. El enfoque psicosocial se alude a la presencia de situaciones contextuales o dificultades personales que al estar presentes incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. La exposición a factores de riesgo dificultaría el cumplimiento de las tareas de desarrollo, tales como, el logro de control de impulsos, la conformación de la

¹⁴ “El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales y las humanidades, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Para profundizar lo anterior, recurso electrónico disponible en: <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>

identidad, el desarrollo del pensamiento abstracto formal, la diversificación del repertorio emocional y el aprendizaje de ciertas destrezas físicas, entre otros. En este sentido, la perspectiva de riesgo psicosocial es un enfoque que permite analizar en su complejidad las características individuales, micro-sociales y macro sociales que contribuyen a generar fenómenos como el abuso de drogas, la delincuencia, así como, el fracaso y el abandono escolar, entre otros. ¹⁶

En este proceso de investigación, la intervención del trabajador social fue importante la revisión de conceptos previos acerca del fármaco dependencia. La Organización Mundial de la Salud, entiende por **sustancias psicoactivas**:¹⁷ como “todas aquellas que al ser introducida en el organismo modifican algunas de las funciones del sistema nervioso” ¹⁸ es decir, que toda sustancia psicoactiva provoca cambios en el estado emocional, el funcionamiento del organismo y/o el comportamiento de una persona.

Existen diferentes tipos de consumo de uso de la dependencia.

Formas de consumo

- a) Consumo experimental: son los consumos que corresponden a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias. cuanto menor es la edad de contacto con la sustancia mayor es posibilidad de un consumo problemático y

¹⁶ Enfoque Psicosocial. Intervención psicosocial a jóvenes en situación de riesgo pertenecientes a pandillas en el distrito de Barranquilla. Alcaldía de Barranquilla Distrito especial, industria y portuario. Para más información, recurso virtual en: [file:///C:/Users/Mayerlin/Downloads/Caracterizacion%20Pandillas%20Distrito%20de%20Barranquilla%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Mayerlin/Downloads/Caracterizacion%20Pandillas%20Distrito%20de%20Barranquilla%20(1).pdf)

¹⁷ “Son sustancias que tienen como su principal foco de acción el cerebro y por lo tanto al ser ingeridas en el organismo, cambian sus funciones y producen euforia y sensación de placer, induciendo a repetir el consumo. La repetición del consumo produce necesidad compulsiva o dependencia de la sustancia y múltiples alteraciones emocionales, sociales y del comportamiento”. véase: VELÁSQUEZ DE P, Elvia y otros Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención. Editorial CIB fondo editorial 2013 p 50

¹⁸ KRAMER, J. y CAMERON, D.C.) Manual de la drogodependencia. Ginebra: World Health Organization. 1975 2p.

dependiente, máxime cuando esto se une a dificultades familiares y altas de apoyo social.

- b) Consumo ocasional: Corresponde al uso intermitente de la sustancia, sin ninguna periodicidad y con largos intervalos de abstinencia. Habitualmente se utiliza la sustancia en grupo. puede trabajar, aunque hay ya una búsqueda de la droga, conoce sus efectos y por este motivo consume.
- c) Consumo habitual: consiste en la utilización frecuente de la droga, los riesgos del consumo aumentan, dependiendo de la sustancia de que se trate, la asiduidad con que se emplea, las características de la persona, su edad y los lazos sociales que tenga. es habitualmente el paso previo al consumo compulsivo. se amplían los momentos que se usan drogas, ya en forma grupal como individual.
- d) Dependencia: Cuando se llega a esta situación el individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta. para entender este proceso hacia la compulsividad hay que mencionar, previamente, algunos conceptos que se interrelacionan:

D1) Síndrome de retirada o abstinencia: Es otra de las señales del uso crónico de drogas y está asociado a síntomas de malestar variados o de dolor por la privación súbita de la dosis habitual diaria de la droga. Pueden ser leves y de difícil detección clínica, o evidentes y potencialmente letales en adictos a barbitúricos y alcohólicos.

D2) Las drogas activan el Sistema de Recompensa (centro de placer) y permiten de esta manera el esfuerzo positivo (repetición de la ingesta) para precisamente volver a sentir las mismas sensaciones; pero al generar estas mismas drogas neuropsicotixidad se repite la dosis aún sin encontrar el flash de placer inicial (a esto se le llama refuerzo negativo)

Efectos sobre el sistema nervioso central: las sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro dan lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones,

delirios, ilusiones (alucinógenos: Merkalina, hongos, derivados del Cannabis: hachís, marihuana, inhalantes y drogas de diseño éxtasis, ketamina etc)¹⁹. En ese sentido, los efectos y/o alteraciones de estos afecta la concentración y la distraibilidad de la persona, alteraciones en el ritmo del sueño, rendimiento psicomotor, pérdida de motivación, deterioro de la memoria e incapacidad de aprendizaje, cuáles comportamientos hacen que la persona reincida al consumo de esta sustancia sabiendo lo perjudicial que es para su vida y la sociedad.

Daños en el comportamiento. Las drogas psicoactivas comprenden una variedad de sustancias naturales, sintéticas y semisintéticas que provocan en el ser humano una serie de signos y síntomas de orden neuropsiquiátrico que alteran la conducta y su relación adecuada con el medio exterior, favoreciendo conductas socialmente no aceptadas y, por ser sustancias usualmente ilegales, su comercio se da a través de la clandestinidad y el tráfico, propiciando actividades delictivas y comportamientos violentos²⁰ como el intento de suicidio, agresiones a las familias, por el estado psicótico que produce la sustancia por el abuso de estas.

Siguiendo este orden de ideas, en el ámbito del consumo de drogas trae consigo consecuencia factores de riesgo concebido como “aquel atributo o característica individual, condición social o contexto ambiental que incrementa la posibilidad del uso y abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación en las mismas.²¹ Al ser referente importante en el proceso de investigación, se hizo necesario el conocimiento de términos relacionados a estos que afectan la dinámica familiar y social de los jóvenes.

Baja conformidad con las convenciones sociales o problemas con aceptación de normas: Hasta la adolescencia el joven ha vivido normas impuestas por los

¹⁹ YARÌA, Juan Alberto. Drogas, escuela, familia y prevención. Editorial Bonum. 2005 P 23

²⁰ MARTÍNEZ Orozco, Manuel José. nuevas tendencias en el consumo de drogas psicoactivas y su relación con la violencia interpersonal en Colombia de 2006 a 2010. P 45

²¹ VELÁSQUEZ DE P, Elvia y otros Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención. Editorial CIB fondo editorial 2013. P 301

adultos. Ante esta realidad cobra importancia el cómo ha sido impuestas, si de una manera tiránica o a través del diálogo, o por el contrario si no aprendió normas porque los padres las omitieron en su crianza, si éstas estuvieron mediadas por un clima afectivo y de reconocimiento o si, por el contrario, por un clima de violencia familiar o incluso psicológico o físico.

Situaciones vitales críticas: En la vida se dan situaciones de pérdida de seres queridos (muerte de alguno de los padres/madres, enfermedad de algún familiar significativo, muerte de un abuelo/a), problemas familiares etc., verdaderos duelos o lutos psicológicos ante los cuales el adolescente de hoy suele encontrarse en soledad y que resultan difíciles de tramitar, elaborar y metabolizar.

Baja cohesión familiar: Situaciones que van desde un clima afectivo inadecuado y la violencia familiar hasta el consumo de alcohol y/o drogas dentro del ámbito familiar.

Consumo de drogas en la escuela y en el grupo de amigos: Lamentablemente existe este fenómeno. Libre disponibilidad de drogas en negocios cercanos a la escuela, barrios, las esquinas o en kioscos habilitados para ventas de golosinas y gaseosas se convierte en un factor crítico para el desarrollo de la vida escolar y de los adolescentes.²²

Al identificar los riesgos psicosociales, se presenta la recaída entendiéndose: La recaída no se supone un fracaso del tratamiento, un retroceso al punto de partida, sino que se considera un fenómeno intrínseco a la farmacodependencia, porque probablemente aparecerá en todo proceso terapéutico el cual requiere preparación para afrontarlo adecuadamente. El cerebro tiene una relación directa para recordar el potencial adictivo de la sustancia y suma un esfuerzo secundario

²² Ibídem

dado por el contexto social y cultural donde se desenvuelve el sujeto consumidor. “las recaídas se producen bajo efectos emocionales entre las cuales Beck señala factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, o ante estímulos externos, como personas, lugares, conflictos internos, presión social, discusiones intrafamiliares y las crisis en general”.²³

Desde este punto de vista, podemos decir que los factores de riesgos identificados limitan el desarrollo en el ámbito familiar y social de los jóvenes, para ello existen los factores protectores “son aquellos que potencialmente disminuyen la probabilidad de caer en un comportamiento de riesgo. Estos factores pueden influir sobre el nivel de riesgo en las experiencias individuales o moderar las relaciones entre el riesgo y efecto del comportamiento.” por lo tanto “La importancia del estudio sobre factores protectores en los jóvenes es, entonces, clara, pues si se puede determinar las fuentes personales y ambientales de la competencia y el bienestar social, es posible planear mejor intervenciones preventivas centradas en fortalecer las características ambientales que contribuyen a un desarrollo saludable”.²⁴

En relación a lo anterior, la línea de investigación ha definido los siguientes factores protectores como los más relevantes en el contexto de la vida diaria de las familias:

- Seguridad: Manifiesta en la compañía, colaboración y ayuda que se prestan los miembros de la familia entre sí y que puede extenderse a grupos de referencia más amplios.
- Afectividad: Entendida como la expresión de sentimientos de agrado y cariño hacia el joven y entre los miembros de la familia y la comunidad.

²³ VELÀSQUEZ DE P, Elvia y otros Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención. Editorial CIB fondo editorial 2013. P 56

²⁴ AMAR, amar José. ABELLO Llanos Raimundo, ACOSTA Carolina. Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. universidad del norte. no. 11: 107-121.2003 P43. para profundizar lo anterior, recurso electrónico disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/11/7_Factores%20protectores_Psicologia%20desde%20el%20Caribe_No%2011.pdf

- Formación de valores: Aceptación y asimilación de valores tales como el amor, la bondad, el desinterés, la tolerancia, la honestidad, la verdad, la sinceridad, el respeto, la dignidad, la responsabilidad y demás, que los padres en su papel formador inculcan a sus hijos.
- Enseñanza de normas: Forma en que la familia orienta al joven con respecto a lo que debe y no debe hacer.
- Roles de los miembros de la familia: Son las funciones correspondientes a cada uno de los miembros de la familia, y que pueden ser adjudicadas y modificadas debido a múltiples variables de índole social, cultural, histórica y biográfica.
- Acceso a la educación formal: La posibilidad efectiva que tiene el joven de acceder a instituciones educativas que promuevan su desarrollo intelectual y le provean de los mínimos bienes culturales.
- Grado de capacitación de los padres: Se refiere al desarrollo de habilidades de los padres en lo concerniente al cuidado del joven, pautas de crianza, prevención de enfermedades, etc.²⁵

Para poder estudiar y accionar en lo social, es indispensable conocer el aporte de Nelia Tello acerca de intervención social. Entendiéndose:

“Trabajo social es una disciplina de las ciencias sociales que tiene por objeto de estudio la intervención social con sujetos concretos –individuales o colectivos- que tienen un problema o una carencia social en un momento determinado. Su acción

²⁵ RODRIGUEZ Jorge, Zaccarelli Davoli Mónica, Pérez Ricardo OPS/OMS MANUALES Y GUÍAS SOBRE DESASTRES Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Editorial. organización panamericana de salud 2006.

deviene de lo social y recae en lo social, precisamente en el punto de intersección que genera la relación sujeto, problema, contexto. La intervención de trabajo social es una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objetivo desencadenar procesos de cambio social. La participación del sujeto es indispensable, para hablar de una acción de trabajo social”²⁶

²⁶ TELLO, Nelia Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Trabajo Social, Apuntes de Trabajo Social -Trabajo Social, disciplina del conocimiento.

4. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Este informe dará a conocer algunas investigaciones relacionadas al consumo de drogas en la población juvenil

Los adolescentes constituyen un grupo vulnerable de la población para el uso de drogas, siendo influenciados por factores de riesgo de naturaleza biológica, psicológica o social, en el contexto individual, familiar y social. Los factores de riesgo familiar para el uso de drogas se relacionan con los estilos parentales de manejo familiar, incluyendo el tipo de comunicación construida, el establecimiento de normas y el manejo de sanciones, el clima emocional familiar y la cultura en torno a las drogas²⁷ El problema mundial de las drogas psicoactivas constituye un fenómeno complejo, dinámico y multicausal que impone desafíos a los Estados y a sus gobiernos.

Este problema representa un reto de alcance global que incide negativamente en la salud pública, la seguridad y el bienestar de toda la humanidad, los daños que estos generan en el sistema nervioso central, limita el desarrollo cognitivo de los jóvenes para poder desenvolverse en todos los ámbitos de su vida, llevándolos a estados psicóticos perdiéndose de su realidad, constantes intentos de suicidio, sobredosis que requiere proceso de desintoxicación por los niveles de consumo que puede ocasionar la muerte.

Para algunos adolescentes, experimentar el consumo de drogas es rito necesario para atravesar la fase de independencia. Influenciados generalmente por pares, hacen uso de sustancia de manera ocasional y los adolescentes que presentan personalidad compleja pueden ser más sensibles a dependencia de drogas. Por sus

²⁷ CANALES, Quesada Gregoria, entre otros consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. Artículo Original de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León, Nicaragua 2012

características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en la etapa evolutiva con mayor riesgo de inicio del consumo de drogas.²⁸

Martínez plantea que dentro del proceso de construcción de identidad, se presentan tres niveles: un nivel individual, en que se da un reconocimiento de las características propias a través de la observación de sí mismo; un nivel generacional, en que se busca el reconocimiento de sí mismo en otros “que son como uno”; y un nivel social, donde el reconocimiento de sí mismo se da en relación a un grupo social que otorga una definición propia y colectiva a partir de situaciones de vida y de convivencia comunes.²⁹

La prevalencia del consumo de drogas sigue siendo estable en todo el mundo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC-. Se estima que un total de 246 millones de personas un poco más de 5 por ciento de los mayores de 15 a 64 años en todo el mundo consumieron una droga ilícita en 2013. Unos 27 millones de personas son consumidores problemáticos de drogas, casi la mitad de los cuales son personas que se inyectan drogas. Los hombres son tres veces más propensos que las mujeres a consumir cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres son más propensas a abusar de los opioides con prescripción médica y de los tranquilizantes.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, a partir de los relatos de vida: “La gente se enferma más por lo que piensa de sí mismo/a y por el sufrimiento que

²⁸ CANALES, Quesada Gregoria, entre otros consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. Artículo Original de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León, Nicaragua 2012 P 67

²⁹ ECHEVERRIA, Andrés N. “Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica” Universidad de Chile Escuela de Ciencias Sociales Carrera de Psicología. 2004 P 62

produce no cumplir las expectativas de un grupo de referencia” aun cuando observamos otros factores relacionados, entender cómo afectan los pensamientos negativos de sí mismo/a y lo que los demás aprecian de las personas cuya salud mental ha desmejorado en este caso por el uso de sustancias psicoactivas. Estos elementos nos remiten a la percepción del Yo y su realidad, por un extremado sentido de culpabilidad ante los desaciertos, decisiones propias y desafecto en el grupo familiar, en general en el conjunto de amigos/as que fortalecen o disminuyen el auto concepto de los/as jóvenes adolescentes porque de alguna manera reemplazan la labor socializadora del grupo primario (la familia).

5. REFERENTES LEGALES

Colombia a finales de los años 60 se convirtió en un país identificado con el problema del tráfico de drogas, el cultivo, la transformación, la distribución y el consumo de sustancias psicoactivas,³⁰ este hecho es uno de los factores sociales que ha ocasionado el incremento de violencia, criminalidad y uso de sustancias psicoactivas en los diferentes barrios de las ciudades, municipios y zonas rurales, donde están inmersos los niños/as, jóvenes y las familias limitando su desarrollo social. Esto generó una fuerte economía de la que dependían ciudades y regiones y que hoy día varios de estos grupos se encuentran vinculados al programa de sustitución de cultivos liderado por La Presidencia De La Republica “Todos por un nuevo país.

El consumo de sustancias psicoactivas, han causado muchas afectaciones en el ámbito familiar y social, donde los jóvenes a temprana edad empiezan a experimentar estas sustancias causando graves problemas en su salud mental, es por eso, que el Estado y diferentes instituciones buscan brindar programas y proyectos de prevención hacia estos teniendo en cuenta que toda persona es sujeto de derechos, tal cual como menciona nuestra actual constitución política en el artículo 5 *“El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad”,³¹ la familia como organización u unidad social, el Estado y la sociedad deben garantizar los derechos de los jóvenes. La Constitución especificó el derecho de las personas adolescentes a la protección, la formación integral y la*

³⁰ PAEZ, Oscar, Cuatro décadas de Guerra contra las drogas ilícitas: un balance costo - beneficio. Análisis latinoamericano P 30. Para más información. recurso disponible en:
http://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/pensamiento_estrategico/documentos_sobre_region/d.Cuatro%20D%20E9cadas%20de%20Guerra%20contra%20las%20Drogas%20II%20EDcitas%20Un%20Balance%20Costo%20-%20Beneficio%20-%20Agosto%202012%20-%20Cesar%20PAEZ.pdf

³¹ Constitución Política de Colombia de 1991. Santafé de Bogotá, Ediciones J.R. Bernal

participación activa en organismos públicos y privados que tengan a cargo su protección, educación y progreso.

Es evidente el consumo y suministro de sustancias psicoactivas en algunas familias, los conflictos, violencia y desatención son factores por los cuales el Estado puso a disposición la creación entidades encargadas de velar por el bienestar de los niños, niñas y jóvenes bajo la coordinación del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar ICBF a través de la Ley 1098 de 2006 y el código de infancia y adolescencia cual su deber es:

“garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna”³² por lo tanto, mencionado código contempla la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el estado de garantizar los derechos, la protección, atención y cuidado de los jóvenes.

Con relación a lo anterior, existen políticas nacionales en pro de acciones para la reducción de uso de psicoactivos que están fundamentados en el plan nacional de Desarrollo Todos por un Nuevo país 2014 - 2018, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas y su Impacto,³³ la finalidad de esta consiste en reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad, con el propósito ofrecer una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz

³² Citado de ALVAREZ, Yorleidis fortalecimiento de los vínculos afectivos entre jóvenes residentes del CAD MAREA y sus familias, para el restablecimientos de roles y normas desde una perspectiva integradora 2012. Observatorio Legislativo y de Opinión. Nuevo Código de Infancia y Adolescencia: antecedentes, análisis y trámite legislativo. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá, 2007. 235 p

³³ Plan nacional para la atención del consumo de sustancias con enfoque de salud pública Bogotá d.c., noviembre. recurso virtual en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/encuentro-regiones/docs/plan-nacional-atenci%C3%B3n-consumo-sustancias-enfoque-salud-publica.pdf>

frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión.

Existen un programa de prevención drogas a través del ministerio de salud y protección social, la alcaldía distrital de Cartagena de Indias, ICBF por medio de un convenio con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC, que busca formar y capacitar en herramientas teóricas y prácticas, para la promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en diferentes entornos, este programa implementado en el 2016, se trabajó con 280 jóvenes de diferentes ciudades del país. El objetivo de este programa es contribuir al desarrollo de competencias institucionales y comunitarias que mejoren la respuesta frente a la problemática de consumo de drogas en el país. Los espacios formativos permiten cualificar las formas de planificar y poner en marcha actividades preventivas efectivas, y para eso trabajan con conceptos y estrategias que han sido validados y reconocidos por expertos a nivel mundial a su vez busca que los jóvenes sean gestores y/o líderes comunitario para diferentes entornos como el familiar, laboral, escolar y comunitario. ³⁴

En el plan de desarrollo distrital de Cartagena de indias, existe un programa de infancia y adolescencia que contiene unos objetivos claves para poder trabajar por la prevención del uso de sustancias psicoactivas.

“Programa Infancia y Adolescencia”

- Familia y cuidadores con pautas y estrategias que favorecen su desarrollo integral y le reconocen como agente activo al interior de la misma y en la comunidad.

³⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC Capacitación de agentes multiplicadores para la reducción del consumo de drogas 2016. Recurso electrónico disponible en: <https://www.unodc.org/colombia/es/press/2016/junio/capacitacion-de-agentes-multiplicadores-para-la-reduccion-del-consumo-de-drogas.html>

- Promoción de programas de formación que facilite su desarrollo y potencien sus capacidades, habilidades y destrezas, construye su identidad en un marco de diversidad, realiza prácticas de autoprotección y autocuidado, y disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración.
- Articulación intersectorial para generar oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida.
- Familia y cuidadores con pautas y estrategias que favorecen su desarrollo integral y le reconocen como agente activo al interior de la misma y en la comunidad, a través de un dispositivo de acompañamiento psicosocial para prevenir riesgo social.³⁵

El Departamento Administrativo Distrital de Salud, Dadis³⁶, está coordinando un programa de Salud Mental donde se trabaja con jóvenes y adultos de las diferentes zonas de la ciudad de Cartagena, el cual se establecieron los problemas de venta y consumo de drogas, con los que se adelantan charlas con consumidores, jóvenes y adultos a través de profesionales de la entidad junto con la Policía, con el fin de prevenir que esto siga afectando esta población específica principalmente los jóvenes, expresó el alcalde de la ciudad de Cartagena.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, el Estado tiene a disposición las políticas públicas y las diversas instituciones que están en la obligación de restablecer los derechos de los niños, jóvenes y adolescentes con la participación

³⁵ Plan de Desarrollo social “primero la gente” alcaldía principal de Cartagena de indias 2016-2019. para profundizar lo anterior, recurso virtual en: http://www.funcicar.org/sites/default/files/archivos/documento_base_plan_de_desarrollo_primero_la_gente.pdf

³⁶ Para profundizar lo anterior véase: http://caracol.com.co/emisora/2016/12/20/cartagena/1482245613_162811.html

de sus familias, siendo esta el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida³⁷ y por supuesto los programas preventivos que tiene las entidades prestadoras en salud y las instituciones prestadoras en salud(EPS-IPS).

³⁷ CANALES, Quesada Gregoria Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. Artículo Original de Investigación. Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES. 2012. P 78

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación utilizada en el proceso fue la Investigación explicativa o causal, hace referencia cuando el investigador se plantea objetivos para estudiar el porqué de las cosas, hechos, fenómenos o situaciones. Se analizan causa-efecto de la relación entre variables³⁸. En este caso estudiar aquellos factores de riesgos multicausales que predisponen a los jóvenes consumir sustancias psicoactivas que se recepcionan en la Clínica La Misericordia a través de la caracterización de la población estudio mediante el análisis de los resultados.

Esta investigación se sustenta en el enfoque mixto, que emplea estrategias técnicas e instrumentos de investigación cualitativa³⁹ y elementos de investigación cuantitativa.⁴⁰ La primera asumiendo entrevistas, relatos de vida, que permiten comprender la visión del problema del ingreso y recaída recurrentes del paciente adicto a sustancias psicoactivas y el clima afectivo familiar.

La segunda, posibilita análisis de datos cuantitativos para determinar la población de mayor riesgo que son los jóvenes y adolescentes entre 14 y 23 años, hombres y mujeres de diferentes estratos sociales, así mismo estudio socioeconómico de la población para dar resultados con los estudios realizados, que orientan la acción profesional para la intervención con este grupo específico.

³⁸ SIERRA, Guzmán Martha. Tipos más usuales de investigación. Universidad autónoma de Higo, preparatoria N.3 2012

³⁹ se entiende por **investigación cualitativa** “Es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular”. Para profundizar lo anterior véase: Lamberto Vera Vélez, UIPR, Ponce, P.R. Investigación cualitativa. Recurso electrónico disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera_investigacion_cualitativa_pdf.pdf

⁴⁰ “La **investigación cuantitativa** trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede”). Investigación cuantitativa Recurso electrónico disponible en: <http://es.slideshare.net/robles585/la-investigacin-cuantitativa>

El método utilizado para esta investigación fue el estudio de casos, siendo esta una estrategia de investigación científica, útil en la generación de resultados, para esto es importante la selección de las muestras, los casos múltiples con unidad de análisis, la recolección de información y análisis de la información⁴¹. Es por eso que este informe investigativo se recogió una muestra 20 testimonios vivenciales relatados en primera persona que hacen parte de la historia de vida de los pacientes con el fin de obtener elementos de juicio y argumentación para interpretar los factores de riesgo social, familiar y cultural en el ingreso a la adicción, permanencia en esta fase y recurrentes recaídas que implican internamiento hospitalario para desintoxicación y tratamiento psiquiátrico acompañado de estudios sociales que elabora la trabajadora social y en particular la estudiante practicante de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena.

6.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas e instrumentos seleccionados fueron: Diario de campo, en el que se narran las novedades día a día de los pacientes. Entendiéndose como un instrumento o herramienta pedagógica que nos ayuda en la construcción y reconstrucción de la experiencia de la práctica profesional.⁴²

Los relatos de vida⁴³ fueron fragmentados porque el paciente no se observa en disposición de hablante y le cuesta trabajo articular palabras y frases. Durante el proceso investigativo, se utilizó los formatos de historia clínica por trabajo social

⁴¹ MARTINEZ, Carazo Piedad. El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. Fundación Universitaria de Bages (fub), España. 2006 P 74

⁴² El diario de campo en Trabajo Social. Recurso electrónico disponible en: <http://www.trabajo-social.es/2013/02/diario-de-campo.html> (20 de marzo 2017)

⁴³ Los relato de vida ha mostrado importantes desarrollos, permitiendo articular significados subjetivos de experiencias y prácticas sociales. Para la construcción de los relatos es importante la conducción de las entrevistas. Las entrevistas deben ser conducidas a la luz de los criterios de la no directivitas: una escucha calurosa, una comprensión empática y una CONEJO, Marcela entre otros. La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico psykhe, vol.17, nº 1, 29-39. 2008. P 56

clínico estableciendo una actitud neutral técnica, teniendo una actitud imparcial pero de escucha activa con los jóvenes y las familias ante la problemática presentada. Estos relatos de vida⁴⁴ también fueron realizadas a través de las entrevistas estructuradas, este tipo de entrevista, sigue una serie de preguntas fijas que han sido preparadas con anterioridad y se aplican las mismas preguntas a todos los entrevistados.⁴⁵

- Nombre y apellidos
- Edad
- Colegio, Universidad donde estudia
- Nombre del padre y la madre
- Ocupaciones del padre y la madre
- Relación conyugal familiar (separados, casados, unión libre, nunca conoció a su madre o padre)
- Situaciones presentadas en la familia (descripción de la madre y el padre en el entorno familiar, muerte de algún ser querido)
- Inicio y trayectoria al consumo de sustancias psicoactivas.
- Problemas que ha causado consumir sustancias psicoactivas
- Recuerdos significativos en su vida (como terapia hablada)

Las encuestas permitieron la recolección de información socio-económica, familiar, estrato social, relación conyugal de sus madres y padres, tipo de sustancias que consumen, trayectoria al consumo y motivos para consumir.

Los índices de consumo de sustancias psicoactivas en el mundo, en Colombia y en la ciudad de Cartagena, fueron informes que permitieron dar cientificidad al proceso investigativo. Asimismo, documentación de estudios psiquiátricos y psicológicos

⁴⁴ LLAMAS, Gordon Feliza. La Entrevista de trabajo social conceptos y destrezas básicas Publicaciones Puertorriqueñas, Inc. (2013). P 24

⁴⁵ GARCIA, Allen Jonathan. Tipos de entrevistas, psicología y mente. Recurso virtual en: <https://psicologiyamente.net/organizaciones/tipos-de-entrevista-trabajo-caracteristicas#!>

relacionados a los riesgos psicosociales al consumo de sustancias psicoactivas y los daños del comportamiento que estos generan dependiendo del tiempo que llevan consumiendo estas sustancias.

Los talleres formativos se realizaron con carácter terapéutico para cada uno reconozca en qué medida puede alcanzar logros importantes en la toma de decisiones para su mejoría, a través de los programas de apoyo social que brinda la institución.

Los grupos focales⁴⁶ se realizaron a padres, madres o cuidadores de los pacientes. Donde manifestaron sus preocupaciones ante esta situación. Este conjunto de medios posibilitó la organización y el desarrollo de talleres formativos de carácter terapéutico entre pacientes y familiares actividades lúdicas recreativas dirigidas a los familiares a través de los programas de grupos de apoyo y terapia familiar con el fin disminuir la ansiedad que genera el internamiento hospitalario de uno de sus miembros.

Enfoque

Enfoque mixto (investigación cualitativa y cuantitativa)⁴⁷, Enfoque psicosocial.

Método

- Estudio de caso⁴⁸

⁴⁶ El objetivo de los grupos focales es recolectar información para resolver las preguntas de investigación. ESCOBAR Jazmines, BONILLA, Jiménez Francy Ivonne. grupos focales: una guía conceptual y metodológica. universidad el bosque cuadernos hispanoamericanos de psicología, vol. 9 no. 1, 51-67

⁴⁷

⁴⁸ “el Estudio de Caso es una técnica o instrumento ampliamente utilizado en las ciencias humanas tiene una doble utilidad: para el aprendizaje de la toma de decisiones y como una modalidad de investigación. En este sentido, el estudio de caso se refiere al paradigma N=1 que toma al individuo unidad como universo de investigación o, lo que es igual, lo que denominamos estudio de caso único. Este estudio puede realizarse, en ocasiones, atendiendo en profundidad al sujeto considerado en un momento concreto o de un modo longitudinal. Díaz De Salas Sergio Alfarouna guía para la elaboración de estudios de caso. Libros Básicos en la Historia del Campo Iberoamericano de Estudios en Comunicación. 2011 P16

Instrumentos

- Diario de campo

Técnicas y estrategias de información primaria

- Relatos de vida
- Encuestas ⁴⁹
- Grupos focales
- Estudio socio-familiar
- Estudio socio-económico
- Documentación de estudios psiquiátricos y psicológicos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Talleres formativos entre pacientes y familiares

⁴⁹ « Es una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características» J. Casas Anguita(2003) La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Madrid. España.

6.2. CATEGORÍAS Y DESCRIPTORES/VARIABLES E INDICADORES

Tabla 1. Categorías y Descriptores/Variables e Indicadores

OBJETIVOS GENERALES	CATEGORÍA/VARIABLE	DESCRIPTOR/INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Identificar los riesgos psicosociales que predisponen a que los jóvenes cartageneros atendidos en el centro de salud mental clínica de la Misericordia se inicien en el consumo de sustancias psicoactivas. a través de la caracterización de la población estudio.	riesgos psicosociales caracterización de la población estudio	opiniones relatos Prácticas Índices de riesgos psicosociales	relatos de vida Encuestas(fuente primaria)	Diario de campo Registros de historia clínica- clínica la Misericordia. Formato de entrevistas por trabajo social. formato de encuesta
- determinar el proceso de las recaídas y reingresos hospitalarios debido al uso frecuente de sustancias psicoactivas en los jóvenes atendiendo, según: tiempo y la edad de inicio en la adicción y daños en el comportamiento colaterales.	Recaídas reingreso hospitalario usos frecuente de sustancias psicoactivas tiempo y edad de inicio daños colaterales en el comportamiento.	Número de ingresos hospitalarios. Índices de tiempo e inicio en la adicción	Encuestas (fuentes primarias)	Historias clínicas de ingresos hospitalarios. formato de encuestas.
Fomentar los factores protectores que coadyuvan a la mejoría del paciente a través de actividades, talleres y conversatorios que promuevan cambios positivos a los jóvenes junto a sus familias.	Factores protectores actividades Talleres Conversatorios Cambios positivos	Relaciones afectivas Formación de valores Visiones y metas a seguir	Actividades lúdicas-recreativas conversatorios	Documentos de dinámicas con grupos.

7. RESULTADOS DEL PROCESO INVESTIGATIVO

7.1 DESARROLLO DEL PROCESO INVESTIGATIVO CON LOS JÓVENES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA LA MISERICORDIA.

Durante este proceso investigativo y de intervención profesional, estuvo orientado en el trabajo con los jóvenes adictos a sustancias psicoactivas que ingresan y reingresan por recaídas en la Clínica La Misericordia, conociendo la realidad de estos jóvenes, su situación familiar, la de su barrio o comunidad, para tener una visión del problema a través de técnicas e instrumentos de recolección de información de investigación social desde trabajo social. Se seleccionó una muestra de 20 jóvenes (hombres y mujeres) que estuvieron dispuestos a trabajar en forma individual y grupal para hablar del tema, aclarar la información del mismo a la pasante de Trabajo social y asimismo a los practicantes de psicología y equipo interdisciplinario. La muestra obedece a criterios de trabajo, es una muestra voluntaria, porque únicamente estas personas fueron las que decidieron compartir sus experiencias. El trabajo de grupo con estas personas facilitó el intercambio de hechos y sucesos y se convirtió en una terapia hablada.

En este proceso, fue necesario trabajar con las familias a través de programas y actividades lúdicas recreativas que permitieron comprender su realidad, estudiando los factores protectores, elementos indispensables en la recuperación exitosa del joven y de la relación familiar, sin duda este tipo de actividad terapéutica no hubiese sido posible sin la intervención y conocimientos del equipo interdisciplinario para comprensión de las situaciones presentadas.

A continuación se describe las fases del proceso de intervención profesional que permitió la elaboración de esta investigación:

7.2 FASE DE DOCUMENTACIÓN SOBRE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En esta primera fase fue importante la documentación de la población del estudio, el análisis los casos estudiados por el equipo psicosocial a través de las historias clínicas, que reflejan datos de identificación personal y familiar, antecedentes al consumo de sustancias psicoactivas para dar paso a su proceso de desintoxicación y tratamiento, que fueron claves para la comprensión de la situación este grupo específico. El proceso de desintoxicación lo prescribe el médico psiquiatra.

7.3 FASE DE ACERCAMIENTO AL PROCESO

Esta fase estuvo orientada en el trabajo con los jóvenes, quienes a través de sus relatos de vida, entrevistas realizadas y grupos focales, permitió conocer la visión del problema que ellos han interiorizado con el fin de obtener elementos de juicio para analizar los factores de riesgo social, familiar y cultural que coadyuvan a estos jóvenes a insertarse en el mundo de la fármaco dependencia. En esta actividad se realizaron rondas médicas previas dirigidas por el psiquiatra tratante y el equipo de psicólogos, enfermeras y la trabajadora social practicante, esta ronda tiene por finalidad objetivar la historia clínica y social y determinar el tratamiento a seguir y pautas psicosociales de atención al paciente y a su familia, asimismo el psiquiatra orientaba las pautas de desintoxicación y rehabilitación.

Esto sin duda fue muy significativo para la estudiante de Trabajo social, puesto que, mencionado proceso proporcionó elementos claves para desarrollar programas junto con el equipo interdisciplinar a cada una de las situaciones presentadas de esta población.

La caracterización socio familiar fue indispensable para la recolección de información relacionada con el género, orientación sexual, edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, barrio o localidad donde viven, tipo de consumo,

drogas consumidas, para entender el problema en el contexto familiar e individual, asimismo la revisión bibliográfica proporcionó elementos necesarios para darle cientificidad a este proceso de investigación e intervención por trabajo social.

7.4 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN JOVEN DEL ESTUDIO

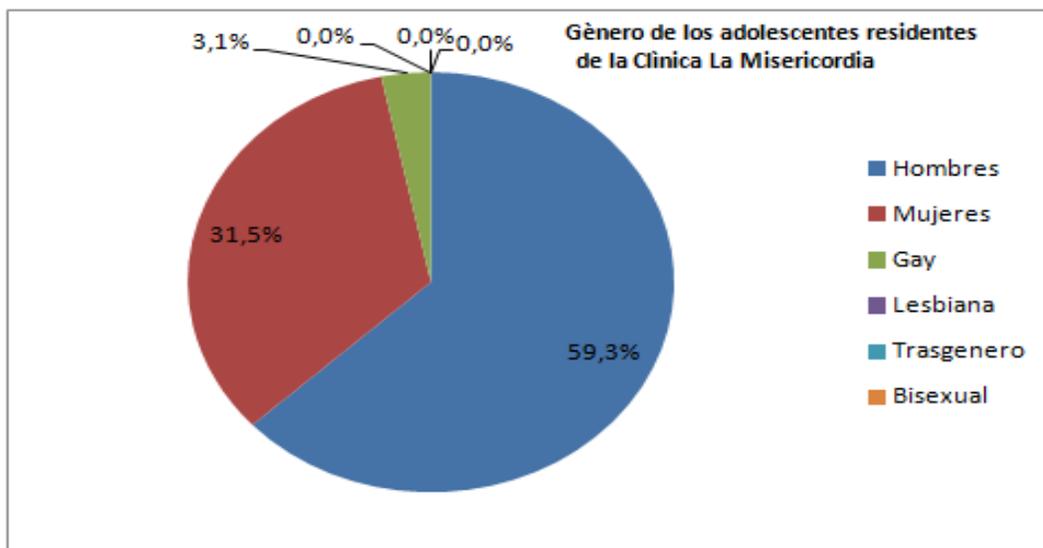
-Identificación de los riesgos psicosociales que predisponen a los jóvenes atendidos en el centro de salud mental Clínica de la Misericordia a la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas.

A través de la caracterización de la población estudio

La población del estudio correspondió a un grupo heterogéneo de jóvenes entre 14 a 24 años .En el ingreso de urgencias para hospitalización se realiza la historia clínica y se prepara al equipo interdisciplinario para el abordaje de los casos, aunque la población total no obedece a problemas de consumo de SPA, un alto porcentaje ingresan debido a traumas no superados, patologías de salud mental que la familia no puede resolver. El 50% de la población que ingresó por mes en el año (2016-2017) se derivó de complicaciones propias al uso de drogas sintéticas y adicción y corresponde a la población joven, 10 de estos son hombres y 10 mujeres. Ingresan para hospitalización un promedio de 42 personas de diferentes edades.

La recolección de información durante el año social (2016-17) en la Clínica La Misericordia, se realizó con 20 jóvenes internos, quienes aceptaron se les aplicase entrevistas, y se recogieron relatos en primera persona acerca de sus problemas personales, emocionales y familiares relacionados al consumo de sustancias psicoactivas. Durante la intervención se trabajó con un número de jóvenes según su género u orientación sexual en un periodo de 9 meses. Gráfica 1 Género de los adolescentes residentes en la Clínica La Misericordia.

Gráfico 1. Género de los adolescentes residentes en la Clínica La Misericordia

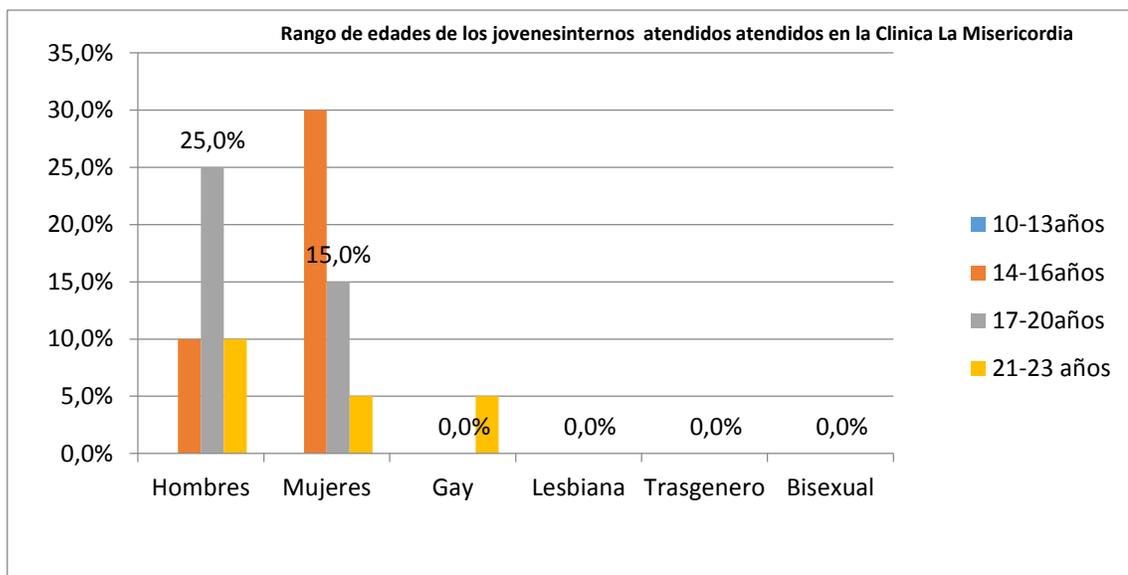


Fuente: Datos registrados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016.

El 59,3% de la población atendida en el curso del año (2016-2017) son hombres, en comparación con las mujeres que componen 31,5% y el 3,1% son homosexuales hombres. Esto indica que los riesgos por consumo de SPA afectan mayoritariamente a los hombres en indistintas edades de acuerdo al estudio nacional de consumo de drogas en Colombia. El consumo de drogas ilícitas en los más jóvenes mantiene características particulares con relación a otros grupos étnicos. Entre los 14 y 17 años de edad las diferencias entre hombres y mujeres son más estrechas. A partir de los 18 y hasta los 23 años el consumo en los hombres duplica al de las mujeres. A partir de los 24 años de edad la brecha del consumo entre hombres y mujeres crece aún más. Esta tendencia mantiene una relativa estabilidad en el tiempo, demostrando que los hombres son más vulnerables al uso de drogas ilícitas conforme avanza la edad.

La siguiente gráfica muestra el rango de edades de los internos atendidos que hacen parte de la muestra. Gráfica 2 Rango de edades de los jóvenes atendidos en la Clínica La Misericordia.

Gráfico 2. Rango de edades de los jóvenes atendidos en la Clínica La Misericordia

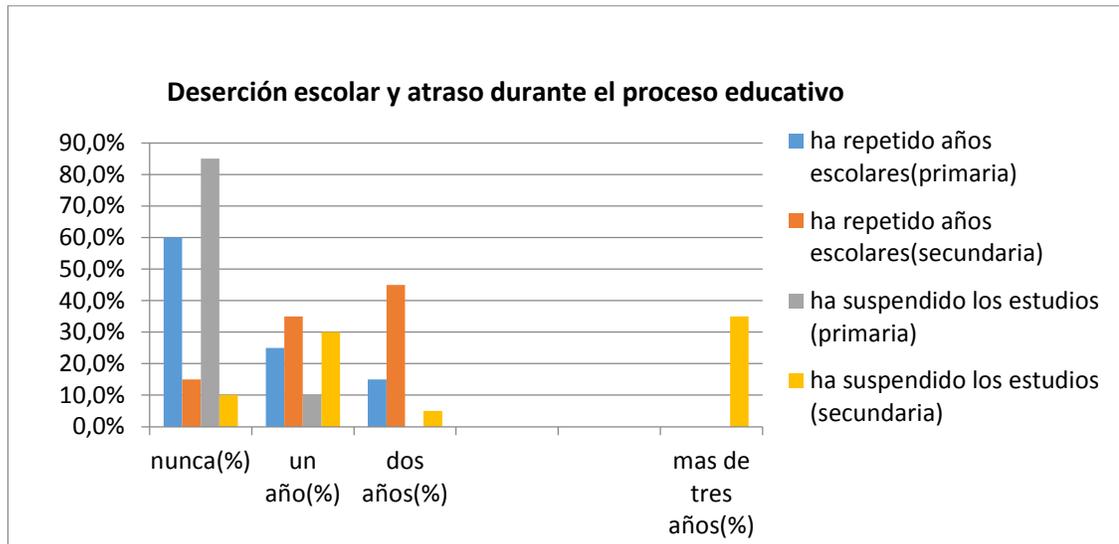


Fuente: Datos registrados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016.

Las edades de los jóvenes internados en la Clínica La Misericordia es de 14 a 23 años, según la gráfica los hombres entre 14 a 16 años corresponden el 10%, de 17 a 20 años 25,0% y de 21 a 23 años 10,0%. Mientras que las mujeres entre edades de 14 a 16 años oscilan en 30,0%, de 17 a 20 años 15,0% y de 21 a 23 años 5,0%. Se observa que las edades más altas entre los hombres pertenecen a 17 a 20 años con 25% y las mujeres entre los 14 a 16 años en 30%. Durante el proceso investigativo se trabajó con tres personas más en edades de 20 a 23 años.

Se observó la ausencia escolar que finaliza con la deserción definitiva de la educación formal, por ejemplo jóvenes de 17 años que sólo han cursado hasta en 6 y 7 grado de secundaria. La mayoría de estos jóvenes presentan deserción escolar y bajos niveles educativos. Los niveles de escolaridad que muestran estos jóvenes se reflejan en la siguiente gráfica. Gráfica 3 Deserción escolar y atraso durante el proceso educativo.

Gráfico 3. Deserción escolar y atraso durante el proceso educativo.



Fuente: Datos realizados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016.

La deserción escolar y el atraso durante el proceso educativo de la población del estudio muestra que el 60,0% nunca ha repetido años escolares en primaria, 15,0% nunca ha repetido años escolares secundaria, 80,0% nunca ha suspendido los estudios de primaria el 10,0% nunca ha suspendido los estudios de secundaria. Por otro lado, se encontró que el 25,0% ha repetido un año escolar primaria, el 35,0% ha repetido un año escolar secundaria, 10,0% ha suspendido un año de primaria y el 30,0% ha suspendido un año escolar secundaria. Asimismo se evidenció que el 15% de los jóvenes ha repetido dos años escolares en primaria, el 45% ha repetido dos años escolares en secundaria, y el 5% ha suspendido dos años los estudios de escolares en secundaria. Por otro lado, se halló que el 5% ha repetido tres veces los estudios primaria, 20% ha suspendido tres años los estudios secundaria y el 35% ha suspendido más de tres años secundaria. Se puede evidenciar que la mayoría de estos no han suspendido los estudios de primaria y que la suspensión y retraso en el proceso educativos se encuentra en los estudios de secundaria que se encuentran entre 35% y 45%. Durante el proceso investigativo también se pudo

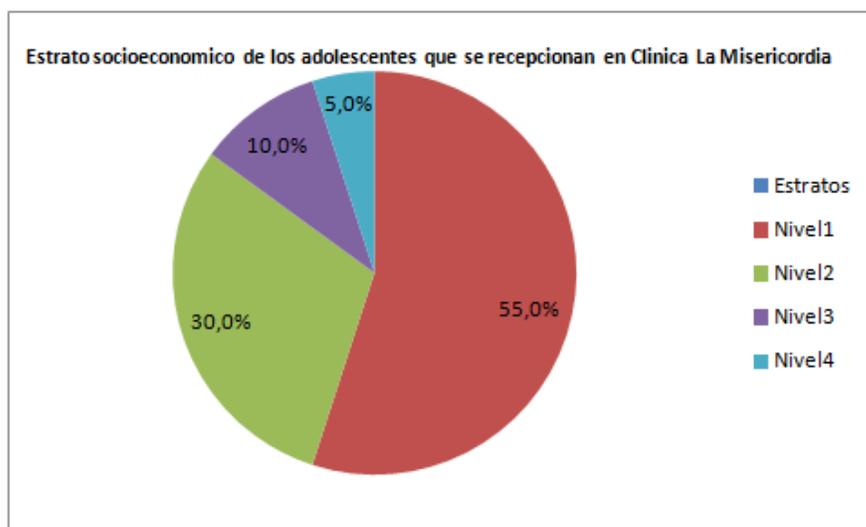
hacer estudio con 3 estudiantes universitarios quienes han suspendido sus estudios y uno técnico.

La repetición de años en la secundaria tiene varias lecturas: primero porque se dedicaron a trabajar y ausentarse del estudio, en unos casos debido a la muerte del padre. En el trabajo informal de ventas ambulantes conocieron las SPA, otras razones narradas son la pérdida de lazos afectivos con la familia y la fácil seducción de la que son objetos por los grupos de consumidores y en algunos casos de amigos, pérdida de interés en el estudio.

La repetición y suspensión de años escolares y suspensión de estos entre un año hasta más de tres años se hallan entre el 30% a 40%, este dato está relacionado con la edad de inicio, años cursados y tiempo permanencia en el consumo de sustancias psicoactivas observada en la Grafica N.9 pág. 54.

Los jóvenes atendidos o recepcionados en la Clínica La Misericordia proceden de barrios populares de la ciudad de Cartagena de los estratos 1 y 2. El 55,0% de esta población son de barrios de estrato 1, el 30,0% de estratos 2. No solo los jóvenes que viven en barrios populares donde el microtráfico de SPA es más evidente, también están expuesto los jóvenes de barrios de estratos 3 y 4 entre 10,0% y 5,0%, en este estudio se pudo trabajar con 3 personas más en estratos 4 y 5. Gráfica 4 Estrato socioeconómico de los adolescentes que se recepcionan en La Clínica La Misericordia.

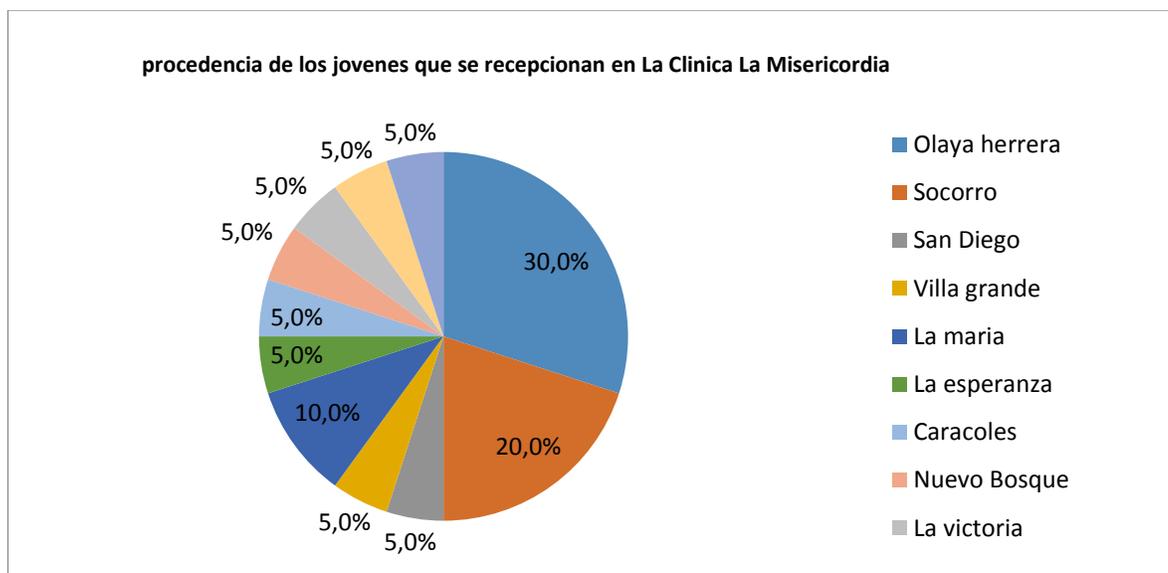
Gráfico 4. Estrato socioeconómico de los adolescentes que se recepcionan en La Clínica La Misericordia



Fuente: Datos registrados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016.

Los jóvenes atendidos por el equipo profesional asistencial (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, auxiliares de enfermería y trabajo social) en la Clínica la Misericordia proceden de la zona sur de la ciudad: Olaya Herrera, Socorro, que corresponde el 30,0% y el 20,0% de acuerdo a la gráfica. Del sector centro San Diego fue atendido una persona que corresponde el 5,0%. Gráfica 5 Procedencia de los jóvenes que se recepcionan en La Clínica La Misericordia.

Gráfico 5. Procedencia de los jóvenes que se recepcionan en La Clínica La Misericordia.



Fuente: Datos registrados de la población que recibe la institución, según los sectores o barrios de origen. Clínica La Misericordia Octubre 2016. Año social, Universidad de Cartagena, Programa: Trabajo Social.

Los barrios: Olaya herrera y el Socorro, son de los barrios más antiguos de la ciudad. Del barrio Olaya Herrera, se reciben la mayoría de los pacientes por urgencias y hospitalización. Sin duda alguna se debe poner en práctica programas preventivos para esta población. La adicción a las drogas no tiene en cuenta estratos sociales. El mercado de las drogas es una máquina prospera que no tiene límites, en particular en Cartagena, una ciudad turística, este atractivo facilita el acceso a las SPA que demanda el mercado del turismo. Observamos la precocidad en el consumo de drogas en la población de niveles socioeconómico más bajos, con la excepción del alcohol donde tienden a ser pareja entre todos los grupos sociales sin diferencia de status. Es evidente un porcentaje significativamente mayor de dependencia –para todas las drogas- en el nivel socioeconómico bajo. Esta información ya la había observado el informe nacional del consumo de drogas en Colombia.

Es muy importante resaltar que el Centro de Salud Mental Clínica La Misericordia brinda su servicio no solo a los barrios de la ciudad, sino también a los diferentes municipios de Bolívar, a partir de contrataciones con las diferentes EPS (empresas prestadora de salud).

En el proceso investigativo con los 20 jóvenes residentes de esta institución, se consideró relevante conocer el contexto socioeconómico que proporcionó elementos de la relación de estos adolescentes con su cercanía al consumo de SPA⁵⁰. Los alrededores de sectores populares son lugares de riesgo porque, en la mayoría de estos es evidente la venta de SPA, que pervive sustentada por el libre comercio y el microtráfico, resaltando que no solo en estos barrios mantienen esta actividad económica, sino también diferentes sectores de la zona norte de la ciudad, asimismo se identificó que en sus hogares adquirieron este tipo de sustancia. Al formular la pregunta uno de los entrevistados respondió lo siguiente.

¿Dónde empezaron a consumir estas drogas?

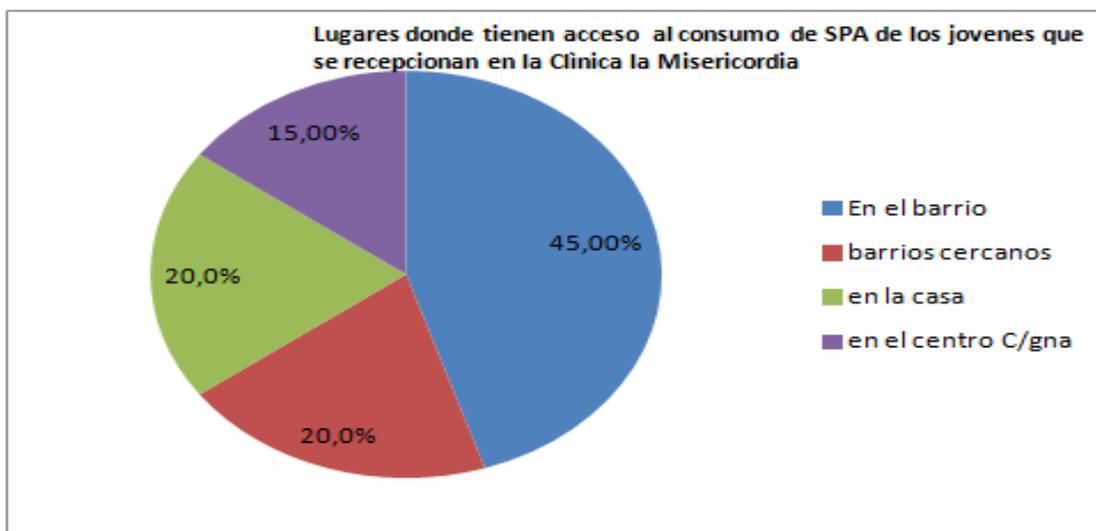
“Erta en mi casa no hay quien se salve, bueno si mi mamá, pero mi tío, mi hermana y mi papá consumen y eso no hace que uno salga de esto, porque le pega a uno el olor en la casa, por eso es que empecé consumir, por ellos” (joven Alejandro X de 17 años, 2016)⁵¹

La siguiente gráfica muestra los sectores o lugares que los jóvenes tienen acceso al consumo de SPA. Gráfica 6 Lugares donde tienen acceso al consumo de SPA en los jueves que se recepcionan en La Clínica La Misericordia.

⁵⁰ Sustancias Psicoactivas.

⁵¹ Nombre ficticio para proteger la identidad del joven.

Gráfico 6. Lugares donde tienen acceso al consumo de SPA en los jueves que se receptionan en La Clínica La Misericordia



Fuente: datos realizados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016.

Se pudo identificar en las encuestas realizadas que el 45% tuvo acceso a las sustancias psicoactivas en sus barrios, el 20% en barrios cercanos, el 20% en la casa y por último en el centro de Cartagena que corresponde el 15%.

Los jóvenes adquieren estas sustancias en diferentes lugares de sus barrios donde ellos socializan sus experiencias con sus amigos. La venta de SPA se convierte en un negocio comercial –en algunos casos familiares que implica rápidamente a los jóvenes en el consumo de drogas y suministro de estas hacia otros jóvenes, puesto que al preguntar que además de consumir drogas también la han vendido, un joven respondió lo siguiente:

“Claroooo, yo era uno de los que me llamaban y daba el contacto donde pueden ir a comprar y me ganaba mis comisiones” (Joven Víctor X de 22 años 2016).

Comisiones en dinero que los jóvenes se usan nuevamente para consumir.

En la primera etapa de la investigación, los jóvenes manifestaron que sus padres y madres trabajan o se ocupan de otras actividades fuera de casa, por lo que estos se dedicaron a pasar el tiempo en las esquinas de sus barrios donde interactuaron con personas consumidoras y distribuidoras, asimismo transitan a otros barrios aledaños a consumir estas sustancias y a los sectores del centro histórico de Cartagena.

La necesidad de compartir diálogos con sus amigos, el ambiente de los barrios donde residen, los vacíos de afecto que hallan en la familia, se encuentra más expuesta a la inducción al consumo de SPA, que deteriora la salud mental de la población juvenil, por tanto esta población requiere de mejor atención por parte de las entidades de salud y programas preventivos.

7.5 RELACIÓN FAMILIAR DE LOS JÓVENES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA LA MISERICORDIA

Los factores de riesgos asociados al consumo encontrados en esta caracterización socio familiar, son la no aceptación de normas de sus madres y padres por parte de estos jóvenes, que muchas veces fueron impuestas bajo un clima afectivo bueno, y otros por el contrario un clima tenso, se observa la falta de límites en la familia. Otro factor hallado fue el abandono de algunas de las figuras paternas y separaciones de los padres. Asimismo la falta de diálogo y cohesión familiar fue determinante para que los jóvenes ingresaran al mundo de la drogodependencia, experimentar situaciones que van desde un clima afectivo inadecuado y la violencia familiar hasta el consumo de alcohol y/o drogas dentro del ámbito familiar, la disfunción familiar.

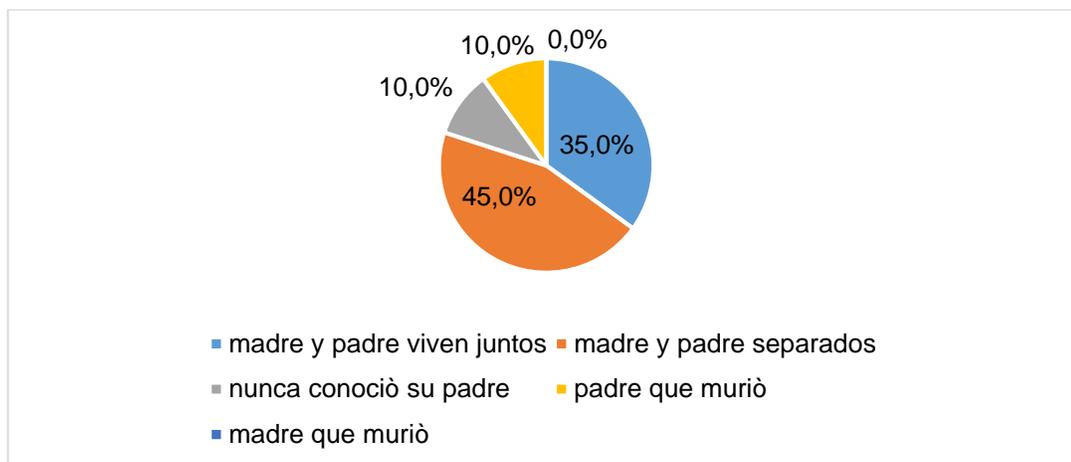
La falta de alternativas del padre y la madre en torno al desdibujamiento de límites en la primera infancia, favorece a fomentar el hedonismo y el incumplimiento de normas o convenciones sociales, el niño/a se complace a sí mismo, hace lo que

desea, de esta forma distorsionan su propia realidad y la de su contexto asumiendo actitudes contestarías en contra del respeto de vínculos establecidos por la sociedad (desconocimiento de autoridad y ley), de liderazgo negativo y de introspección en su propio mundo. En este esquema se encuentra el consumidor problemático, frase de común uso por los psiquiatras, el consumidor frecuente o problemático es el que establece barreras para su recuperación y fácilmente reingresa al internamiento porque se convierte en peligro para sí mismo y para quienes le rodean, en muchas ocasiones con fallidos intentos de suicidio.

Estos fueron algunos de los datos recopilados dentro de los casos estudiados a través de las historias de vida, encuestas e historias clínicas realizadas por los médicos especialistas de la Clínica La Misericordia y a través de los conversatorios con los grupos de apoyo, para realizar esta caracterización socio familiar durante el año social (2016-2017)

En la caracterización realizada para identificar la relación familiar que existe entre los jóvenes y sus familiares, se encontró que 45,0% de las familias estudiadas provienen de separaciones ya sea por violencia intrafamiliar, por conformación de otra familia. El joven se asume como sujeto pasivo y receptivo de la conducta violenta del padre y la madre, en los momentos en que ha consumido droga se torna lejano, ausente o rebelde cuando observa la conformación de una nueva familia por parte de alguno de sus progenitores, tal como se observa en la siguiente. Gráfica 7 Situación familiar.

Gráfico 7. Situación familiar



Fuente: Datos registrados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016

Al realizar las historias de vida acerca de la situación familiar de su madre y padre antes de la separación, uno de ellos respondió:

“Desde pequeña he visto como mi papá le pegaba mi mamá y salía del cuarto secándose los ojos y como a los 13 empecé a notar la situación, además que todo lo que se gastaba en la casa debía tener una justificación y mi mamá es muy sumisa y se dejaba presionar por mi papá. Cuando él la dejó por otra mujer las cosas se pusieron peor, no quería responder por la casa, siendo pensionado de la naval, luego las cosas cambiaron, si respondía.

Por esta situación me puse a consumir, pero solo lo hacía cuando estaba en plan social, yo misma les dije a mis amigos que me dieran.

Mi papá no me dejaba salir, puras restricciones, que una vez peleó con su otra mujer y se fue a dormir a la casa, me dejó fuera de la casa por 3 horas porque llegué a las 2 de la mañana de una fiesta. Se dieron cuenta que consumía porque me drogué estando en casa, me estaba volviendo dependiente a la cocaína y desde ahí se pusieron alertas conmigo, además que estaba presentando mucha agresividad,

cogieron me doparon y me llevaron al hospital naval de ahí para esta clínica”. (Joven sharith X de 23 años, 2016).⁵²

Los límites rígidos, falta de cohesión en la familia, la violencia intrafamiliar, crean cambios en el comportamiento de los/as jóvenes, lo cual incide por optar conductas rebeldes que afectan la relación de los mismos. La joven manifiesta “que siempre ha querido que respeten sus decisiones en lo que ella piensa y desea hacer”, su padre quería que estudiara Ingeniería Industrial en la Universidad Tecnológica De Bolívar, pero ella quería estudiar inglés y decidió estudiarlo trabajando de recepcionista en un hostel por la calle de la media luna, su padre la maltrataba verbalmente diciéndole que ese trabajo es para “mujeres del bajo mundo”.

El abandono por parte de unos de los padres o madres es una de los casos detectados durante las entrevistas realizadas a los jóvenes, uno de estos alegó lo siguiente:

“Mi papá nunca respondió por mí, ni siquiera tengo su apellido, mi mamá me dijo quién era, ese man tiene carro y una casa de tres pisos y no sé qué hacer para demandarlo, a mi pequeñito me hicieron una prueba de esas de ADN y salió positiva, aun así no se hizo cargo de mí, solo preñó a mi mamá y ya”. (Joven Elvis X de 15 años 2016)⁵³

En los casos identificados, la dinámica familia es importante, cuando se presentan situaciones vitales críticas, (muerte del padre o madre, enfermedad de algún familiar significativo, fallecimiento de un abuelo/a, estos eventos suscitan conflictos en la conducta de joven).

⁵² Paciente mujer, diagnosticada con problemas de conducta y hostilidad por abuso de cocaína

⁵³ Paciente de 15 años de edad, quien se encontraba en un estado físico y psíquico deteriorada debido al uso y abuso de múltiples drogas, su madre comentó que se dedicó toda su vida a trabajos domésticos y hacer sopa para poder alimentar a sus 6 hijos que tienen diferentes padres y que con ninguno vive. También manifestó que vive en casa de una amiga y que le ha tocado estar mudándose, por lo que sus hijos pasan más tiempo en las calles del sector de Olaya Herrera.

Al preguntar sobre su vida familiar y su incidencia al consumo de las drogas un joven respondió lo siguiente:

“Empecé a consumir marihuana a los 13 años, luego patriciado y demás, porque tenía amigos que consumen y lo hice por curiosidad y me quedó gustando. Nunca conocí a mi padre y mi madre nunca habló de él y siempre sentí ese gran vacío y mi madre murió hace 5 años de cáncer, trabajaba en casa de familia me quiso mucho pero llegaba tarde a la casa. Cuando ella murió empeoré, empecé a consumir más y más”. (Joven Benito X de 21 años 2016)

En este sentido, las situaciones se tornan más difíciles cuando algunos de los progenitores muere dejando varios hijos a cargo de una sola jefatura familiar en este caso de la madre, lo que motiva a que los hijos mayores abandonen sus estudios para insertarse al mercado laboral en la venta ambulante encontrándose en este medio la venta de SPA y grupos que consumen este tipo de sustancias.

“comencé a consumir desde hace 2 años patriciado y marihuana, estaba con unos amigo bebiendo y se me dio por probar. Mi mama tiene 4 hijos incluyéndome a mí, la situación es muy difícil y más que mi papá murió hace años, por eso decidí alejarme del colegio ya hace 4 años y me puse de vendedor ambulante de galletas para conseguir vicio y darle a mi mamá”. (joven Edilberto X de 19 años 2016).

Otro aspecto importante encontrado durante los grupos focales con las familias fue la flexibilidad en las normas, puesto que al preguntar acerca de cómo llegó su hijo/a a consumir drogas, una madre contestó lo siguiente.

Es mi hijo único y es mi adoración, siempre le hemos tenido confianza porque le ha ido muy bien en el colegio, sus calificaciones son muy buenas, nunca nos hemos tenido problemas por eso, además él practica Boxeo y ha ganado dos veces uno en Cartagena y el otro en Cali, cuando nos enteramos, se me vino el mundo encima,

diciendo que la marihuana en su cuarto era de un amigo, desde ahí empezó a cambiar de actitud y ya no estaba rindiendo como antes y acá en la clínica no dijeron que ha consumido varias drogas, todo por culpa de esos amigos, es por eso que buscamos las maneras de internarlo y que se rehabilitara para que siga con su deporte, pero esto ha sido duro.(madre Lorenza X de joven de 17 años, 2017).⁵⁴

Se pudo evidenciar a través de las entrevistas, el estudio socioeconómico, los grupos focales y los relatos de vida, que la ansiedad y la angustia existencial en la adolescencia relacionada con pautas familiares demasiado flexibles, o por el otro extremo el maltrato, el abuso de autoridad ,la ausencia de diálogo y afecto en la familia es el soporte para que los jóvenes de estratos populares y altos se sientan atraídos hacia las SPA que lo alejan momentáneamente de la dura realidad a la que no son inmunes y para la cual no se hallan preparados emocionalmente, porque los niveles de frustración son muy bajos y se observa muy escasa la capacidad de lucha por salir adelante.

Por otra parte, encuentran que después de los 15 días de hospitalización la crisis continua con el síndrome de abstinencia y la recaída es el nuevo episodio de crisis que complejiza aún más el problema. El consumo de drogas aparece incorporado en la cotidianidad de la vida juvenil, con una finalidad instrumental o funcional en relación a las tensiones de la vida cotidiana, como un espacio y un recurso que les permitiría distenderse, relajarse y descargar tensiones. El criterio de valor de la droga es que está asociado al nivel de funcionalidad o disfuncionalidad con el cumplimiento de roles y deberes sociales, lo que instala la imagen del “drogadicto” como una amenaza de la cual se diferencian, en cuanto “el adicto” no cumple roles para esperar a la familia en su pronta recuperación.

⁵⁴ La madre del joven es madre comunitaria.

Pérez, Sepúlveda y Gainza realizan una interesante investigación sobre el discurso de la pasta base de coca, de jóvenes urbanos populares de algunas poblaciones de la zona sur de Santiago, a través de entrevistas a profundidad y los grupos focales. En dicha investigación, los autores discuten en sus conclusiones la forma como la construcción de identidad de los jóvenes populares pasta balseros asumen las formas y prescripciones de un discurso oficial sobre las drogas y sus usuarios; sin embargo, enfatizan al mismo tiempo en que la identidad de esta población, sus acciones y palabras, responden a su vez a códigos internos que escapan a los discursos del control. De esta forma, también escaparían a las prácticas institucionales que se desprenden usualmente de dichos discursos. Destaca esta investigación el énfasis que se pone en el “silencio de los angustiados”; una acentuación mayor desde los consumidores de pasta base hacia las acciones orientadas al consumo de esta sustancia que hacia una dimensión más discursiva, en términos de lenguaje verbal. Un silencio que, sin embargo, también es posible comprender como algo “más histórico que biológico”, incorporando así elementos culturales, institucionales y de temporalidad, desde la reciente aparición del consumo de pasta base en Chile al momento de la realización de la investigación (alrededor de una década).⁵⁵

Tal vez lo más relevante lo constituye la consideración del silencio como la restricción de un habla desde un entorno social e institucional que lo obstaculiza y sanciona; y al mismo tiempo, desde elementos propios al consumo de pasta base asociados al “dominio operativo del objeto de consumo y en su acceso instrumental para consumirlo”. Al respecto, los autores asocian esta dimensión instrumental a la suspensión de elementos lúdicos e imaginarios de la conciencia que sí estarían presentes en el uso de otras drogas como la marihuana.

⁵⁵ Echeverría N. Andrés “representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica” 2004. P 40

Los elementos señalados de esta investigación permiten destacar algunos aspectos centrales: el carácter contextual del uso de sustancias y los diversos sentidos que éstas cobran en los distintos contextos; la relevancia del uso de sustancias en los procesos de construcción de identidad; y la relación entre el consumo de drogas, como parte de las prácticas juveniles, con los discursos y prácticas sociales o institucionales. Las restricciones del discurso oficial de los gobiernos se sustentan en el consumo, y el mercado de las drogas, más no en el tratamiento, prevención y rehabilitación a los drogadictos (prácticamente el sistema de seguridad social los deja a su suerte: predecible la calle, la indigencia, la muerte prematura, la pérdida de habilidades y capacidades)

Sin duda, las cifras existentes a nivel nacional apuntan a problematizar el consumo de drogas en los jóvenes; sin embargo, a nuestro juicio queda la impresión que las prácticas que surgen para hacer frente a este fenómeno tienden a problematizar a los jóvenes a partir del tema del consumo. Se agrega así un nuevo foco de preocupación, intervención y exclusión a este segmento de la población, lo que se hace más patente en el caso de los jóvenes urbanos populares.

Tabla 2. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes cartageneros atendidos en la clínica la Misericordia (2016-2017).

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS JOVENES CARTAGENEROS ATENDIDOS EN LA CLINICA LA MISERICORDIA (2016-2017)						
ESTRATO SOCIAL	BARRIO	GENERO	EDAD	TIEMPO DE CONSUMO DE "SPA"	TIEMPO DE CONSUMO	PROBLEMAS DE INDOLE FAMILIAR
E.3	CARACOLES	MUJER	23	COCAINA Y KRIPIY	3AÑOS	SEPARACIÓN, MALTRADO HACIA LA MADRE, FALTA DE COHESIÓN FAMILIAR
E.1	LA MARIA	HOMBRE	15	PERICO, PATRACIA DO, MARIHUANA	3 años	SU PADRE NO RESPIDIÓ POR ÉL, NO TIENE SU APELLIDO. SU MADRE NO TIENE VIVIENDA PROPIA, TIENE 6 HERMANOS.
E.1	OLAYA	HOMBRE	21	MARIHUANA, PERICO, PEPAS	8 AÑOS	NUNCA CONOCIÓ A SU PADRE, SU MADRE MURIÓ HACE APROXIMAMENTE 5 AÑOS
E.1	OLAYA	HOMBRE	19	PATRACIA DO, MARIHUANA, PEPAS	2 AÑOS	PADRE MURIÓ, ÉL ASUMIÓ ROL REPRODUCTIVO PARA DAR A SU FAMILIA
E.2	OLAYA	HOMBRE	17	PEPAS, MARIHUANA, PATRACIA DO	1 AÑO	FLEXIBILIDAD EN LAS NORMAS, LA MADRE CULPA A LOS AMIGOS, LA MADRE DICE QUE SU HIJO "ES SU ADORACION"
E.2	BICENTENARIO	HOMBRE	19	COCAINA Y PEPAS	6 AÑOS	JOVEN OPERADO DE CORAZÓN ABIERTO, DEJÓ LOS ESTUDIOS PARA AYUDAR A SU FAMILIA.
E.3	SOCORRO	HOMBRE	16	PEPAS, MARIHUANA, PERICO	1AÑO	LA MADRE Y EL PADRE TRABAJAN, RUPTURA DE RELACION AMOROSA.
E.5	SAN DIEGO	HOMBRE	23	COCAINA	10 AÑOS	SEPARACION, MALTRATO DEL PADRE HACIA SU MADRE NO

						BIOLOGICA, INTENTO SUICIDIO
E.2	SOCORRO	MUJER	15	PEPAS, MARIHUANA, PERICO	2 AÑOS	LA MADRE TRABAJA Y EL PADRE NUNCA HA ESTADO PENDIENTE DE ELLA, QUEDA TIEMPO SOLA EN CASA SIN NINGUN TIPO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.
E.1	PUEBLO CARMEN DE BOLIVAR	MUJER	14 AÑOS	PERICO, MARIHUANA.	1 AÑO	ABADONO POR PARTE DEL PADRE Y LA MADRE, PROTEGIDA POR EL ICBF.
E.1	LA MARIA	MUJER	14 AÑOS	PEPAS, MARIHUANA,	2 AÑOS	SEPARACION DEL PADRE Y LA MADRE, DESATENCIÓN POR PARTE DE LA MADRE.

E.1	LA ESPERANZA	HOMBRE	15	PATRACIA DO, MARIHUANA, PERICO	3 AÑOS	TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA CONSUMEN(PADRE, TIO, HERMANA) MENOS SU MADRE. «ESO NO DEJA QUE UNO SALGA DE ESTO»
E.1	LA VICTORIA	HOMBRE	14	PATRACIA DO, PERICO, PEPAS	2 AÑOS	VIVE CON SU MADRE U PADRE, (PADRE FUMADOR), TIENE UN HERMANO CONSUMIDOR, PRESENTA ALTO DETERIORO MENTAL
E.2	SAN JOSÉ LOS CAMPANOS	MUJER	18	KRIPY, MARIHUANA, PEPAS	3 AÑOS	FUE ESTUDIANTE DE TRABAJO SOCIAL, NORMAS FLEXIBLES POR PARTE DE SU MADRE, SU PADRE EN ADOLESCENCIA FUE CONSUMIDOR DE SPA. MALTRATO VERBAL POR PARTE DEL PADRE, NORMAS FLEXIBLES POR LA MADRE.

E.2	CHILE	HOMBRE	19	KRIPY, MARIHUANA, PEPAS	2 AÑOS	VIVE CON SU TIA, SUS PADRES ESTAN EN ESTADOS UNIDOS. NO TIENE SALUD MENTAL
E.2	NUEVO BOSQUE	MUJER	18	TODO TIPO DE SPA	2 AÑOS	VIVE CON SU PAREJA QUE ES CONSUMIDOR DE SPA, ES HERMANA DE UN JOVEN QUE TAMBIEN ESTUVO INTERNO EN LA CLINICA POR SPA.
E.2	SOCORRO	MUJER	16	COCAINA, PEPAS, PATRACIA DO	1 AÑO	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PADRE BEBEDOR DE ALCOHOL.
E.2	VILLA GRANDE	MUJER	20	PERICO	3 AÑOS	SE FUE DE SU CASA DE VENEZUELA PORQUE DISCUTIA MUCHO CON SU MADRE, MANIFIESTA SER AMARRADA DE LA CAMA EN SU INFANCIA Y CUIDABA A SUS HERMANOS MIENTRAS SU MADRE SE IBA DE LA CASA A TRABAJAR Y LLEGABA TARDE

8. LAS RECAÍDAS Y LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS FRECUENTES POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS JÓVENES ATENDIENDO. EL TIEMPO, LA EDAD DE INICIO EN LA ADICCIÓN Y DAÑOS COLATERALES.

El uso frecuente de SPA tiene muchas afectaciones en la salud mental de las personas, ocasiona daños en el sistema nervioso central Son sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, delirios, ilusiones (por alucinógenos: Mercalina, hongos, derivados del Cannabis: hachís, marihuana, inhalantes y drogas de diseño éxtasis, ketamina, cocaína etc).⁵⁶

Las drogas psicoactivas comprenden una variedad de sustancias naturales, sintéticas y semisintéticas que provocan en el ser humano una serie de signos y síntomas de orden neuropsiquiátrico que alteran la conducta y su relación adecuada con el medio exterior, favoreciendo conductas socialmente no aceptadas y, por ser sustancias usualmente ilegales, su comercio se da a través de la clandestinidad y el tráfico, propiciando actividades delictivas y comportamientos violentos⁵⁷ hacia ellos mismos y a sus familiares por el estado de descontrol que produce las sustancias

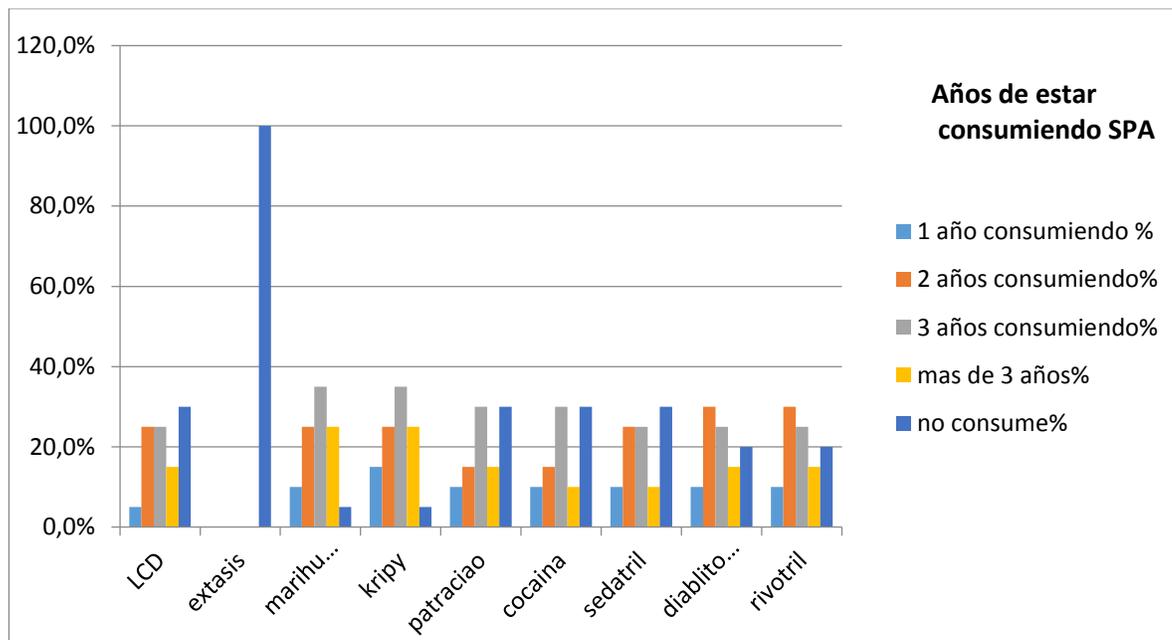
En esta investigación se pudo identificar los tipos de sustancias que consumen los jóvenes, ellos manifiestan haber usado la marihuana como inicio al mundo de la droga y la dependencia, después de este inicio prefirieron experimentar con drogas sintéticas consumiéndola muchas veces al día, al igual que el kipy y por consiguiente medicamentos psiquiátricos como son rivotril, sedatril, diablito rojo. También alegaron consumir otras sustancias alucinógenas como el LCD, cocaína,

⁵⁶ YARÍA, Juan Alberto. Drogas, escuela, familia y prevención. Editorial Bonum. 2005 P 23

⁵⁷ MARTÍNEZ Orozco, Manuel José. nuevas tendencias en el consumo de drogas psicoactivas y su relación con la violencia interpersonal en Colombia de 2006 a 2010.

patraciao y muy pocas veces o nunca han probado éxtasis, heroína y Popper. Tal como se ve en la siguiente gráfica. Grafica 8 años de estar consumiendo SPA.

Gráfico 8. Años de estar consumiendo SPA.



Fuente: datos realizados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016

Durante la encuesta realizada, el 100% de la población es decir, todos los jóvenes encuestados nunca han consumido Éxtasis, a su vez manifiestan no haber consumido Heroína, puesto que son sustancias muy costosas, entre 20% a 35%, manifiestaron no consumir medicamentos como sedatril, dibliablito rojo y rivotril, pero se evidencia de 10% a 25% el uso de estos medicamentos. Entre 20,0% a 35,0% de los encuestados manifiestaron tener 3 años consumiendo marihuana y entre el 25% más de tres años, al igual que el kripy, y la cocaína que ocupa un 30% y un 25% el patriciado que son los residuos de la cocaína, al el perico, y a su vez, el LCD mantiene el 25% en consumir de 2 a 3 años pero tiene 30% en no consumir estas sustancias.

En la Grafica N.2, se observa que los porcentajes más altos de edades se encuentran entre 14 a 16 años en mujeres en 30% y los hombres de 17 a 20 años en 25%, lo cual se demuestra que el consumo de sustancias psicoactivas iniciaron mucho antes de las edades descritas.

Se puede evidenciar que la experimentación de múltiples sustancias se dio poco tiempo después del inicio del consumo experimental, pasando de lo ocasional al dependiente, otros solo alegan que lo hacen en planes sociales, es decir con sus grupos de amigos, estos manifiestan que las razones para consumir drogas se debe relajarse, olvidar los problemas familiares, sentirse bien, divertirse, estar con los amigos, celebrar ocasiones o momentos, quitar el miedo, aumentar la energía, quitar la timidez tal como se observa en la siguiente Tabla 3 Razones para consumir drogas.

Tabla 3. Razones para consumir drogas.

RAZONES PARA CONSUMIR DROGAS ⁵⁸	SI	%	NO	%
RELAJARSE	8	100%	0	0,0%
OLVIDAR LOS PROBLEMAS FAMILIARES	6	75%	2	25%
SENTIRSE BIEN	4	50%	4	50%
DIVERTIRSE	4	50%	4	50%
ESTAR CON LOS AMIGOS	5	62,5%	3	37,5%
CELEBRAR OCASIONES O MOMENTOS	3	37,5%	5	62,5%
QUITAR EL MIEDO	3	37,5%	5	62,5%
AUMENTAR LA ENERGÍA	3	37,5%	5	62,5%
QUITAR LA TIMIDEZ	2	37,5%	6	75%

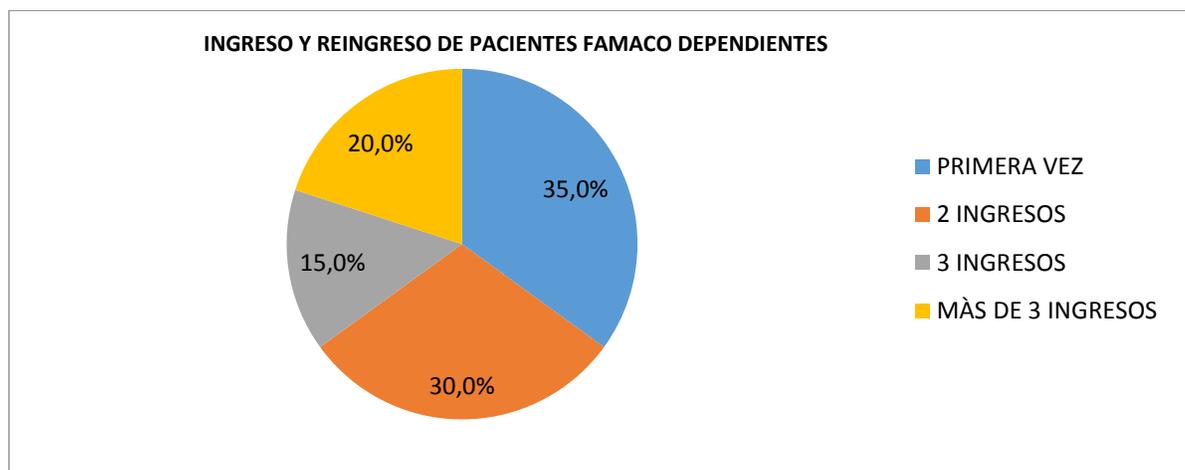
Fuente: Datos recogidos durante el año social en La Clínica La Misericordia. Trabajo social, Universidad de Cartagena (2017)

⁵⁸ Tabla citada de: Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia 2009. ministerio de la protección social república de Colombia, ministerio del interior y de justicia república de Colombia, dne, icbf.

Los jóvenes encuestados, manifestaron dentro de las preguntas que la razones para consumir drogas son para relajarse, que ocupa el 100%, el 75% para olvidar los problemas familiares, sentirse bien y divertirse ocuparon 50% al igual que no consideran que son las razones por la cual consumen. Por otro lado, se encontró que el 62,5% consumen para estar con su grupo de amigos, por lo que se hace evidente los riesgos psicosociales que viven con sus pares coetáneos.

Por otra parte, se encontró que muchos de estos jóvenes han ingresado a la Clínica La Misericordia por recaída más de 3 veces. Gráfica 9

Gráfico 9. Ingreso y reingreso de pacientes



Fuente: datos realizados durante año social, Universidad de Cartagena, vinculada a institución prestadora de servicio, Clínica La Misericordia Octubre 2016.

El 35,0% de estos jóvenes independientemente de su género ingresaron por primera vez, el 30,0% por segunda vez, el 15,0% por tercera vez y el 20,0% (Se agrega otra persona durante el estudio) ha tenido más de tres ingresos por lo que el equipo interdisciplinar hace seguimiento de la situación del paciente cuando tienen muchos reingresos por recaída en el proceso, por lo cual se reporta a la EPS afiliada a la clínica y estas deben hacer monitoreo de la situación, de igual manera se recibe el paciente y el equipo interdisciplinar comienza a indagar que está

pasando en su alrededor que no ha podido estar en abstinencia por mucho tiempo, aunque las recaídas se considere un fenómeno intrínseco a la enfermedad, que no tiene cura y que solo se controla, se atrasa el proceso terapéutico (es un fenómeno intrínseco en la adicción) iniciando nuevamente a desintoxicación y si ellos deciden rehabilitación, que es un proceso voluntario, en el caso de los menores de edad, la familia es quien decide si el joven hace el proceso de rehabilitación. Muchos de estos pacientes son ingresados por algún familiar, y después no reciben visitas, el trabajador social y el psicólogo se encargan de investigar y persuadir a la familia para que regresen a participar en la rehabilitación del enfermo.

Durante el estudio a través de grupos focales se pudo identificar que la mayoría de los reingresos hospitalarios debido a las recaídas, se presentan a la hora de regresar a visitar los lugares del microtráfico de estas sustancias, cuando el microtráfico es en su barrio o cerca de sus casas 45% recae porque no tiene grupo de apoyo familiar que haga seguimiento al caso. La desintoxicación y rehabilitación, lesiona las neuronas y sus actitudes se transforman, el cerebro humano siempre recordará el componente adictivo a estas sustancias, de acuerdo a los *factores psicosociales relacionados en la recaída. La falta de control ante las tentaciones e impulsos son unas de las motivaciones, otro factores encontrados son los interpersonales y/o discusiones intrafamiliares, la presión social, el incremento de los estados emocionales o las crisis en general.*⁵⁹ Por lo tanto, las recaídas se consideran un fenómeno intrínseco a la fármaco dependencia.

Daños colaterales:

Las afectaciones del uso frecuente de sustancias psicoactivas interfieren en los procesos cerebrales básicos en la salud del adolescente, en este caso la marihuana y el kripy.

⁵⁹ MARLATT Y GORDON, factores relacionados con las recaídas, prevención de recaídas en adicciones por Guillermo castaño. Pág. 365

- Problemas de coordinación intelectual, del sueño y del movimiento
- Dificultar para memorizar información y expresarse.
- Dificultad de concentración.
- Alteración de la atención, la alerta, los sonidos, colores etc.

Efectos a mediano y largo plazo

- Apatía, falta de motivación e iniciativa, agitación y ansiedad.
- Desinterés por las cosas, abandono, depresión
- Accidentes de tráfico

Existen otros cambios negativos por el uso frecuente de las sustancias psicoactivas pueden ser tardíos o rápidos dependiendo la dosis y la forma de administración de las sustancias, los efectos de la cocaína, pastillas o pepas como ellos mismos lo mencionan traen consigo:

- Efectos tempranos: Cambios emocionales
- Efectos a mediano y largo plazo: trastornos psíquicos, psicosis, esquizofrenia
- Dependencia y muerte por sobredosis.
- Agresiones físicas a mismos y a sus familiares.⁶⁰

Dialogando con los jóvenes acerca de la edad de inicio al consumo y trayectoria uno de estos respondió lo siguiente:

Es la primera vez que ingreso en esta clínica, vine con mi mamá dispuesto a la desintoxicación. He vivido en el Bicentenario y el Pie de la Popa, empecé a consumir desde los 13 años marihuana, cocaína y pepas con un grupo de amigos. Mi madre vendía sopa pero tuvo trombosis hace 3 años no pudo seguir y mi papá, con ellos

⁶⁰ NAVIA, Bueno María del Pilar y otros. Conocimiento sobre el fenómeno de las drogas en entre estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. 2011

me he llevado bien, más con mi mamá, ella ha estado muy pendiente de mí, pero mi papá es muy grosero y dice cosas que no me gustan. No continúe los estudios quedé en sexto grado por la situación de la casa, tuve que ponerme a vender cualquier cosa por la calle y ahí es que encontré el grupo de amigos y nos poníamos a meter pepas y las demás. Quiero dejar las drogas validar y estudiar enfermería o ser policía, quise ser futbolista pero como me operaron de corazón abierto a los 10 años, estuve en una fundación que recaudo fondos para poder operarme (Joven Mario X de 19 años 2016).

-

Al abordar el diálogo con un joven de 16 años de edad, quien consume pastillas o pepas (rivotril, sedatril entre otras), manifestó sobre las afectaciones del uso frecuente de estas mezcladas con patraciado o perico que son residuos de la cocaína.

Comencé a consumir ocasionalmente hace un año motivado por un grupo de amigos del colegio, desde hace un año pepas, después patraciado y perico, me sentía solo y sin apoyo de mi familia porque ellos trabajan, también estaba pasando mal momento cuando mi novia se enteró que consumía, me dejó y yo si estaba bien enamorado, así que de lo ocasional, empecé a consumir con frecuencia, hasta el punto que duré tres días acelerado que cogí la bicicleta de mi casa a andar por ahí por las calles sin saber con exactitud dónde estaba, casi me atropella una buseta, eso fue horrible.(Pablo X, joven de 16 años 2017).

Otro relato aportado por un joven de 23 años relacionado con sus frecuentes recaídas y los daños en su comportamiento manifestó lo siguiente.

Empecé a consumir cocaína desde los 13 años, mi papá es abogado y tenía negocios con unos manes que vendían eso, ellos nos ofrecieron a mí y a mi primo y desde ese entonces, mi abuso con las drogas ha sido compulsivo, me diagnosticaron cocainómano. Hubo otros factores que no dieron a que dejara las

drogas, la separación de mis padres, perdí un año por eso, mi madre se fue para los Estados Unidos, ella se dedica al periodismo, pero ella no es mi madre biológica pero es como si lo fuera porque fue quien me crio ,mi madre biológica vive en España y nunca se hizo cargo de mí aunque tenga su apellido, nunca he tenido contacto con ella, el ambiente familiar que se vivía cuando estaba pequeño era tremendo, veía cuando mi papá le pegaba a mi mamá y por eso le prometí que nunca le pegaría a una mujer. En mis frecuentes recaídas hubo una por intento de suicidio, me corté el brazo porque estaba tan embaldado que empecé a pelear con el espejo e hice lo que hice, una vez me di trompadas con mi papá, la última fue porque me pegué una sobredosis que me fui a Barranquilla y a diferentes partes enrumbado por 11 días perdido en mi carro, llegué sin nada de plata, descalzo a mi casa y sin dormir, cuando me internaron es que pude conciliar el sueño.(Fernando X, joven 23 años, 2017)

Otro caso manifestado junto con el equipo interdisciplinar fue de un joven de 19 años de edad, quien consume desde los 12 años múltiples sustancias psicoactivas, dialogando con sus abuelos alegaron lo siguiente:

“Ese muchacho me tiene decepcionada, desde pelaito no quería hacerme caso, pasaba en la calle, se volaba de las clases para irse donde los amigos a meter droga y a atracar por ahí, lo interné porque, me robó junto con otros amigos, se llevaron todas mis cosas, ahora no quiero estar en mi casa, me da miedo estar ahí, le cambié las cerraduras, pero aun así me da miedo, ya yo expuse el caso en la fiscalía y me tiene que decir donde dejó la nevera, ya yo no puedo más no sé qué hacer con él. (Abuela de un joven X, 2016)

La abuela del joven afirma que los padres del joven no viven en la ciudad y que no responden por él, porque tienen más hijos, a él se lo dieron a la edad de 10 años y lo criaron con mucho esfuerzo, pero el joven siempre ha tenido conductas rebeldes y ha sido difícil manejar la situación con él.

El joven afirmó y reconoció lo que hizo y desea mejorar la situación con sus abuelos, a su vez, manifiesta que las drogas es el único camino para estar bien consigo mismo, cada vez que se encuentra sin nada que hacer, sale consumir con sus amigos a drogarse y atracar.

Estos cambios en el comportamiento por el abuso de múltiples sustancias psicoactivas, inciden a que los jóvenes ejerzan actividades ilícitas con el fin de tener dinero para nuevamente consumir estas sustancias. La ausencia de sus padres, la falta de autoridad de sus abuelos hacia el joven, los cambios generados en su comportamiento, las emociones y la búsqueda de identidad que obtienen estando con grupos de amigos que ejercen diferentes actividades ilícitas para tener una posición importante en su residencia en su etapa de adolescencia son factores de riesgo que está inmersos en nuestra sociedad y que cada vez afecta más esta población específica.

En los relatos de vida se observó la pérdida de empleo como factor depresor, la soledad, la falta de comunicación con su grupo primario de referencia, la ansiedad por hacer algo distinto y particular para identificarse la búsqueda por sobrevivir ante las necesidades sentidas en la familia por ejemplo el hurto, atraco a mano armada y hechos similares en contra de la propiedad privada, la intimidación y bienestar de otras personas. La pérdida de seres queridos, en los jóvenes promueve cambios negativos en el comportamiento de los jóvenes, depresión, hostilidad y frustración que inciden en el reiterado consumo recaídas consecutivas e internamiento hospitalario. Leamos el siguiente relato:

Es la tercera vez que ingreso a esta clínica, un hermano me trajo, vengo por desintoxicación, llevo dos años y siete meses consumiendo kipy, marihuana y pepas solo eso, por unos amigos. Mi mamá es comerciante de muebles y no vivo con mi papá él porque él vive en la Guajira y tiene un negocio de frutas. Éramos 9 hermanos en total tuve una hermana que murió de leucemia y eso nos afectó

bastante, también otra hermana que la mataron por Urabá el Clan Usuga, y consumir era lo único que me relajaba de la situación que estábamos viviendo, la falta de plata me hizo hacer muchas cosas más cuando se acabó el contrato porque me puse a estudiar seguridad industrial en el Sena y me salió trabajo como auxiliar el año pasado, no me puse a fumar teniendo trabajo, pero cuando quedé sin trabajo me puse a consumir más, no sabe lo feo que es ver que tus hermanitos no tengan sus cosas y de que comer. Logré tener maquinas buenas para motilar, hice unos ahorros, fui barbero todo para conseguir de que vivir pero se me quemaron las máquinas por un bajón de luz, tenía garantía y nunca me respondieron por eso, sentía como si estuviera salado como si la vida quisiera tenerme así sin progresar y por eso llegué a ese extremo de robar por lo mismo de estar sin dinero. Recuerdo cuando tenía 17 años y jugaba futbol profesional, no pude seguir por el dinero, hasta jugué en el Cub de Bogotá. Quiero terminar la profesional de seguridad industrial y tener mi licencia. (Emiro Ricardo, joven de 22 años)

Es la segunda vez en esta clínica, mi papá me trajo porque estaba muy preocupado por mí, estaba amarilla y muy flaca, la primera vez no hice desintoxicación y ahora si queiro hacer la rehabilitación por 3 meses. Empecé a consumir marihuana, kripti y pepas a los 11 años por unos amigos, yo misma le dije que me dieran. Mi mamá me dejaba hacer lo que me diera la gana, si llegaba 4 días después no me decía nada y más que ella no pasaba en la casa porque trabaja de vendedora de almuerzos con una amiga y si estaba no me prestaba atención, podía consumir delante de ella, ahí mismo en la casa y no me regañaba, por eso me descarrilé. En cambio cuando voy donde mi papá las cosas cambian, él me presta más atención, como, voy al colegio y así... Luego regreso donde mi mamá y vuelvo a consumir, una vez fui a una fiesta en la plaza de toros, fume y llegué mal a mi casa. Me gustaría terminar mis estudios porque quede en 7mo, estudiar algo en el Sena y vivir donde mi papá para estar mejor. Los recuerdos más bonitos que tengo de mi infancia era cuando jugaba con mis primas por parte de papá a las muñecas, pero ahora no me

quieren hablar porque dicen que soy marihuanera. (Daniela X, joven de 14 años, 2016)

Las separaciones de las familias, la desatención por parte de algunos de los progenitores mueven los sentimientos más íntimos de las personas en diferentes etapas de la vida. Los jóvenes experimentan vacíos afectivos, buscan salir de su realidad con las drogas yéndose a lugares, duran varios días fuera de casa, los cambios del comportamiento de la joven del relato anterior marcan una urgente necesidad de hallarse con el padre que si se ocupa de ella, su madre no le presta atención, a su vez, la joven manifiesta que ha agredido a su madre y por eso se va para donde su padre, manifiesta que no puede estar con su padre tiempo completo por el hacinamiento en el hogar, es más difícil vivir en esas condiciones a pesar que le va mucho mejor estando con su padre, allá no logra tener la misma libertad que tiene estando con su madre. En los casos anteriores, la practicante de Trabajo Social se encargó de realizar la remisión pertinente al ICBF por el caso de la joven de 15 años.

En otros casos, cuando los pacientes ingresan en estado psicótico, interviene la policía de infancia y adolescencia. Una joven de 15 años de edad fue ingresada por la policía de infancia y adolescencia en precarias condiciones físicas y mentales intentando agredir a los policías y a su madre, estos manifiestan que tenía 15 días fuera de su casa. Ella iniciaba el segundo reingreso en la Clínica la Misericordia. La relación entre madre e hija son hostiles, la señora trabaja como cajera y la joven quedaba mucho tiempo sola en casa y no acata normas impuestas por su madre, su padre no ha asumido su responsabilidad. Ella manifiesta que no le gusta estar en la casa del padre. Empezó a consumir desde los 13 años, múltiples sustancias e incluso afirma haber fumado estiércol de caballo con un grupos de amigos, dice que su madre se dio cuenta un año después que consumía porque intentaba siempre hacerlo fuera de casa pero un día llegó en alto estado de consumo de

drogas y de ahí se derivó el primer ingreso hospitalario. No ha podido terminar sus estudios, quedó en octavo grado y dice que quiere culminarlo.

Cuando las personas atendidas presentan patologías o trastornos psiquiátricos hereditarios o no hereditarios, es evidente que al consumir sustancias psicoactivas les distorsiona el pensamiento, se produce más déficit en la salud mental de los jóvenes. Uno de los atendidos es un joven hospitalizado de 19 años, estudiante de psicología de la Universidad San Buenaventura, padece de trastorno obsesivo compulsivo y consume drogas, sus familiares afirman que acata normas, estudia con interés y es aficionado a la cultura Árabe, pero es adicto a la marihuana y al krypti, y otras mezclas más peligrosas comenta su tía :(que su madre y padre se encuentran trabajando en los Estados Unidos) ella no se había dado cuenta que consumía drogas sino hasta que los administrativos de la universidad llamaron manifestando que el joven no dejaba de reírse en clase, hasta el punto que fue urgente ingresarlo a un hospital para luego remitirlo al Centro de salud Mental Clínica La Misericordia, los médicos psiquiatras no consideraron terapéutico que este joven continúe esta carrera, puesto que no tiene salud mental apta para ejercer esta profesión. La atención y cuidado hacia los/as jóvenes es indispensable en esta etapa de su vida y más cuando presentan alguna patología psiquiátrica que por lo general se muestran en la adolescencia. Por lo que manifiesta la tía, no sabía que padecía esta enfermedad pero que siempre se le hizo sospechoso algunas actitudes por ser “muy silencioso y aficionado por la cultura árabe”.

Otro caso encontrado en los estudios, es el de una joven de 18 años estudiante de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena, desde los 14 años empezó a consumir krypti, marihuana, entre otras drogas sintéticas, que no permitieron que avanzara en sus semestres, quedando solamente en 2 semestre. La joven manifiesta que su vida no tiene sentido, no encuentra estar bien consigo misma, ingresando por más de 7 veces a La Clínica la Misericordia, durante dos años consecutivos. La comorbilidad que presenta la joven en los estudios por parte del

médico psiquiatra es de depresión, trastorno afectivo y uso compulsivo de drogas, de sus reingresos hospitalarios, en su historia clínica muestra que se fue de su casa por 3 días, fumaba con grupos de delincuentes, invitó a su padre a consumir con ella.

Las normas flexibles por parte de su madre y normas rígidas impuestas por su padre, quien no ha estado tiempo completo con ella porque trabajaba en barcos de turismo por muchos años y ahora se encuentra trabajando de camillero en un hospital en Cartagena, la situación económica cambió cuando dejó de trabajar en barcos de turismo, la madre manifiesta que es muy temperamental y no sabe dirigirse a sus hijos. La joven tiene un hermano mayor que también consume y otro hermano que no, es lingüista, el padre manifestó haber consumido marihuana joven y que para él no es correcto que los hijos lo hagan (Se trabajó con la familia a través del grupo de apoyo Al-anon).

9. PROCESO DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO POR TRABAJO SOCIAL

Los factores protectores que coadyuvan a la mejoría del paciente a través de actividades, talleres y conversatorios que promuevan cambios positivos a los jóvenes junto a sus familias.

Para realizar las actividades, talleres y conversatorios, se trabajó con el programa que brinda la institución de grupos de apoyo, terapia grupal y familiar, con el fin de lograr la recuperación exitosa del paciente y regrese a su vida en comunidad y sociedad. Los factores protectores se distinguen porque expresan (seguridad, afectividad formación de valores, aprendizaje de normas, roles de protección de los miembros de la familia, reingreso a la educación formal, capacitación de los padres) que son indispensables para desenvolverse en todo los ámbitos de la vida. Tabla 4 Factor de riesgo, factor protector.

Tabla 4. Factor de riesgo, factor protector

Factor de riesgo	Factor protector
Baja cohesión familiar, violencia intrafamiliar, límites difusos. Conflictos de identidad. Soledad, miedo, desesperanza. Separación de los padres, desatención de los padres. Profundo sentimiento de abandono	Formación de valores mediante eventos de fortalecimientos de relaciones afectivas, capacitación a las familias a través de grupos de apoyo familiar (Al-anon- al lado del adicto o alcohólico).
Problemas de aceptación de normas	Enseñanza de normas, grupos de apoyo para los jóvenes (Narcóticos anónimos)
Drogas en los barrios, grupos de amigos y en la familia.	Programa acerca de los riesgos al consumo de drogas a los jóvenes y a las familias.

Fuente: Cuadro de factores de riesgos y factores protectores, realizado durante el año social, Clínica La Misericordia, Universidad de Cartagena, Trabajo Social. Febrero 2017.

9.1 EVENTO DE FORTALECIMIENTO DE RELACIONES AFECTIVAS ENTRE FAMILIARES Y PACIENTES EN EL MES DE AMOR AMISTAD

Imagen 1. Evento De Fortalecimiento De Relaciones Afectivas



Fuente: Fotografías tomadas por la estudiante en proceso de prácticas. Clínica la Misericordia
septiembre 2016

Durante este evento se llevaron a cabo las siguientes dinámicas que permitieron fortalecer los lazos afectivos entre familiares y los pacientes como parte del proceso terapéutico que brinda el equipo interdisciplinar de la Clínica La Misericordia.

Cabe resaltar que este evento que fue organizado y liderado por la trabajadora social practicante con el acompañamiento del equipo de psicología en la realización de las actividades.

1. Terapia de relajación: entre pacientes y familiares ponerse de pie, agarrarse las manos fuertemente, inhalar y exhalar. (Escuchar música para que la dinámica sea más relajante).

2. Conversatorio acerca de lo que significa los miedos en sus vidas y cómo enfrentarlos. Todos esos miedos manifestados se escribirán en un globo, el cual será explotado con el fin de liberarlos para su bienestar.
3. El paciente le expresó a su familiar un momento feliz de su vida, lo mismo hizo el familiar delante de las personas presentes.
4. El baúl de los recuerdos
5. Juego de tarjetas
6. ¿Qué es el perdón y la reconciliación?
 - 6.1. Dinámica del perdón.
7. El baúl de los recuerdos
8. Entrega de regalo de amor y amistad. Expresiones de afecto, entrega de dulces y refrigerio.

Desarrollo del evento de fortalecimiento de relaciones afectivas entre familiar y paciente.

Terapia de relajación

Durante este encuentro especial para todos los pacientes y familiares, se hizo importante que antes de empezar el evento los familiares se ponen de pies, escucharon música de relajación escuchan la orientación de la psicología y la trabajadora social quienes conducen la terapia para proseguir a las siguientes dinámicas en del orden establecido para el éxito de este programa.

Conversatorio acerca de lo que significa los miedos en sus vidas y cómo enfrentarlos.

Explicamos que son los miedos y preguntamos: ¿Tienes que hacer las cosas que no crees que eres capaz de hacer? – Elenore Roosevelt

Durante esta actividad el interés fue la comunicación entre las familias, comprender los miedos del paciente y su familia y resolverlos mediante el lenguaje verbalizado. El miedo nos define como humanos, tener miedo es necesario, se les explicó que es un mecanismo de defensa que nos ayuda a evitar cometer actos que ocasionan dolor a sí mismos/as. Hay miedos innecesarios, incluso la mayoría de los miedos sobre el futuro que tenemos no son muy reales y nos impiden vivir la vida a plenitud. Entre los miedos más comunes encontramos:

Miedo a:

- * El fracaso
- * El rechazo
- * El no tener dinero
- * El éxito
- * No poder hacer las cosas a la perfección

Durante el conversatorio un joven infirió que tenía miedo volver a recaer, puesto que se ha sentido débil ante la enfermedad que presenta con la adicción a las sustancias psicoactivas, además manifestó sentirse rechazado por algunas personas debido a su situación. La disposición de un adicto a salir del consumo de las drogas después del tratamiento realizado para su reintegro a la sociedad es de control y no dejar que esos factores internos y externos impidan seguir con su proceso de autoafirmación.

En la dinámica realizada, las madres de estos pacientes manifestaron sentir miedo si sus hijos vuelven a recaer en el consumo de sustancias psicoactivas, Lo que para hacer satisfactoria la intervención se optó por dar las siguientes recomendaciones.

- *El primer paso es admitir que tenemos miedos. Sabemos que existen, y admitir que lo padecemos.*
- *El segundo paso para seguir, apuntar los miedos. ¿Cuáles son tus miedos? ¿Cuál es tu miedo principal? Apuntándolos los haces más reales. Ayuda a sacarlos de las*

catacumbas de tu mente dónde se esconden para contralarte. Apuntándolos te pones en control porque existen dentro de ti, pero ahora también fuera los has externalizado. Para abordar las preguntas de las madres y padres acerca del miedo si sus hijos/as vuelven a recaer al consumo, fue necesario que el equipo de Trabajo Social y Psicología realizase recomendaciones: Hablar, hacer preguntas a sus hijos sobre lo que quieren y desean hacer con sus vidas, trabajar con ellos a través del inconsciente para lograr que estos puedan llegar a la distanciar y abstenerse de la adicción, fortalecer la relación familiar con la disposición de ayudarse recíprocamente.

-Durante la dinámica, el equipo de psicología dio diferentes trucos para combatir los miedos, es sencillamente lanzarte a hacer las cosas. La cantidad de oportunidades que pierdes por sucumbir a los miedos son muchas. Para afrontar los miedos hay que practicar. Es decir, intentar, intentar e intentar hasta que funciona, como hacer un plan e implementa ese plan.

El último truco para superar los miedos es existir en el ahora. Existir en este momento. Casi todos los miedos están proyectados hacia el futuro. Nos preocupan las cosas que pueden pasar. Mejor decidir no pensar en el futuro o en pasado porque realmente solamente existe el ahora. Intenta hacer algo ahora para conseguir tu vida de sueños, no pensar en posibles escenarios de fracaso. Cuando te des cuenta que piensas en el futuro, vuelve a enfocarte en el ahora, en este momento, en la tarea que tienes encima la mesa.⁶¹

Por último, se realizó un actividad en el que tenían que inflar un globo y escribir los miedos que tienen en su vida y explotarlos con el fin de liberarlos para sentirse aliviados con ganas de afrontar esos miedos que han estado presente en sus vidas.

⁶¹ Pasos para superar los miedo. Recurso virtual en: <http://sermejorpersona.com/p-7-pasos-para-superar-el-miedo-1979>

“Juego de las tarjetas”

Para la realización de esta dinámica fueron necesarias varias tarjetas de cartulina, (20x10cm) para cada familiar⁶². Un marcador para cada uno, una tarjeta preparada a modo de ejemplo. Para hacer efectiva esta actividad, la practicante de trabajo social coordinó que todos los familiares de los pacientes colocaran el nombre o el sobrenombre del paciente, en forma vertical, en el margen izquierdo de la tarjeta, indicando que busquen para tres letras del nombre, tres adjetivos positivos que reflejen una cualidad personal del paciente y las escriban en la tarjeta.

Ejemplo: Meli= Maravillosa, especial, linda, inteligente - Después de esto, se les invitó a desplazarse por el salón para leer los nombres y cualidades que los familiares tienen hacia el paciente interno en La Clínica La Misericordia. Luego de esta dinámica, prosiguió a darse un abrazo como expresión de afecto por describir sus cualidades por medio de este acróstico.

Dinámica del perdón

¿Qué significa perdonar?"

Para dar paso a esta dinámica, fue necesario aclarar las diferencias entre el perdón y la reconciliación.

Perdonar no es lo mismo que justificar, excusar u olvidar. Perdonar no es lo mismo que reconciliarse. La reconciliación exige que dos personas que se respetan mutuamente, se reúnan de nuevo. El perdón es la respuesta moral de una persona a la injusticia que otra ha cometido contra ella. Uno puede perdonar y sin embargo

⁶² Tipologías de dinámicas con familia. Recurso virtual en: <https://lastresgraciasdedocencia.wordpress.com/2015/05/08/tipologias-de-dinamicas/>

no reconciliarse, como en el caso de una esposa continuamente maltratada por su compañero." ⁶³

Para dar paso a la dinámica se invitó a la participación de 3 personas, pacientes o familiares, cada uno debía sostener un libro voluminoso, como por ejemplo, un diccionario o una AZ de la institución. Se les pidió que sostuvieran el libro a la altura de sus hombros con los brazos completamente extendidos. Cada persona tuvo que sostener el libro todo lo que pudieran. Cuando empezaron a bajar los brazos por el peso, se les preguntó lo siguiente: ¿Fue difícil sostener el peso levantado? ¿Cómo te sentiste cuando el libro empezó a parecer más y más pesado?

¿En qué se parece esto a la manera en que te sientes cuando has hecho algo indebido contra alguien más, pero no has pedido perdón por tus acciones? ¿Cómo te sentiste cuando pudiste bajar el libro? ¿En qué se parece esto a lo que sientes cuando te han perdonado por algo que le hiciste a alguien?⁶⁴ Esta dinámica se hizo con la finalidad de que entre pacientes y familiares admitan sus errores para poder perdonarse mutuamente y mejorar la relación familiar.

"El baúl de los recuerdos"

Se confeccionó una caja de cartón decorada, donde cada familiar a priori al evento se llamó para que trajera una foto de un recuerdo familiar que marcó algo bueno dentro de su relación con él/la joven interno/a. Después en el encuentro, se le pidió a cada familiar poner la foto en el baúl, a los familiares antes de abrir el baúl se les preguntó lo siguiente ¿qué son los recuerdos?, ¿de qué cosas se acuerdan?,

⁶³ Dinámica del perdón. Recurso virtual en: "A definition of forgiveness", por Robert Enright, "The World of Forgiveness", October/November de 1996.

⁶⁴ El perdón. Recurso virtual en: <https://www.clubensayos.com/Religi%C3%B3n/TALLER-SOBRE-EL-PERDON/793140.html>

¿dónde se guardan? ¿por qué?⁶⁵, si son importantes o no. Esto permitió llevar la conversación a los recuerdos de familia y el paciente que pasaron un rato agradable por medio de esa fotografía, describiendo ese momento especial, por último se habló sobre las familias y las tipologías de estas.

Entrega de regalo de amor y amistad. Expresiones de afecto, entrega de dulces y refrigerios.

A priori al evento realizado para amor y amistad, se llevó a cabo con manualidades de llaveros con figuras en Foami (coocake, camisa donde se puede poner una foto de alguien, flores etc), con el fin de entregárselos a sus familiares como expresión de afecto durante esta dinámica, luego se prosiguió en la entrega de dulces y refrigerio para finalizar el programa.

Proceso de intervención profesional con las familias a través de grupo Al-anón mediante el programa de grupos de apoyo y terapia familiar.

Para vincular a las familias durante este proceso de intervención profesional fue necesaria la participación de grupos de apoyos como son la comunidad Al-anón (al lado del alcohólico) *“ofrecen esperanza y ayuda a los amigos y familiares de bebedores con problemas de alcoholismo. Se estima que cada alcohólico afecta la vida de por lo menos cuatro personas...el alcoholismo es verdaderamente una enfermedad familiar. No importa cuál sea tu relación con la persona alcohólica, o si aún está bebiendo o no, toda persona que ha sido afectada por la forma de beber de otra persona puede encontrar en Al-Anón y A lateen las soluciones que conducen a la serenidad.”*⁶⁶ Se puede mencionar que este grupo está trabajando también con

⁶⁵ Dinamicas con grupos. Recurso virtual en: http://www.huffingtonpost.es/patricia-ramirez/lo-que-guardamos-en-el-ba_b_3388162.html

⁶⁶ Comunidad Al-anon Para profundizar lo anterior, recurso electrónico disponible en: <http://al-anonespana.org/alanon-home>

familias donde alguno de los miembros de estas consumen sustancias psicoactivas. Durante las reuniones, los familiares manifestaron sus preocupaciones, tensiones respecto a vivir con una persona adicta que al comentar su experiencia una de las familiares presentes respondieron lo siguiente:

Yo siempre he sido flexible con mis hijos, nunca les ha faltado nada y mi esposo presente siempre ha tratado que ellos vayan hacia adelante, nosotros hemos tenido problemas porque mi esposo trabajó muchos años en barco de turismo y cuando venía era a poner orden en la casa y no sabía dirigirse bien a los niños, tengo 3 hijos de los cuales uno me ha salido muy sano, es lingüista, trabaja y tiene una niña, mi segundo hijo tiene problemas con las drogas no sé si fue porque les di mucha libertad o solo porque sus amigos lo invitaron a consumir, lo mismo pasó con mi última hija, ella era muy juiciosa y estudiaba Trabajo Social, hasta el día que me di cuenta tenía 2 años de estar consumiendo y decidí internarla en un centro de salud como este, desde ahí ha sido un lucha y un cansancio por esta situación, no sabemos cómo dirigirnos a ellos, todo ha sido tan difícil (Alejandrita X madre de paciente , 2017).

Durante el año social se han realizado diferentes encuentros una vez por semana con este grupo de apoyo, que ha ayudado a que muchas familias a que puedan expresar sus emociones, tensiones, preocupaciones frente a la enfermedad de salud mental que presenta los jóvenes atendidos en La Clínica La Misericordia.

9.2 CONFRONTACIÓN CON LAS FAMILIAS A TRAVÉS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR.

Analizar los casos que diariamente se presentan en La Clínica la Misericordia, permitió estimular la participación de la familia, preparar anímicamente al paciente para recibir su testimonio ,que se convirtió en catarsis, dar un testimonio implicó mirarse a sí mismo/a, realizar un ejercicio de introspección Dentro de los casos, hay

un joven de 18 años de edad que empezó a consumir sustancias psicoactivas hace aproximadamente un año, sus padres están separados desde hace 6 años, su madre vive en Barranquilla y su padre en Cartagena.

Empezó a consumir estas sustancias cuando vivía con su madre, en estos momentos se encuentra viviendo con su padre, por quien siente más afinidad y respeto. Durante la reunión la médico psiquiatra tratante, se infirió del reporte médico, que el joven presenta concepciones atípicas, inusuales, es muy excéntrico, lo cual está en estudio si realmente tiene un trastorno de personalidad o tiene alguna enfermedad mental que lo conllevó al joven al consumo, el joven ha manifestado que en todos los lugares donde se encuentra no encaja, sus pensamientos e ideas no son iguales a las de los demás, el padre manifestó que su madre presenta enfermedad mental leve que pudo haber adquirido su hijo.

Los pacientes con diagnostico dual, algunas veces presentan sintomatología hereditaria y al momento de insertarse en el mundo de la fármaco dependencia se afecta más el problema de salud mental, como otros que por abuso de SPA, pierden capacidades cognitivas y se deteriora su sistema nervoso central..

Otro caso analizado junto con el equipo interdisciplinar, fue el de una joven de 15 años del Carmen de Bolívar, quien ingresó bajo la protección de ICBF, ella consume hace aproximadamente un año, sus padres se separaron hace mucho tiempo por problemas de parejas (clima tenso, discusiones y agresiones) pese a esta situación las niñas quedaron a cargo de su madre, quien al establecer una relación con otra pareja, poco tiempo después echó de la casa a sus 3 hijas incluida la joven paciente a la calle. La joven manifestó ser dedicada en sus estudios, pero desde que su madre empezó a tener esa relación y su padre no tiene buena relación con ninguna de sus hijas incluyéndola a ella, ésta se dedicó a estar en las calles junto con amigas que consumen estas sustancias. No obstante, manifestó que no quiere vivir con sus

abuelos porque hay un tío que también consume estas sustancias psicoactivas, por lo que no es terapéutico vivir con ellos.

La Clínica La Misericordia, se encarga de velar por los derechos de los niños, niñas y jóvenes, los casos de abandono familiar, violencia intrafamiliar, son atendidos por la trabajadora social y el equipo interdisciplinar, la trabajadora social se encarga de la remisión de casos a diferentes instituciones de protección (comisarías de familias, casas de justicia entre otros) frente a amenazas y violaciones con el fin de restablecer y reparar sus derechos.

Otro caso detectado por el equipo interdisciplinar fue el de un joven de 20 años que lleva más de cuatro ingresos y rehabilitaciones y no ha sido posible que desista de la adicción, al preguntarle la especialista por qué no ha querido rehabilitarse, es decir tener control y dejar de consumir, respondió que su recaída se debe a la muerte de su hermano a quien mataron por estar en negocios ilícitos. Desde esta perspectiva el dolor y el duelo torna a los jóvenes más vulnerables, asimismo se puede apreciar que el paciente toma esta situación como mecanismo de defensa para resguardar emociones o pensamientos que producirían ansiedad, sentimientos depresivos o una herida en la auto-estima si llegasen a la consciencia, por lo que se hizo necesario trabajar desde la introspección⁶⁷ .

⁶⁷ La introspección o percepción interna tiene como fundamento la capacidad reflexiva que la mente posee de referirse o ser consciente de forma inmediata de sus propios estados. Cuando esta capacidad reflexiva se ejerce en la forma del recuerdo sobre los estados mentales pasados, tenemos la llamada "introspección retrospectiva"; pero la introspección puede ser un conocimiento de las vivencias pasadas y también de las presentes, de las que se dan conjuntamente y en el presente del propio acto introspectivo. La introspección, vocabularios de términos por psicología Para profundizar lo anterior recurso electrónico en: <http://www.e-torredabel.com/Psicologia/Vocabulario/Introspeccion.htm>

9.3. ACTIVIDADES LÚDICAS “MI PROYECTO DE VIDA” “ÁRBOL DE LA VIDA”

En esta dinámica se dieron las indicaciones para realizar un árbol como una representación de los jóvenes.

Raíces: ¿Cuál es mi origen, de dónde vengo?

Flores: ¿Qué cosas bonitas tengo para dar?

Frutos: ¿Cuáles han sido mis logros?

Ramas ¿Cuáles han sido mis metas, mis sueños en la vida?

Tronco: ¿Qué me sostiene en la vida? (valores, cualidades)

Hojas: ¿Quiénes son las personas importantes en mi vida?

Para abordar esta actividad, cada participante dibujó un árbol como representación de sí mismo/a, manifestando que desean recuperarse y terminar sus estudios escolares, mejorar su relación con sus familias, lograr ingresar a una universidad o estudiar carreras técnicas, tecnológicas para poder insertarse al mercado laboral, esto sin duda es importante para visionar a los jóvenes jugando con preguntas de cómo se ven más adelante si realmente tienen la disposición de enfrentar esta enfermedad.

9.4 CONVERSATORIOS CON LOS JÓVENES FÁRMACO DEPENDIENTES A TRAVÉS DE LA HERMANDAD NARCÓTICOS ANÓNIMOS. COORDINACIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL.

Imagen 2. CONVERSATORIOS CON LOS JÓVENES FÁRMACO DEPENDIENTES



Fuente: Fotografías tomadas por la estudiante en proceso de prácticas. Clínica la Misericordia febrero 2017

Narcóticos Anónimos es una confraternidad mundial sin ánimo de lucro, compuesta por hombres y mujeres para quienes las drogas se ha convertido en un problema muy grave. Está conformada por adictos en recuperación, quienes se reúnen con regularidad para ayudarse los unos a los otros a permanecer limpios. El único requisito es el deseo de dejar de consumir. La asistencia es libre y confidencial⁶⁸

Narcóticos anónimos ha sido un grupo de apoyo clave para intervenir a los jóvenes y conocer las causas por las cuales ingresaron a la farmacodependencia, donde muchos destacaron su comienzo a la adicción como algo para experimentar nuevas sensaciones de placer por sus componentes, que los llevaron de lo ocasional a la

⁶⁸ Para profundizar lo anterior, recurso electrónico disponible en: N.A
<http://www.nacolombia.org/web/infona/>

dependencia, otros por problemas familiares, rebeldía ante las reglas impuestas, por grupos de amigos o porque es lo que ven en su barrio o comunidad. Debido a esta situación, varios manifestaron que perdieron buenas amistades, oportunidades de estudios y la confianza de su familia.

Las tres sugerencias que dio el líder de la confraternidad Narcóticos Anónimos son las siguientes:

- No consumir
- Alejarse de las amistades que consumen
- Alejarse de los lugares donde venden estas drogas pase lo que pase.

Durante el conversatorio afirmaron verbalmente que todos son adictos en proceso de recuperación para toda la vida, es una enfermedad que no se cura, y si nuevamente vuelven a recaer es porque son débiles ante la situación, es decir que no tienen control ante esta enfermedad nombrada así por la Organización Mundial de Salud, esto dio a que un participante comentara que perdió muchas oportunidades, aplazaba los semestres académicos por sus recaídas, hasta el punto de sentir frustración por sí mismo e intentó quitarse la vida con un vidrio en su cuarto.

Este grupo de apoyo, lleva 3 meses trabajando conjuntamente con los pacientes por abusos de sustancias psicoactivas y han logrado que muchos de estos después de salir del proceso de desintoxicación o rehabilitación, asistan a los encuentros, lo que ha reportado resultados positivos, a través de este grupo cuyo mensaje es que si se puede salir del consumo de estas sustancias y lograr ser unas personas productivas y buenas para nuestra sociedad.

9.5 CAPACITACIÓN E INTERVENCIÓN PROFESIONAL CON LAS FAMILIAS.

9.5.1 Familias coadictas o dependientes a través de psicología clínica. Coordinación desde Trabajo Social.

Imagen 3. Familias coadictas o dependientes



Fuente: Fotografías tomadas por la Estudiante de Trabajo Social Clínica la Misericordia marzo 2017

Durante la intervención del psicólogo clínico, dio a conocer a las familias el significado de familias coadictas o codependientes, se refiere a aquellas que desarrollan una relación indulgente y permisiva con el adicto. El deterioro de las dinámicas familiares, los sentimientos de culpa que embargan a los padres y/o familiares del adicto, el enojo, la depresión, el castigo, la hipervigilancia y la frustración son algunas de las respuestas más comunes en los padres de familia que identifican esta problemática en sus hijos.⁶⁹

⁶⁹ Muy familiar. guion 7 / 2010. La familia coadicta. Recurso disponible en: <http://www.lfrm.edu.co/muyfamiliar/Lafamiliacoadicta.pdf>

La puesta en escena de los roles de Trabajo Social y Psicología Clínica ofrecieron las siguientes recomendaciones o sugerencias para abordar las familias ante esta situación.

- Evitar buscar justificaciones para sostengan la conducta del adicto.
- No pagar las deudas del adicto que han sido generadas por su adicción.
- Evitar resolver los problemas que posee el adicto y que han sido generados por su conducta. Permita que se responsabilice de su conducta y sus consecuencias.
- Tomar conciencia de enfermedad por el adicto y por el codependiente. Este punto es crucial para considerar la ayuda terapéutica integral.

9.6 FORMACIÓN DE VALORES, REUNIÓN CON LOS JÓVENES CON SUS FAMILIAS A TRAVÉS DEL GRUPO AL-NON Y NARCÓTICOS ANÓNIMOS

Imagen 4. Formación de valores



Fuente: Fotografías tomadas por la estudiante en proceso de prácticas. Clínica la Misericordia
Abril 2017

Trabajo Social unió estos dos grupos de apoyo Al-anon y Narcóticos anónimos con el fin de que las familias y los jóvenes escucharan las experiencias y recibieran los testimonios de otras personas que han vivido similares circunstancias, que llevaron el mensaje de que se puede recuperar la relación familiar y abandonar las drogas con firmes propósitos. Estos grupos brindan ayuda terapéutica para seguir sobrios

o serenos consigo mismo. Durante el encuentro hubo mutua comunicación asertiva entre todos los asistentes, los familiares de pacientes, hicieron muchas preguntas sobre el programa y las maneras en las que pueden llevar la situación.

Durante el encuentro con las familias, jóvenes y los grupos de apoyo, Trabajo Social se encargó de estimular los valores de respeto y confianza dentro de la dinámica que establecen los mismos, asimismo algunas observaciones y sugerencias ante los límites y roles que establecen para la recuperación exitosa del joven y su inserción a la sociedad.

9.6 ACTIVIDAD DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Intervienen y coordinan las estudiantes de psicología y de trabajo social.

Imagen 5. Actividad de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas



Fuente: Fotografías tomadas por la estudiante en proceso de prácticas. Clínica la Misericordia
Mayo 2017

Este programa tuvo como objetivo que los jóvenes identificaran las problemáticas que existen en su familia, en el barrio, en su colegio, donde pervive el consumo de drogas y las afectaciones que estas tienen en su comportamiento, a través de videos relacionados con la adicción, también hubo otra dinámica que consistió en dibujar su barrio o comunidad y lo que viven a su alrededor, logrando que los/as jóvenes tomen conciencia o reflexionen ante estos eventos.

Este encuentro de mutua escucha permitió que los jóvenes reflexionaran sobre las situaciones existentes en su contexto social, en este caso, el tráfico de ventas de sustancias psicoactivas en su comunidad, el consumo de sustancias en su entorno familiar, los problemas que han tenido a causa de la ansiedad al consumo, como son las conductas rebeldes, hurto o atracos a los miembros de su familia y a personas de su barrios y otros barrios aledaños, los estados psicóticos generados por los niveles de consumo.

Imagen 6. Imágenes de su comunidad



Fuente: Fotografías tomadas por la estudiante en proceso de prácticas. Clínica la Misericordia
Mayo 2017

10. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Los resultados analizados en la caracterización socio-familiar, estudio socio-económico entre otras técnicas e instrumentos de investigación social como el diario de campo, grupos focales, entrevistas, relatos de vida fragmentados y documentación bibliográfica, permitieron llevar a cabo este proceso de investigación e intervención social.

En la primera etapa de la investigación, se encontró que la mayoría de los internos por consumo de sustancias psicoactivas pertenece a la población joven, el 31,4% en edades de 14 a 23 de los internos, los restantes pertenecen a pacientes mayores de las edades descritas y por otras patologías psiquiátricas, estos datos fueron obtenidos el año (2016 -2017) ha sido notorio el aumento de jóvenes por abuso de sustancias psicoactivas en la institución más que por patologías psiquiátricas en el 2017.

Se logró identificar los grados escolares deserción y los atraso durante el educativo, el 80% nunca suspendió los estudios de primaria, el 45% ha repetido dos años escolares de secundaria consecutivamente, el 35% ha suspendido los estudios de secundaria, dentro del proceso también se trabajó con 3 estudiantes universitarios y uno técnico. Las encuestas realizadas permitieron que la trabajadora social y la practicante de Trabajo Social, hicieran gestiones con el Sena para que fueran a la Clínica La Misericordia y mostraran los programas que tienen, incentivando a que accedan nuevamente a la educación formal y a la educación superior. Esto no pudo ser posible por falta tiempo y de más gestión, pero se hicieron conversatorios junto con las practicantes de psicología acerca de la importancia a la educación para su realización personal.

Los estratos sociales encontrados durante el proceso están en 1 y 2 entre 55% y 30%, quienes por los resultados están más expuestos al consumo de sustancias

psicoactivas y es la población que más reincide en la Clínica La Misericordia. El acceso a las sustancias no tiene que ver con estratos sociales. Los barrios donde la mayoría de estos jóvenes viven son: de Olaya Herrera y El socorro, aquí el microtráfico de estas sustancias permea en las esquinas de sus casas, en barrios cercanos en 45%, e incluso buscan estas sustancias en el centro histórico de la ciudad de Cartagena el 20%. De la población del estudio.

La relación familiar hallada durante el año social, evidenció la falta de límites en el ámbito familiar, violencia intrafamiliar, falta de cohesión familiar, el abandono por alguna de las figuras paternas y maternas, consumo de drogas en la familia, situaciones vitales críticas o pérdidas de algún miembro de la familia, separaciones que ocupa 45% dentro de los ítems.

Por otro lado para determinar los ingresos y reingresos hospitalarios debido al consumo de sustancias psicoactivas y las afectaciones de estas atendiendo al tiempo e inicio en la adicción y los daños en su comportamientos e revisó con cuidado las respuestas. De los encuestados que llevan de 1 años o más de 3 años consumiendo estas sustancias: krypi, patraciado derivado de la cocaína,, medicamentos psiquiátricos legales como sedatril, diablito rojo, rivotril, marihuana, que existen debates relacionados a esta hierva, entre otros, estas afectan el sistema nervioso central, ocasionan deterioro mental y malestar en su comportamiento, los jóvenes asumen reacciones, como irse de su casa, discutir en exceso con su familia, hurto o robo de objetos de su hogar, intento de suicidio, teniendo como resultado, reiteradas recaídas por más de 3 ingresos en el año.

Los datos analizados permitieron que la estudiante de Trabajo Social abordara la acción profesional, promoviendo los factores protectores a través de actividades, talleres y conversatorios que motivan cambios positivos en los jóvenes junto a sus familias. Se enfatizaron las relaciones afectivas entre familiar y paciente, puesto que las familias son quienes ingresan al joven a esta institución, a su vez son claves

para la recuperación exitosa del paciente, y los hallazgos encontrados en la caracterización socio-familiar permitieron el accionar con las familias, mediante programas de fortalecimiento de vínculos afectivos, grupos de apoyo como son Al-non que tuvo resultados buenos, de las 20 personas que asistieron durante el mes de febrero 2 de estas personas se encuentran asistieron a estos grupos en lugares cercanos a sus casas, asimismo pueden asistir a la institución independientemente que se encuentre interno o no el joven para revisión médica. Por último la historia clínica realizada por la trabajadora social mostró información básica y complementaria de la relación familiar. Escuchar los relatos de los familiares acerca de la situación que viven con los/as jóvenes facilitó la intervención.

Las actividades realizadas con los jóvenes fueron importantes para que ellos reflexionaran acerca de la realidad que viven en su barrio o comunidad y en su vida familiar. Los grupos de apoyo como son la comunidad de Narcóticos Anónimos, tuvo resultados muy significativos, de las 30 personas que decidieron escuchar los conversatorios, 3 de estos se encuentran asistiendo a estos grupos luego de finalizar su días en la Clínica La Misericordia durante el mes de marzo 2017. La construcción de la caracterización de la población estudio con los/as jóvenes, fue exitosa, a pesar que hubo más demora en recolectar información de las mujeres, puesto que es menor el ingreso de estas a la institución.

Aportes desde la práctica profesional

Los múltiples escenarios que trabajo social ejercen en su intervención profesional, aportan estrategias y alternativas para iniciar la intervención en el tema de la adicción y la realidad familiar de este y así transformarla. La intervención interdisciplinar fue un espacio de entendimiento y crecimiento en lo personal y profesional para la realización de actividades y consecución de objetivos psicosociales previstos en la recuperación del adicto/a .Los logros de nuestra

profesión, fueron más evidentes en la interdisciplinariedad debido a los conocimientos de las ciencias sociales, humanas e incluso de la salud.

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema que repercute tanto en el adolescente consumidor, su familia, amistades y el entorno o comunidad en el cual él se encuentra inmerso y los daños generados por los niveles de consumo crea cambios en su comportamiento limitando su desarrollo para poder desenvolverse en la sociedad. Es por eso que el cuidado y protección de la familia hacia los jóvenes constituye un elemento importante para la recuperación de esta población, a su vez deben insertarse a la vida educativa y productiva, y a los programas que ofrece el Estado.

Los elementos señalados de esta investigación permiten destacar algunos aspectos centrales: el carácter contextual del uso de sustancias y los diversos sentidos que éstas cobran en los distintos contextos; la relevancia del uso de sustancias en los procesos de construcción de identidad; y la relación entre el consumo de drogas, como parte de las prácticas juveniles, con los discursos y prácticas sociales o institucionales. Las restricciones del discurso oficial de los gobiernos se sustentan en el consumo, y el mercado de las drogas, más no en el tratamiento, prevención y rehabilitación a los drogadictos prácticamente el sistema de seguridad social los deja a su suerte predecible la calle, la indigencia, la muerte prematura, la pérdida de habilidades y capacidades⁷⁰.

Sin duda, las cifras existentes a nivel nacional apuntan a problematizar el consumo de drogas en los jóvenes; sin embargo, a nuestro juicio queda la impresión que las prácticas que surgen para hacer frente a este fenómeno tienden a problematizar a los jóvenes a partir del tema del consumo. Se agrega así un nuevo foco de

⁷⁰ ECHEVERRIA, Andrés “representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica” Universidad de Chile Escuela de Ciencias Sociales Carrera de Psicología. 2004 P 43

preocupación, intervención y exclusión a este segmento de la población, lo que se hace más patente en el caso de los jóvenes urbanos populares.

El sistemas de salud en Colombia, necesita una reforma profunda que aborde integralmente los problemas de insuficiencia, cobertura, corrupción y oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud; sumándole a ello la necesidad de establecer una estructura financiera sólida que permita ofrecer servicios de calidad a costos razonables a todos los pacientes que requieran de los servicios un adecuado flujo de recursos⁷¹

De esta forma, se concluye que el fenómeno de las drogas es multifactorial con consecuencias para la salud, la educación y la seguridad pública, considerando su prevalencia en los adolescentes. Es necesario nuevos estudios en esta temática con mayor análisis, que permitan continuar profundizando sobre el fenómeno de las drogas en este grupo vulnerable y desarrollar estrategias que contribuyan a la efectiva inserción social de los adolescentes⁷²

⁷¹ NEWBAL, Jiménez, Nacha. Ensayo sobre la crisis de la salud en Colombia. Universidad del Sinú. Ensayo sobre la crisis de la salud en Colombia.2011

⁷² ECHEVERRIA, Andrés “representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica” Universidad de Chile Escuela de Ciencias Sociales Carrera de Psicología. 2004. P 267.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ, Yorleidis. Fortalecimiento de los vínculos afectivos entre jóvenes residentes del CAD MAREA y sus familias, para el restablecimiento de roles y normas desde una perspectiva integradora. 2012 P 22

Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio junio de 2014, este informe ha sido realizado en el marco del convenio suscrito entre la dirección de salud pública y adicciones del departamento de salud del gobierno vasco y el centro de documentación y estudios de la fundación eguía Careag

ECHEVERRIA, Andrés *“representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica”* Universidad de Chile Escuela de Ciencias Sociales Carrera de Psicología. 2004.

ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY EN COLOMBIA 2009. Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Ministerio del Interior y de Justicia República de Colombia, DNE, ICBF.

FECTS. Estatutos: artículo 1. Cali: FECTS, 2009. P. 1. 8 CONETS. *Marco de fundamentación conceptual en Trabajo Social*. Medellín: El CONETS, 2008. p. 27.

Glosario de términos de alcohol y drogas world health organization, gobierno de España, ministerio de sanidad y consumo. Pº del Prado 18. 28014 Madrid 2008. P 14-20

GONZALEZ, Joaquín. Teoría de la complejidad. Instituto Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín, Cuba Miembro de Mérito de la Sociedad Cubana de Física.

MENDOZA, Mórelo Sandra Patricia. Sistematización de la experiencia en el proceso de orientación para la construcción del proyecto de vida de los infantes de marina regulares pertenecientes a la estación naval de tierra bomba (entb) desde la intervención profesional en la base naval arc “bolívar”. 2016 P 29.

MUSTIELES, David. “La Entrevista Psicosocial. Procesos y Procedimientos”. Grupo 5 Acebo Colecciones, LDM Ediciones. Madrid. 2007 P 83.

NEWBALL Jiménez, Nacha. Ensayo sobre la crisis de la salud en Colombia universidad del Sinú (2011)

Reporte de drogas en Colombia ministerio de justicia, observatorio de drogas 2015 P 67.

YAÍRA, Juan Alberto. Drogas, escuela, familia y prevención. Editorial Bonum. 2005
P 23.

ANEXOS

Anexo A. Referente institucional

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

MISIÓN

“La Universidad de Cartagena es un centro generador y transmisor de conocimientos culturales, científicos, tecnológicos y humanísticos. Forma profesionales de alta calidad, dentro de claros valores de justicia, ética y tolerancia, capacitados para promover el desarrollo integral de la región y el país, y competir exitosamente en el ámbito internacional.

VISIÓN

La Universidad de Cartagena, como institución pública de la región Caribe y actor social de desarrollo, liderará procesos de investigación científica en su área geográfica, constituyéndose en la primera Institución de Educación Superior de la Costa de Caribe colombiana; con el mayor número de proyectos de investigación generadores de nuevos conocimientos, con el fin de elevar la competitividad de nuestra región en todo los órdenes.⁷³

La Responsabilidad Social Universitaria implica no sólo la formación de profesionales de alta calidad, sino también la integración de estos a la sociedad; la generación y transmisión de conocimientos y la extensión, que se define como la presencia de la Universidad en aquellas realidades vulnerables en que debe presentarse y actuar.

⁷³ Misión y visión de la Universidad de Cartagena. Recurso virtual disponible en: <http://dmoscote.blogspot.com.co/2011/06/mision-y-vision-de-la-universidad-de.html>

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y
EDUCACIÓN PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN

MISIÓN

Formar integralmente profesionales, en el nivel de pregrado, en Trabajo Social y Comunicación Social, para la generación de conocimiento e interpretación de la realidad tendiente a promover acciones hacia una sociedad más solidaria, justa, humana y pacífica. De igual manera, desarrolla procesos de formación continua y posgraduada en áreas de las Ciencias Sociales y de la Educación posibilitando la transformación socio-política y educativa, en la localidad, la región y el país fundamentándose en una gestión co-participativa y en la articulación de la investigación, la docencia y la proyección social.

VISIÓN La Facultad de Ciencias Sociales y Educación será reconocida, en el año 2020, como la Unidad Académica que, generando conocimiento e interpretando la realidad social, lidera académicamente los procesos de formación de profesionales en Ciencias Sociales y Educación, a nivel de pregrado y postgrado, y por sus aportes a la transformación socio-política y educativa de la región Caribe colombiana y del país, mediante la investigación, como eje articulador, una docencia de excelencia, la responsabilidad social de la proyección, soportados en una cultura organizacional para su gestión.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y
EDUCACIÓN PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

MISIÓN El programa de Trabajo Social tiene como misión la formación de trabajadores/as sociales con alta calidad profesional, capaces de intervenir de manera responsable y creativa en espacios y proyectos de interacción social en la localidad, la región y el país, en razón de su sólida fundamentación epistemológica, ética, política, teórica y metodológica, a partir de procesos académicos flexibles, investigativos, de docencia problematizadora, de proyección social y compromiso con el desarrollo humano integral.

VISIÓN El Programa de Trabajo Social, en concordancia con la Visión de la Universidad de Cartagena, se propone mantenerse hacia el año 2020 como el programa líder en la formación de Trabajadores(as) Sociales en la región del Caribe Colombiano; ser reconocido en Colombia y América Latina por el desempeño profesional de sus egresados, la solidez en su labor investigativa, la pertinencia de su proyección en el contexto, la calidad y compromiso de su cuerpo docente y la idoneidad como órgano consultor de entidades estatales y no gubernamentales en la formulación de políticas y planes de desarrollo social.⁷⁴

⁷⁴ Misión y visión del programa de Trabajo Social. Recurso virtual en: <http://cienciassocialesyeducacion.unicartagena.edu.co/programas-academicos/trabajo-social/axiologicos>

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y
EDUCACIÓN PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN SOCIAL Y PRÁCTICAS FORMATIVAS

Al interior de la Facultad se encuentra ubicado el departamento de gestión social y prácticas profesionales, el cual está encargado de coordinar a los y las estudiantes de trabajo social y comunicación social que realizan prácticas en los diferentes niveles.

MISIÓN

Consolidar estrategias de proyección social fundamentadas en la misión y visión institucional y en el estudio y demanda del contexto, con incidencia en la formación de estudiantes de pregrado y post grado, en la construcción de conocimiento, en el desarrollo de procesos de desarrollo humano y en la formulación de prácticas públicas a través de redes académicas y sociales.

VISIÓN

En el año 2011 el departamento de gestión social y prácticas profesionales, será una dependencia con reconocimiento al interior de la Universidad de Cartagena y fuera de ella por sus aportes a la formación de profesionales con gran sentido social, su pertinencia en la formulación de proyectos de desarrollo humano sostenible y su contribución a procesos de investigación de impacto local y regional”⁷⁵ .

⁷⁵ Para más información, recurso electrónico disponible en: : www.unicartagena.edu.co.

Anexo B. Campo de prácticas: Clínica la Misericordia



En la primera parte de este proyecto de investigación, daré a conocer la historia de la clínica, sus objetivos transversales, su misión y su visión, de esta manera puedo mostrar cuál ha sido la trascendencia que esta institución ha tenido en la ciudad de Cartagena, mostrando de qué manera la clínica trabaja con sus pacientes en la mejora de su salud mental.

“Fundación Simón Santander, durante sus ocho años de servicio en la ciudad de Cartagena y su área de influencia, con el antiguo pero efectivo concepto de la salud mental integral, evidenció la necesidad de optimizar el servicio creando una clínica que pueda brindar unos servicios de atención integral y neurociencias a sus pacientes. Es por eso que su equipo científico y administrativo decidió crear CLINICA LA MISERICORDIA, enmarcado en la misión del mejoramiento continuo en la atención en salud mental integral y neurociencias de Colombia y la Región Caribe”. Por lo tanto la clínica la misericordia “Es una unidad terapéutica de corta, media y larga estancia para la observación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos, mediante servicios de atención integral y neurociencias a sus pacientes de enfermedades agudas o crónicas, con programas terapéuticos especializados”(Clínica la Misericordia)⁷⁶

La institución lleva aproximadamente 4 años de servicio, cuenta dentro de sus programas, con una diversidad de estos, enfocados a la atención de pacientes y

⁷⁶ Para más información recurso electrónico disponible en: <http://www.lamisericordiacartagena.com.co/quienessomos.html>

familias con problemas o enfermedades de salud mental, también con un equipo interdisciplinar que fortalece el proceso de intervención. Los programas son los siguientes⁷⁷:

1. Manejo de patologías psiquiátricas adultos y niños.
2. Manejo de adicciones de sustancias psicoactivas.
3. Manejo de adicciones comportamental.
4. Investigación clínica.
5. Trastornos del déficit de atención e hiperactividad.
6. Vigilancia de la conducta suicida.
7. Grupo de apoyo a pacientes.
8. Salud mental y empresarial.
9. Grupo de apoyo a pacientes.
10. Apoyo a la familia de pacientes
11. Peritaje médico legal
12. Terapia de familia

Visión:

En el 2020, ser reconocidos por su calidad, compromiso, ética y mejoramiento continuo como centro de referencia en el país en la prestación de servicios de salud mental, integral y neurociencias.

Misión:

CLINICA LA MISERICORDIA, tiene como misión brindar a la comunidad servicios especializados de salud mental integral, enmarcados en la filosofía del mejoramiento continuo de la calidad, la ética y la dignidad humana.

⁷⁷Clínica la Misericordia. Recurso virtual en:
<http://www.lamiserordiacartagena.com.co/quienessomos.html>

Objetivo General:

Brindar una atención con calidad a las personas con problemas de salud mental y/o psicopatologías generales a través de un modelo de atención integral y personalizada que privilegia la calidad humana en el tratamiento de usuarios y familias en un ambiente terapéutico⁷⁸.

En la institución, las problemáticas de salud mental y/o psicopatológicas más recurrentes, son: pacientes con trastornos bipolares, obsesivo-compulsivo, afectivo-bipolar, esquizofrenia- paranoia, trastorno psicótico, depresión, hostilidad, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas, quienes tienen estadía de aproximadamente 5 a 15 días para la observación, diagnóstico y tratamiento de este.

El consumo de sustancias psicoactivas, se convierte en un elemento importante y clave durante el proceso de intervención; mensualmente ingresan a la institución, un promedio de 45 pacientes, entre hombres y mujeres, con un rango de edad de 11 a 52 años; estas personas, presentan conductas depresivas, ansiedad, y dado el tiempo que llevan consumiendo estas sustancias, presentan un alto deterioro mental, a su vez también existen los pacientes dual, quienes tienen algún tipo de trastorno psiquiátrico y por consumir sustancias psicoactivas agravan la enfermedad. En este sentido, todo paciente que finalice su proceso de desintoxicación y quiera su rehabilitación, debe tener la autorización del psiquiatra encargado y la orden de la Eps a la que esté afiliado .Este proceso dura aproximadamente 3 meses para alcanzar la recuperación de las personas (desintoxicación, rehabilitación y reintegro a la sociedad).

⁷⁸ Clínica La Misericordia. Recurso virtual en: <http://www.lamisericordiacartagena.com.co/quienessomos.html>

El acceso a la Clínica La Misericordia, no tiene ningún tipo de restricción, las personas pueden entrar a los programas, sin importar su religión, postura política, etnia, sexo, edad, idioma y origen social. Cuando un paciente fármaco desea ingresar a la clínica, debe no haber consumido por más de 75 horas algún tipo de sustancia psicoactiva, esto es necesario para prever que el paciente esté consciente para realizarle el tratamiento que designe el psiquiatra. Otro elemento que caracteriza a esta clínica, es que el paciente tiene la voluntad de seguir o no el tratamiento terapéutico, esta decisión debe estar respaldada por los familiares, de esta manera para el desarrollo exitoso de su recuperación y reintegro social, el paciente debe tener la voluntad de hacer las cosas, sin que nadie lo obligue.

Dentro de la Clínica la Misericordia, el profesional de Trabajo Social⁷⁹ está encargado de identificar las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, además de identificar las redes familiares, sociales y promover la utilización de los recursos disponibles, orientados a la recuperación de la salud y a la participación de los individuos, grupos y comunidades. Dentro de sus funciones, nuestra profesión trabaja y acciona desde el área de atención asistencial y operativa.

Descripción de funciones esenciales

1. Recepcionar, tramitar y hacer seguimiento permanente a las diferentes peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios. asimismo, ser oportuno y claros en la respuesta a los mismos.
2. Brindar a los usuarios información veraz, oportuna y de calidad sobre la forma de acceder a los servicios de salud, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado.

⁷⁹ Funciones de Trabajo social en la Clínica La Misericordia. Recurso virtual en: <http://www.lamisericordiacartagena.com.co/quienessomos.html>

3. Solucionar y orientar problemas y/o situaciones socio-familiares y económicos que afectan la salud de los pacientes.
4. Asesorar a los usuarios con el fin de conocer su percepción sobre la prestación de los servicios y así establecer acciones de mejora.
5. Realizar encuestas a los usuarios con el fin de conocer su percepción sobre la prestación de los servicios y hacer establecer acciones de mejora.
6. Promover y garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y la normatividad vigente.
7. Desarrollar informes de las actividades desarrolladas.
8. Determinar acciones de retroalimentación para mejorar o mantener la calidad de prestación de los servicios en la institución.

Trabajo social asistencial prevé la realización de:

1. La Historia clínica socio familiar de ingreso de acuerdo al protocolo establecido por la institución.
2. Ejecutar reuniones familiares de acuerdo a problemáticas psico-familiares detectadas y como complementos a la psicoterapia familiar.
3. Remitir casos de acuerdo a la naturaleza del problema psicosocial a instituciones externas.
4. Proponer la psico-educación a los familiares, de acuerdo al programa de prevención y promoción para solucionar estudios especiales.

Perfil de competencias

Conocimientos específicos

- Entrenamiento en soporte vital básico
- Certificado de formación en atención de víctimas de violencia sexual.
- Certificado de formación en la competencia para la atención del paciente de salud mental.
- Conocimiento básico en la normatividad vigente, sistema de seguridad social en salud,

- Herramientas de sistemas de información, herramientas o instrumentos propios de trabajo⁸⁰.

⁸⁰ Funciones de Trabajo social y competencia en el área de la salud. Recurso virtual en: <http://www.lamiserordiacartagena.com.co/quienessomos.html>

Anexo C. Formato de asistencia a actividades terapéuticas

 <p>CLÍNICA LA MISERICORDIA SALUD MENTAL INTEGRAL Y NEUROCIENCIAS</p>	CONTROL DE ASISTENCIAS	Código: GC-Fr-003
		Versión: 01
	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Fecha:
		Página 3 de 3

FECHA		HORA DE INICIO	HORA FINAL
FACILITADORES			
N °	NOMBRE PACIENTE/NOMBRE DE FAMILIAR	CEDULA	FIRMA

Anexo D. Historia clínica de trabajo social



FECHA:

HORA:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

OCCUPACIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA:

INFORMACIÓN FAMILIAR (PERSONAS CON LAS QUE VIVE)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCCUPACIÓN

INFORMACIÓN DE VIVIENDA (DESCRIPCIÓN):

SERVICIOS PÚBLICOS:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Anexo E. Formato de encuesta sobre características, familiares, económicas, sociales en los jóvenes internos en La Clínica La Misericordia (2016).

Esta encuesta permite conocer las características sociales, familiares y económicas de cada joven que se encuentra hospitalizado en la Clínica La Misericordia.
 Tiempo aproximado: 20 min. - No debe presentarse en blanco. Marcar con X.

NOMBRE Y APELLIDOS	SILVANO ROBERTO SOLÍS						EDAD	4
MUNICIPIO-CUADRA	SANTO DOMINGO - CUBA						TELÉFONO	
GRADUACIÓN COMPLETA	SIN GRADUACIÓN COMPLETA						Nº DE HERMANOS	4
RANGO DE EDAD	10-14 AÑOS	15-18 AÑOS	19-21 AÑOS	22-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS		
GÉNERO	MUJER	HOMBRE	TRANS	GAY	TRANSSEXO	OTRO		
ESTADO	1	2	3	4	5	6	7	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	SEPARACIÓN	UNION LIBRE	VIUDA			
ESCOLARIDAD DEL JOVEN Y GRADO EN EL CUAL QUEDÓ O ESTÁ	SIN ESCOLARIDAD	PRIMARIA INCOMPLETA GRADO	PRIMARIA COMPLETA GRADO	SECUNDARIA INCOMPLETA GRADO	SECUNDARIA COMPLETA	TÉCNICO	UNIVERSITARIO 3º	
ESCOLARIDAD DEL PADRE	SIN ESCOLARIDAD	PRIMARIA INCOMPLETA GRADO	PRIMARIA COMPLETA GRADO	SECUNDARIA INCOMPLETA GRADO	SECUNDARIA COMPLETA	TÉCNICO	UNIVERSITARIO 4º	
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	SIN ESCOLARIDAD	PRIMARIA INCOMPLETA GRADO	PRIMARIA COMPLETA GRADO	SECUNDARIA INCOMPLETA GRADO	SECUNDARIA COMPLETA	TÉCNICO	UNIVERSITARIO 6º	

DESECCIÓN ESCOLAR O A TRÁSA DURANTE EL PROCESO EDUCATIVO

	NUNCA	UN AÑO	DÓS AÑOS	TRES AÑOS	MÁS DE TRES AÑOS	CIENCO O MÁS AÑOS
HE REPETIDO AÑOS ESCOLARES(PRIMARIA)	X					
HE REPETIDO AÑOS ESCOLARES(SECONDARIA)		X				
HE SUSPENDIDO LOS ESTUDIOS(PRIMARIA)	X					
HE SUSPENDIDO LOS ESTUDIOS(SECONDARIA)		X				
INGRESOS FAMILIARES	SALARIO MÍNIMO	(+) SALARIO MÍNIMO	(+) DOS SALARIOS MÍNIMOS	(+) DOS SALARIOS MÍNIMOS	TRES SALARIOS MÍNIMOS	(+)TRES SALARIOS MÍNIMOS
MADRE	X					
PADRE			X			
JOVEN-SITUACIÓN LABORAL	DESEMPLEADO	EMPLEADO	EMPLEO INFORMAL	NO APLICA		
SITUACIÓN FAMILIAR						
	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA			
ESTOY SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO PROBLEMAS		X				
EN MI FAMILIA CONVERSAMOS SOBRE LOS PROBLEMAS FAMILIARES	X					
TAL VEZ LOS PROBLEMAS SE RESUELVAN EN FAMILIA		X				

ESTOY SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE PASO EN FAMILIA	<input checked="" type="checkbox"/>					
SIENTO QUE MI FAMILIA ME QUIERE	<input checked="" type="checkbox"/>					

ANTECEDENTES FAMILIARES	¿PRESENTA UN MIEMBRO DE SU FAMILIA ALGUNA ENFERMEDAD?				ENFERMEDAD (FÍSICA O MENTAL)	
	SI	NO	NO	X		
¿POSEO ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD?						
LA CONVIVENCIA CON MIS FAMILIARES ES	MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	FALLECIDO	NO APLICA
LA RELACIÓN CON MIS HERMANOS ES	MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	FALLECIDO	NO APLICA
LA RELACIÓN CON MI PADRE ES	MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	FALLECIDO	NO APLICA
LA RELACIÓN CON MI MADRE ES	MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	FALLECIDO	NO APLICA
MALTRATO DE PADRE A HIJO	NO APLICA	NUNCA	CASI NUNCA	NEUTRO	FRECUENTE	SIEMPRE
MALTRATO VERBAL	NO APLICA	NUNCA	CASI NUNCA	NEUTRO	FRECUENTE	SIEMPRE
ABUSO SEXUAL FAMILIAR	NO APLICA	NUNCA	CASI NUNCA	NEUTRO	FRECUENTE	SIEMPRE
MALTRATO VERBAL	NO APLICA	NUNCA	CASI NUNCA	NEUTRO	FRECUENTE	SIEMPRE

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS				¿QUANTO TIEMPO CONSUME AL DÍA?
¿HE CONSUMIDO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ALGUNA VEZ?	SI	NO	¿CÓMO?	¿QUANTO TIEMPO CONSUME AL DÍA?
			POR SEMANA POR MES POR AÑO	
		<input checked="" type="checkbox"/>	3 veces a la semana	3 veces a la semana

EXTASIS						
MDA						
HEROINA						
MARIHUANA		<input checked="" type="checkbox"/>				
KRUPY		<input checked="" type="checkbox"/>				
ANFETAMINA CRISTAL		<input checked="" type="checkbox"/>				
PATRACIAD		<input checked="" type="checkbox"/>				
COCAINA		<input checked="" type="checkbox"/>				
OTRA CUAL?		<input checked="" type="checkbox"/>				
OTRA CUAL?		<input checked="" type="checkbox"/>				
OTRA CUAL?		<input checked="" type="checkbox"/>				

Una sola vez en cinco días
 Una vez a la semana
 Una vez al día
 Una vez al día
 Una vez al día
 Una vez al día

heido
 Consume
 heido 1-5
 días

Anexo F. Entrevista a pacientes jóvenes recepcionados en La Clínica La Misericordia.

Es la segunda vez que estoy en esta clínica, la primera fue por desintoxicación, me estaba poniendo muy flaca y mis papas se estaban preocupando mucho por mí y por eso me trajeron acá, y ahora rehabilitación que son 3 meses y los quiero cumplir porque no quiero seguir así. Vivo en Manga llevo 4 años (desde los 14) de estar consumiendo marihuana y pepas (rivotril, calmantes, lo hice porque andaba con un grupo todo nerd tu sabes del colegio, y mejor me quise poner con unos amigos más chéveres y ellos consumen, me dijeron que si quería y les dije que sí. Desde ahí comencé a perder clase me iba para el centro a fumar mis papas no me decían nada, voy y vengo a la hora que yo quiera, ellos pasaban muy ocupados y pasaba sola con mis dos hermanas, mi mama es comerciante y diseñadora de interiores y mi papá también es comerciante, pero ellos siempre nos han dado todo, yo les pido plata y me la dan, con mi mama me llevo mejor que con mi papa, es muy seco a veces. Me han cambiado de colegios privados 3 veces y quede en 8vo grado, ahora quiero validar porque quiero entrar a la universidad a estudiar comunicación social.

(Gabriela, joven de 18 años, 2016)

Es la primera vez que ingreso a esta clínica y estoy en proceso de rehabilitación, había estado en otra que queda en Turbaco, vivo en Olaya sector 11 de noviembre y ese barrio si es peligroso. Llevo 4 años consumiendo, solo llevaba 2 días de consumir porque después no me dejaban entrar acá. Empecé a consumir por curiosidad solo Perico con unos amigos, pero esa vaina pone a uno mal y no puedo hacer más nada porque el cuerpo me lo pide, dura 20 minutos en el organismo. Mi papa es vendedor ambulante de peto y mi mama trabaja en un restaurante en San Diego, ellos han estado muy mal al verme así, como pasaba solo en casa porque soy el último de 4 hermanos y ya todos están casados y me ponía a fumar ahí mismo. Tuve una mujer y ella no sabía que consumía, cuando se enteró se dañó la relación y terminamos. Termine el colegio pero no seguí estudiando, así que ahora solo trabajo moto taxi y quiero salir adelante dejar el perico y trabajar en otras cosas en una empresa.

(Oscar, joven 21 años, 2016)

Es la segunda vez que ingreso aquí en esta clínica, siempre me trae mi mama pero vengo calmado, yo vivo en el milagro, quedo por Blas de Leso. Empecé a consumir desde los 14 años pepas, marihuana cripi, llegaba a las canchas a consumir, no iba al colegio quede en séptimo grado, sino que me iba para otros barrios a fumar y a pelear, barrios como vista hermosa, la reina, san pedro, cada vez que e veían por allá una pelea segura. Mi papa es conductor y mi mama ama de casa y vende cerveza, tengo 2 hermanos uno que está en quinto y el otro en sexto grado, pero ellos si se portan bien. Mi relación con mis papas era buena, pero tenía más confianza con un tío que llevaba a todas partes y lo mataron de 2 tiros hace dos años y eso me deprimió mucho y empecé a consumir. Quiero terminar mis estudios, ponerme a trabajar para ayudar a mis hermanos, tengo un recuerdo muy bonito de mi tío cuando íbamos a playa, a pasear y con mis amigos cuando estábamos buenos y sanos jugábamos bastante y manejábamos bicicleta, pero ahora ellos están más perdidos que yo.
(Ismael, joven 16 años, 2016)

Estoy aquí por desintoxicación, he ingresado 5 veces a esta institución acompañado de mi mamá, vivo en la Candelaria, empecé desde los 11 años a consumir marihuana, cripi, perico, pepas, pero antes de eso comencé con un cigarrillo cuando vivía en Venezuela con mi papá y mi abuela, cogí el tabaco y fume. Mi mama tiene un puesto de comida y yo vivo con ella, y mi papá fue soldado, vino loco de prestar el servicio porque le mataron sus amigos en el combate y pasaba fumando cigarrillo solo eso; ellos no viven pero han estado pendiente de mí, siempre me han regañado y pegado por portarme mal, le iban diciendo a mi mama que no entraba al salón, me ponía a jugar por ahí, por eso deje el colegio cuando estaba en sexto grado. No estoy seguro de continuar mis estudios, pero si quiero dejar de fumar, pórtame bien y dejar las malas amistades que ellos también si están perdidos. Me gustaban mucho las matemáticas, arreglar bicicletas y manejar moto aunque una vez me estrelle. Recuerdo cuando estaba en Venezuela y mi abuela me compraba cosas y tíos me llevaron a cine aunque solo fue una sola vez.
(José , joven de 16 años, 2016)

Es la segunda vez que ingreso a esta clínica pero solo por desintoxicación por voluntad propia, esta segunda tenia cita después de un año de haber estado aquí, me hicieron una prueba y salió positiva en marihuana así que me dejaron acá. Vivo en escallon villa por el 11 de noviembre, consumo desde los 13 años cripí y marihuana, el cripí es lo mismo pero tiene un químico más fuerte. Lo hice por ver a mis amigos que tenían tiempo de estar consumiendo. Mi mamá es ama de casa y es estilista, mi papa trabajo en una empresa de chicles de Colombia y esta pensionado de ahí. Anteriormente pasaba peleando en el colegio y con mis papas, en la calle, tomaba mucho, andaba descontrolado, robaba andaba perdido en pandillas de barrios como Olaya y sus sectores flaco y feo. Entre en razón como a los 20 años. Logre terminar el bachillerato validando y estudie auxiliar de cocina en la corporación CDA, Sena técnico y trabaje en un restaurante a los 19 años, luego me fue a Bogotá a trabajar y logre trabajar en un restaurante de comida sushi, luego se me acabo el contrato y nuevamente comencé a robar para sobrevivir eso fue a los 22 años. He sido pelionero desde los 10 años, iba a psicología más de 15 veces al mes, me calme por lo que mi mama sufre del corazón y eso me ha dado muy duro. Otro de los factores que me hicieron recaer y que no he podido superar fue cuando a los 19 años tenía una novia que por estar tomando en una discoteca la empuje y aborto él bebe por mi culpa, eso fue hace 4 años y no he podido establecer una relación por eso, lo que también me hizo fumar más y más, veía todo negro, dure un mes sin comer, pero ya he cambiado, llego temprano a casa, le hago caso a mis papas, con toda la seriedad del caso a trabajar y dejar las malas amistades. Recuerdo de mi infancia cuando iba al campo a visitar a mi abuela en san Bernardo y me gustaba mucho los animales, no me arrepiento de nada de lo que he hecho, porque si no fuera por esto no fuera aprendido nunca nada, la vida es una sola.

(Kleiber X, joven de 23 años, 2016)

PST: Hace aproximadamente 1 mes ingresó nuevamente en estado psicótico, delgado con ideas que alguien lo persigue, diagnosticado por psiquiatría trastorno de comportamiento debido al abuso de sustancias psicoactivas.