

RESIGNIFICACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO
DEL RESIDENTE DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO DE
VIDA FAMILIAR EN LA CORPORACIÓN HOGARES CREA DE
COLOMBIA REGIONAL BOLÍVAR.



2005

2

**RESIGNIFICACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO
DEL RESIDENTE DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO DE
VIDA FAMILIAR EN LA CORPORACIÓN HOGARES CREA DE
COLOMBIA REGIONAL BOLÍVAR.**

CLEINER GARCIA TEJEDOR

INFORME DE GESTIÓN

AMELIA SEGRERA LOPEZ

Trabajadora Social
Docente Asesora

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN SOCIAL Y PRÁCTICA FORMATIVA

SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL II

CARTAGENA DE INDIAS

2005

T.
362.82
G246

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
FORMA DE ADQUISICION
Compra _____ Donación _____ Capita _____ U. de C. X
Precio \$ 10.000 Proveedor _____
No. de Acceso 99572 No. de ej. _____
Fecha de ingreso: DD 04 MM 04 AA 06

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

3

Mis más sinceros agradecimientos por colaboración y ayuda brindada en todo este proceso.

Sobre todos a JESUS, MI AMIGO Y SALVADO, pues ha dado sentido a mi vida, con quien conté cada día y en los momentos de mayor dificultad y me animó con su promesa *"No temas yo estoy contigo, no desmayes Yo soy tu DIOS, con la diestra de mi justicia siempre te sostendré, porque te tengo grabada en mi corazón"*. Isaías 41: 10.

A mis padres quienes con todo su amor cultivaron en mí grandes aspiraciones e incondicionalmente me han acompañado cada semestre en volver realidad este sueño.

A mis hermanos quienes con su confianza y cuestionamientos motivaron en mí ser cada día para poder brindarles apoyo en el momento oportuno.

A toda mi familia que desde el inicio supo que podía lograrlo y no me daría por vencida.

A mis compañeras y amigas de semestre con quienes aprendí cosas importantes y soñaba en como sería nuestra vida después que obtuviéramos el título motivándonos para seguir adelante.

A la docente Amelia Segretera López, que con su calidad humana y conocimientos me oriento y facilito que en el momento más crítico tuviera la confianza de continuar adelante.

A la profesora Maria del Pilar Morad que me enamoro de trabajo social familiar y me permitió visualizarme como profesional en el futuro.

Al señor Miguel Desmoineaux Romero, quien desde el inicio me enamoro del trabajo con el adicto y su familia lo que signo un mayor compromiso con mi papel en la institución.

A la psicóloga Verónica Patrón Díaz por plantearme retos que bebía afrontar sin los cuales no hubiera podido finalizar mi proyecto académico.

Al señor Raúl Edna Rodríguez, por orientarme en el conocimiento del mundo del adicto y entrenarme como profesional resuelta, en sus palabras berraca.

A Iván Alvear Meléndez y Saida Liñan que me permitieron ver lo hermoso de comprender la personalidad humana en su esencia.

Y a mis demás compañeras por su colaboración y apoyo brindado.

AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES

A la Universidad de Cartagena por brindarme la oportunidad y orientar mis procesos de formación profesional de alta calidad dentro de valores para promover el desarrollo integral.

A la Facultad de Ciencias Sociales y Educación, en su programa de Trabajo Social por todo el apoyo brindado durante el proceso de prácticas.

A la Corporación Hogares Crea de Colombia Regional Bolívar por el conocimiento brindado, al equipo del Distrito por estar presto a colaborar durante el proceso de practica.

CONTENIDO

	pág.
PRESENTACION	
1. CONTEXTUALIZACION DE LA EXPERIENCIA	15
1.1. ANTECEDENTES	15
1.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL	16
1.2.1. Historia	16
1.2.2. Razón social	17
* Misión	17
* Visión	18
* Filosofía	18
1.2.3. Particularidades de hogar crea, inc	21
* Objetivos de hogares crea	22
1.2.4. Características generales	22
* Localización	23
* Cobertura	23
* Servicio que ofrece	23
* financiamiento	23
1.2.5. Principios de atención	24
* Áreas de atención	25
1.2.6. Proceso de tratamiento	26
* Primera fase	26
* Segunda fase	26
* Tercera fase	27
* Cuarta fase	27
1.2.7. Estructura administrativa	27
* Área profesional y de formación	27

* Área de servicios	27
* Área administrativa	27
* Organigrama	28
1.3. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y CONCEPTUALES	29
1.3.1. La farmacodependencia	29
* Categorías de consumo	31
* Patrones de consumo	34
1.3.2. Trabajo social clínico	36
* La rehabilitación en adicciones	36
* La comunidad terapéutica	38
* Terapia familiar	41
* Terapia individual	41
1.3.3. Conceptualización sobre la familia	42
* Funciones de la familia	43
* Teoría estructural-funcionalista de la familia.	46
1.3.4. Teoría general de sistemas	47
* Teoría de sistemas aplicada a la familia	47
* Consideraciones de la terapia familiar sistémica	49
* Modelos de terapia familiar para el tratamiento	50
* Subsistemas de la familia	52
* Ciclo vital de la familia	53
* La familia en crisis	55
* Tipología de las familias del adicto	56
1.3.5. Teorías del desarrollo de la personalidad	56
* Teoría de erik h. Erikson	59
* Teoría de análisis transaccional	62
* Teoría de la comunicación humana	65
1.3.6. Aspectos personales relacionados con el ...	67
* Abuso de drogas en la adolescencia	69

1.4. MARCO LEGAL	70
1.4.1. Áreas de derecho	73
* Derecho a la vida y a la supervivencia	73
* Derecho al desarrollo	73
* Derecho a la protección	73
* Derecho a la Participación	74
2. PROCESO DE INTERVENCIÓN	73
2.1. EVALUACIÓN DE NECESIDADES	75
2.2. ANALISIS DOFA	78
2.2.1. Fortaleza	78
2.2.2. Debilidades	79
2.2.3. Oportunidades	80
2.2.4. Amenazas	80
2.3. PRÁCTICA PROFESIONAL EN HOGARES CREA	81
2.3.1. Líneas de acción en la práctica	81
2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	82
2.4.1. Características del adicto	83
2.4.2. Caracterización de las familias	84
2.4.3. Características a nivel social	86
2.5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	87
2.5.1. Propuesta: resignificación del papel de las familias	87
2.5.2. Justificación	89
2.5.3. Objetivo general	91
* Objetivos específicos	91
2.6. PARADIGMA DE INTERVENCIÓN	92
2.7. METODOLOGIA	93
2.7.1. Método	94
2.8. PLAN DE ACCIÓN	95
2.9. ROLES DEL TRABAJADOR SOCIAL	100
2.9.1. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL	101

2.9.2. PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL	101
2.10. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ADICC	102
2.10.1. Procesos generados por trabajador social	106
2.10.2. Implementación de socioeducativas	106
2.10.3. Experiencia personal	112
* Competencias profesionales desarrolladas	112
2.10.4. Limitantes del proceso	113
2.10.5. Retos del trabajador social en Hogares Crea	114
2.10.6. Aciertos	114
2.11. CONCLUSIONES	117
2.12. RECOMENDACIONES	118
2.12.1. A la familia	118
2.12.2. A la institución	120
2.13. RECURSOS	122
2.14. CRONOGRAMA	
2.15. PROPUESTA DEL PROYECTO VIDA FAMILIAR	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Procedencia de los adolescentes	
Tabla 2. Edad de los adolescentes.	
Tabla 3. Composición familiar	
Tabla 4. Nivel de escolaridad	
Tabla 5. Edad de inicio en el consumo	
Tablas 6. Motivo del consumo	

11

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Procedencia de los adolescentes	
Figura 2. Edad de los adolescentes.	
Figura 3. Composición familiar	
Figura 4. Nivel de escolaridad	
Figura 5. Edad de inicio en el consumo	
Figura 6. Motivo del consumo	

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Actividad "cometa de ilusiones"	
Anexo 2. Instrumento de PLATIN	
Anexo 3. Instrumento de estudio sociofamiliar	
Anexo 4. Instrumento de entrevista a la familia	
Anexo 5. Instrumento de historia de vida	
Anexo 6. Instrumento de registro del proceso de intervención social	

PRESENTACION

En el presente informe de gestión titulado, Resignificación del papel de la familia en el tratamiento de su residente desde la construcción de un proyecto de vida familiar en la corporación Hogares Crea de Colombia Regional Bolívar, inicialmente se realiza la contextualización de la experiencia en la Corporación, partiendo de los antecedentes de la práctica y teniendo en cuenta los fundamentos epistemológicos, conceptuales y legales; Para construir el marco se recurrió a la revisión bibliográfica sobre farmacodependencia, a la consulta de instituciones y expertos en el tema y a la orientación y asesoría de profesionales en el área de las ciencias sociales, especialmente de Trabajo Social.

Luego se hace una descripción detallada del proceso de intervención, el cual se desprendió de la realización de un análisis crítico de las necesidades, actividades de la institución y de la población atendida; se identificaron sus características retomando el desarrollo de la farmacodependencia, haciendo contrastes con los conceptos teóricos emitidos para dar mayor validez a experiencia, incluyendo los lineamientos legales sobre el menor. Seguido se expone la propuesta de intervención como una respuesta oportuna y eficaz, relacionada con el comprometimiento de la familia en el logro del proceso de reeducación de los usuarios pertenecientes al programa. Se efectúa la descripción del problema, objetivos, justificación, objetivos, el paradigma, metodología y el plan de intervención.

Finalmente se dan a conocer los roles, las funciones e intervenciones realizadas, los procesos generados en el cumplimiento de las funciones como trabajadora social de Hogares Crea en el presente año; al igual que los resultado a manera de conclusiones y la recomendaciones debidas a la institución y a la familia como un aporte de profesional de trabajo social.

CAPITULO 1. CONTEXTUALIZACION DE LA EXPERIENCIA

1.1. ANTECEDENTES

La Universidad de Cartagena desde la su Facultad de Ciencias Sociales y Educación en su programa de trabajo social, plantea La Práctica profesional como el espacio pedagógico de formación del Trabajador Social donde se propicia el contacto, construcción y reconstrucción de la realidad a partir de la reflexión, análisis y conceptualización de los diferentes procesos y problemáticas sociales. También donde se genera el desarrollo de habilidades y destrezas en el manejo de métodos y técnicas de acción profesional, y la aplicación de conocimientos teóricos a fin de intervenir para mejorar la realidad procurando el bienestar social, desde la perspectiva de mejoramiento de oportunidades y la vinculación de la Universidad y la profesión al contexto social en el que se enmarca.

La práctica profesional como parte de la formación del trabajo social se ubica en un espacio social acorde a la formación integral, al perfil profesional y las problemáticas sociales del contexto, tendiente a fortalecer la investigación, el desarrollo educativo y social desde el alma mater. Como estrategia pedagógica teniendo en cuenta la pertinencia y el compromiso con el desarrollo humano en el contexto pretende que se generen procesos de cambios en la población atendida para mejorar las condiciones sociales del contexto local.

Mediante esta se forman trabajadores sociales capaces de intervenir de manera responsable y creativa en espacios y proyectos sociales, pues se basa en una fundamentación epistemológica, ética, política, investigativa y metodológica.

La practica se constituye en una estrategia eficaz de validación de conocimientos teóricos a partir del entrenamiento en el uso de métodos y herramientas de investigación y de la acción profesional y el desarrollo de condiciones personales en el estudiante a fin de promover procesos de cambio, presentación de alternativas de acción que transformen la realidad, la construcción de nuevos conocimientos a través de la experiencia, el afianzar la identidad profesional, aumentar el sentido de pertenencia y la proyección profesional en el contexto, el desarrollo de habilidades y destrezas para identificar, formular, intervenir, evaluar y sistematizar proyectos sociales, de manera que se integra la practica investigativa, la reflexión científica y la aplicación de los diferentes metodologías.

1.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.2.1. Historia El primer Hogar Crea como casa de reeducación de adictos, nace en Puerto Rico en el año de 1968, cuando el señor JUAN JOSE GARCIA RIOS el 28 de mayo, la constituye para Prevención y Tratamiento de la adicción. En Colombia, es la señora ROSITA BARRERA de TCHRASSI quien establece la institución en la ciudad de Barranquilla en Septiembre 14 de 1983, conformando el primer Comité Timón, del cual era la presidente, HOGAR CREA CARTAGENA DE INDIAS. Tres años mas tarde se funda en Bucaramanga, luego Manizales y por ultimo en Santa Marta, todos ellos constituidos legalmente, de naturaleza privada y sin animo de lucro.

El programa llega a Cartagena mediante personas reconocidas y de buena voluntad. Es fundado el 23 de Abril de 1991, después de haber vencido ciertos prejuicios y obstáculos presentados por los habitantes del barrio cresco. El Hogar Crea Cartagena de Indias comienza con diez adultos, y el equipo terapéutico que había iniciado su tratamiento en la ciudad de Barranquilla, todos eran de origen cartagenero.

La inauguración del programa oficialmente se realizó el 22 de octubre del mismo año, con la presencia de representantes de la Corporación Crea a nivel Local, Departamental, Nacional y de otros países. También se contó con la presencia de autoridades civiles, eclesiales y el apoyo de empresas de la ciudad.

Transcurrido un tiempo el hogar Cartagena rebasó su cupo de veinte personas, y se pensó en abrir un nuevo hogar en la ciudad; cuyos trámites tardaron un año, es entonces cuando el 3 de marzo de 1993 inicia labores el Hogar Cristina González de Macmaster, cuyo nombre fue un homenaje por su gestión en el establecimiento del mismo. Como representante legal de la corporación regional Bolívar se encuentra hoy el Dr. Miguel Desmoineaux Romero.

1.2.2. Razón Social

* **Misión.** "Hogar Crea, regional Bolívar es una corporación sin ánimo de lucro que brinda tratamiento basado en la reeducación del carácter, dirigido a adolescentes entre 14 y 18 años de edad, y adultos masculinos consumidores de sustancias psicoactivas, que ingresan voluntariamente y en modalidad de internado. Cuenta con catorce modalidades de terapias, como son: Terapia individual, grupal, ocupacional, familiar, recreativa y deportes, confrontación, meditación, espiritual, educativa, representación y venta, educativa, urbanidad, maratón y movilización. Llevándolos a la construcción o elaboración de su proyecto de vida, con una imagen sana, positiva, contando con el apoyo de un equipo terapéutico, profesionales, comité timón y la familia, esta quien una vez vinculada al adolescente y al adulto y a la institución, inicia un proceso de formación terapéutica paralelo al de ellos convirtiéndola en el soporte vital dentro y fuera del proceso de tratamiento integrándolos a su medio social y familiar".¹

¹ Manual de tratamiento de Hogares Crea

* **Visión.** "La corporación Hogares CREA, Regional Bolívar pretende ser un programa pionero en promoción, prevención y tratamiento de adolescentes y adultos consumidores de sustancias psicoactivas. Logrando que ellos lleguen a ser personas útiles, emprendedoras trabajadores, responsables, capaces de alcanzar metas establecidas. Pretendiendo llegar a todos los sitios de mayor incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas"²

* **Filosofía.** La filosofía de Hogar Crea está basada en el principio existencial de la responsabilidad individual y colectiva, la ayuda mutua y el esfuerzo personal. Hogar Crea ejerce por consiguiente las funciones básicas de una familia, modela y reeduca el carácter, cambiando valores y actitudes, fomentando la madurez en los residentes, fortaleciendo la fe y las actitudes cristianas y propiciando el crecimiento del ser humano hasta convertirlo en un hombre nuevo, útil a la sociedad.

El programa de tratamiento tiene una filosofía EXISTENCIAL y su base clínica es ECLECTICA, que enmarca el desarrollo del ser humano en las teorías humanista, Existenciales, Conductuales, Sobre el desarrollo de la personalidad y las capacidades del carácter y el sistema de valores. También tiene un componente empírico, que proviene de la experiencia de ex-adictos o reeducados.

- A. Filosofía Socrática: Sócrates, filósofo griego considerado uno de los más sabios de su época. Su doctrina de búsqueda de la verdad por el camino del saber y del uso de la razón utilizando la metodología de las preguntas y respuestas nos plantea la necesidad de conocer nuestro interior; su lema: Conócete a ti mismo. Bajo esta filosofía podemos definir los conceptos introspección, identificación y crecimiento.
- B. Teoría de Alfredo Adler: oftalmólogo y psiquiatra austriaco, quién desarrollo el concepto de que el hombre es un ser social por naturaleza y que la felicidad

² Manual de tratamiento.



personal solamente puede conseguirse junto con los demás. Estableció la psicología individual o teórica de la unidad del individuo libre responsable de sus acciones; un todo consigo mismo. El hombre posee el potencial de superación. Bajo esta doctrina podemos definir la importancia de las relaciones interpersonales, el concepto de ayuda mutua, esfuerzo propio y superación.

C. Teoría de aprendizaje social de Albert Bandura: psicólogo estadounidense quien señaló que se aprende a través del modelaje y afirmó que los cambios que la persona realiza son el resultado de la interacción de éste con su ambiente y ese proceso de aprendizaje es continuo a través de toda la vida. El ser humano asimila valores de aquellas personas que sirven de modelos. Bajo ésta teoría podemos definir el concepto de modelaje, ejemplo y reto y la capacidad del ser humana de cambiar y superarse a través de toda su vida; postulados del tratamiento en Hogares CREA.

D. Teoría de Rollo May: Psicólogo estadounidense quien desarrolló la teoría del libre albedrío. El ser humano decide que acción tomar o cual conducta exhibir y lo hace libremente. Bajo esta doctrina podemos definir el concepto de la libertad para decidir y la responsabilidad que tiene como individuo de tomar una decisión de cambiar y lograr su reeducación integral.

E. Teoría de personalidad de Carl Rogers: Psicopedagogo estadounidense quien desarrolló un enfoque terapéutico centrado en la persona. Establece la premisa de que un individuo suficientemente motivado puede lidiar con sus propios problemas si logra liberarse del autoengaño del miedo a reconocer el problema tal cual es y superarse hasta alcanzar su autonomía. Esta meta la alcanza mediante la ayuda terapéutica. Bajo esta teoría podemos definir la ponderación del tratamiento dirigido hacia el residente y la motivación de éste hacia lograr cambios positivos en su conducta; siempre y cuando acepte su problemática y la ayuda que se le ofrece para poder superarse y lograr su reeducación.

F. Teoría de Abraham Maslow. Psicólogo estadounidense quien estableció la teoría de las necesidades de autorrealización del ser humano. Estas

necesidades fueron desarrolladas jerárquicamente en lo que se conoce como "el Triángulo de las Necesidades Básicas de Maslow". Bajo esta teoría se aprecia como el residente en tratamiento va satisfaciendo sus necesidades de acuerdo a su desarrollo emocional a través de las fases de tratamiento. Primeramente sus necesidades fisiológicas: (alojamiento, alimentación, servicios de desintoxicación física y médicos, etc.). Luego las necesidades relacionadas con el cuidado y la seguridad (el hogar protegido, la familia extendida, etc.). Se desarrolla en el residente el sentido de pertenencia, su interrelación con los demás y así puede llegar a hacer un compromiso existencial con su vida por que reconoce que puede cambiar, que el vale como persona. Al completar el proceso de tratamiento se enfrenta a la realidad que ha superado, que ha trascendido hasta lograr sus metas a corto y largo plazo sintiéndose autorrealizado.

G. Teoría de William Glasser. Psiquiatra estadounidense que postula en su teoría la necesidad del ser humano de amar y ser amado, tener éxito, lograr una medida de autoestima (valor) y la responsabilidad individual y social del individuo para con sus semejantes. Ideó la terapia de Realidad (trabajar el aquí y el ahora). Postula en dicha terapia que hay que definir la conducta que queremos cambiar y que los eventos del pasado no deben ser usados como excusas para actuar irresponsablemente; hay que asumir responsabilidades por lo que uno hace. También establece que el terapeuta confronta al individuo con la conducta irresponsable, no le permite excusas y se establece un compromiso trabajando con las alternativas posibles; se establece un plan. El programa de tratamiento de Hogares Crea incorpora en su intervención terapéutica los conceptos de responsabilidad social, el presente, el compromiso con uno mismo y con los demás, la no aceptación de excusas y justificación ante la conducta inadecuada, la planificación y la modificación de conducta.

H. Teoría Existencial de la Logoterapia o Búsqueda del Sentido de la Vida de Víctor E. Frankl: Psiquiatra austriaco quien establece que el hombre es dueño de su propia existencia, tiene la capacidad de decidir lo que quiere y actuar conforme a esa determinación comprometiéndose. Busca el sentido de la vida en el amor y el trabajo. La logoterapia se enfoca en el significado de la existencia humana y la búsqueda de ese significado. Postula que el hombre decide actuar moralmente, asume responsabilidad y lo hace por que se compromete. Explica que la criminalidad, el alcoholismo y las drogas no odian extenderse hasta que se reconozca la existencia del vacío existencial; que no es otra cosa, que la persona pierde el sentido que la vida tiene, un significado, el por que se vive. El hombre es libre para luchar y sostenerse aun en las peores condiciones. Bajo esta doctrina podemos definir los conceptos de responsabilidad individual, compromiso existencial (postulado básico en que descansa la reeducación), la superación y trascendencia y la retención de la dignidad del ser humano, aunque se haya involucrado en las situaciones más denigrantes (uno de los principios que sostiene el programa de Hogar CREA, inc.).

1.2.3. Particularidades de un Hogar Crea, Inc. se caracteriza por las siguientes particularidades:

- A. Principio existencial – basado en responsabilidad individual y colectiva; ayuda mutua, esfuerzo personal.
- B. El tratamiento es ofrecido por ex – adictos, (residentes de Tercera Fase) bajo la supervisión y asesoramiento de Reeducados del Programa y Personal Profesional.
- C. Participación activa del residente en el proceso de tratamiento.
- D. Concepto de Hogar y Familia Extendida que se desarrolla en el ambiente de Hogares CREA.
- E. Concepto de Reeducción.

F. Participación activa en el tratamiento del Sostén Comunitario a través de:

- Comités Timón
- Comités de Familiares
- Miembros Cooperadores

*** Objetivos De Hogares Crea**

- Trabajar en la reeducación del adicto a las drogas y otras sustancias.
- Educar y orientar a la ciudadanía sobre el proceso de reeducación de adictos.
- Orientar y educar a los adictos para que se someta al proceso de reeducación.
- Educar y Orientar a los familiares de adictos.
- Fomentar y estrechar los lazos de unión y confraternidad entre los ciudadanos de Colombia y otros países para lograr un ataque frontal a los problemas de la adicción.
- Fomentar y estimular la creación, ampliación y mejoramiento de programas que se dediquen a combatir la adicción a drogas y estupefacientes.
- Realizar labor de prevención y reeducación dentro de las instituciones penales.

1.2.4. CARACTERISTICAS GENERALES

* **Localización.** EL Hogar Crea regional Bolívar en la ciudad de Cartagena tiene dos sedes. Una sede para adolescentes, el HOGAR CREA CARTAGENA DE INDIAS de ADOLESCENTES, ubicado en el Barrio de Crespo, calle 70 # 8-74. Teléfono 6665787. Y el HOGAR CREA CRISTINA GONZÁLEZ DE MAC. MASTER para adultos, ubicado en la antigua Carretera de Ternera al lado del Club de Telecom.

* **Cobertura.** La Corporación Hogares Crea de Colombia, Regional Bolívar en cuyo programa reeduca a personas consumidora de sustancias psicoactivas, y quieren iniciar una vida sin drogas. La cobertura se extiende a diferentes departamentos como Sucre, Guajira, Córdoba y por supuesto Bolívar, con los cuales mantiene convenios institucionales con el I.C.B.F. para la atención al menor.

* **Servicios ofrece.** Hogares Crea, es un programa que ofrece tratamiento de reeducación del carácter a toda persona en situación de vulnerabilidad por consumo de sustancias psicoactivas y tenga la decisión voluntaria de cambiar su estilo de vida. Es una casa hogar con modalidad de internamiento con servicios de atención terapéutica, intervención profesional y protección para el menor.

En el hogar de menores dispone de 20 cupos con un rango de edad entre 13 y 18 años de género masculino; mientras que en el hogar de adulto dispone de 42 cupos.

* **Financiamiento.** La corporación hogares Crea seccional Bolívar, se conforma como una entidad privada sin ánimo de lucro. Su razón social y fines se orientan hacia la reeducación de personas con problemas de adicción a las drogas. Su fuente de financiación proviene de aportes por parte de los familiares de los residentes, de la venta de bolsas y donaciones de la comunidad, y aportes del I.C.B.F. como parte de un convenio interinstitucional en el que la institución ofrece protección/ internado a adolescentes en situación de peligro o en conflicto con la ley.

1.2.5. Principios de Atención La atención en el área profesional y de formación que se brinda a los jóvenes y adultos usuarios del programa se basa en principios, valores, procesos formativos en los que se tiene en cuenta la realidad personal, familiar, entorno social y cultural; facilitando el aprendizaje de elementos que permitan replantear su proyecto de vida y una adecuada convivencia a través

de una atención terapéutica y profesional, en la búsqueda de una autoconciencia y autonomía como parte de un crecimiento a nivel individual y social del residente en el proceso de preeducación. Los principios son los siguientes:

- ✓ *Integralidad.* Se proporciona atención desde una perspectiva biopsicosocial y espiritual, emanadas de unas pautas de interacción significativas para la estructuración de su personalidad garantizando los derechos fundamentales de la persona.
- ✓ *Atención personalizada.* Se suministra orientación, asesoría, acompañamiento, acción e intervención al usuario para satisfacción de sus necesidades específicas, a través de un programa o plan de atención integral, que contempla un diagnóstico y estrategias de intervención.
- ✓ *Atención del residente en su contexto.* Teniendo claro que la dependencia ha roto los vínculos familia, sociales y comunitarios del residente, se pretende que el pueda restablecer estos vínculos.
- ✓ *Preparación para la vida.* Generar procesos de cambios que impliquen el desarrollo de la responsabilidad y buen desempeño del residente en situaciones y actividades del diario vivir; potencializando sus aptitudes, actitudes talentos y capacidades hacia la estructuración de su propio proyecto de vida.

* Áreas de atención

- *Área de vida familiar.* Área psicosocial. Incluye atención a la familia, entrevistas individuales con el menor y la familia, visitas al medio familiar, estudio sociofamiliar y socioeconómicos, se realizan dinámicas de grupos y otras actividades. También se determina el nivel de afectación de la familia por el consumo de sustancias, ya

que esta es un apoyo fundamental en el tratamiento de su residente (terapia familiar).

- *Área pedagógica.* Se realizan talleres de valores y se identifican antecedentes escolares. Cursos de nivelación Busca fomentar la confianza en sí mismo y en los demás (confianza básica); sesiones de grupo para motivar la comunicación, cooperación y la convivencia armónica (terapia educativa y de urbanidad).

- *Área de salud y nutrición.* Pretende motivar en cuanto a inicio de hábitos de aseo e higiene personal. Se tienen talleres de prevención y atención en salud y campañas de vacunación.

- *Área Terapéutica.* La atención terapéutica se orienta al desarrollo de las capacidades del carácter y valores. La dinámica terapéutica reposa, sobre el manual de tratamiento, la experiencia de adictos en el proceso, reeducados vinculados al programa y el apoyo del equipo profesional (staff) o del distrito; quienes permanecen en contacto con los residentes, evalúan semanalmente el tratamiento y crecimiento de cada residente, y su paso a la siguiente etapa.

Existen trece modalidades de Terapia, entre ellas: individual, grupal, ocupacional, familiar, recreativa y deportes, confrontación, meditación, espiritual, educativa, representación y venta, educativa, urbanidad, maratón y movilización, programadas un diario vivir.

- *Área cultural y de convivencia.* En esta la institución se integra a la comunidad mediante actividades como lo son: charlas, publicaciones e información, asistencia a misas dominicales, que permitan la proyección del joven a la comunidad y la adquisición de responsabilidades con la misma (terapia de movilización, representación y ventas).

- *Área de gestión.* Este incluye convenios formales e informales interinstitucionales a nivel público y privado, que faciliten la socialización y el desarrollo de las capacidades del carácter del joven.

1.2.6. Tratamiento

En la Intervención Terapéutica el manual de funcionamiento plantea que las terapias se orientan hacia el desarrollo de la personalidad, de las capacidades del carácter y escala de valores del residente, que le permita al residente fortalecerse para su reingreso a la comunidad, asumiendo responsabilidad por su vida y actos. Para tal fin se cumplen las siguientes fases.

* **PRIMERA FASE: Inducción.** En esta fase el adicto es preparado para que de manera receptiva reciba la ayuda que la institución le brinda. El residente usa los pantalones cortos para identificarlo como el menor en el proceso de crecimiento y hermandad o compañerismo en el hogar. Esta fase tiene tres partes:

- a) Oficina de contacto
- b) Sala de desintoxicación
- c) *Compromiso existencial:* su duración es de seis meses y puede extenderse por faltas en las que incurra el residente.

* **SEGUNDA FASE: introspección, identificación y crecimiento.** *El residente* establece un compromiso con la institución para volver a reeducar su carácter, mediante el proceso de tratamiento. El equipo terapéutico le orienta hacia el aprovechamiento de cada posibilidad y el cambio. Por otra parte, mediante la introspección de si mismo descubre sus habilidades y/o talentos, características problemáticas temperamentales y sus capacidades del carácter.

Cuando el residente ya ha identificado su problemática, y hace uso del ambiente terapéutico, se planteara alternativas que lo ayudaran a crecer y lograr cambios en su carácter. Esta fase consta de cuatro etapas llamadas grupos.

* **TERCERA FASE: crecimiento intensivo o preparación para el egreso.** Tiene cinco etapas llamadas *niveles* ascendentes del I AL V. *El nivel* va corrigiendo sus fallas, se fortalece por la experiencia de enseñar y transmitir su aprendizaje como terapeuta a los residentes de las fases I Y II. Conllevando ello a un crecimiento intensivo, crecimiento que se identifica por los pantalones largos.

Los niveles/ terapeutas tienen unos supervisores que se encuentran en las fases superiores, de igual forma el Director del Hogar, Supervisor de Tratamiento y el Director Nacional de Tratamiento son ex-adictos del programa quienes son los responsables directos de que el tratamiento se cumpla totalmente y la vez son la máxima autoridad del mismo.

* **CUARTA FASE: seguimiento.** Culminado el tratamiento el *Reeducado*, pasa a la fase de seguimiento donde se les ayuda a reintegrarse a la comunidad.

1.2.7. Estructura Administrativa

* Área profesional y de formación

Cuenta con una psicóloga de planta, por contrato cuenta con servicios de medico generales, psiquiatría, nutricionista; también mediante convenios tiene Estudiantes practicantes de trabajo social, de secretariado y de psicología.

* Área de servicios

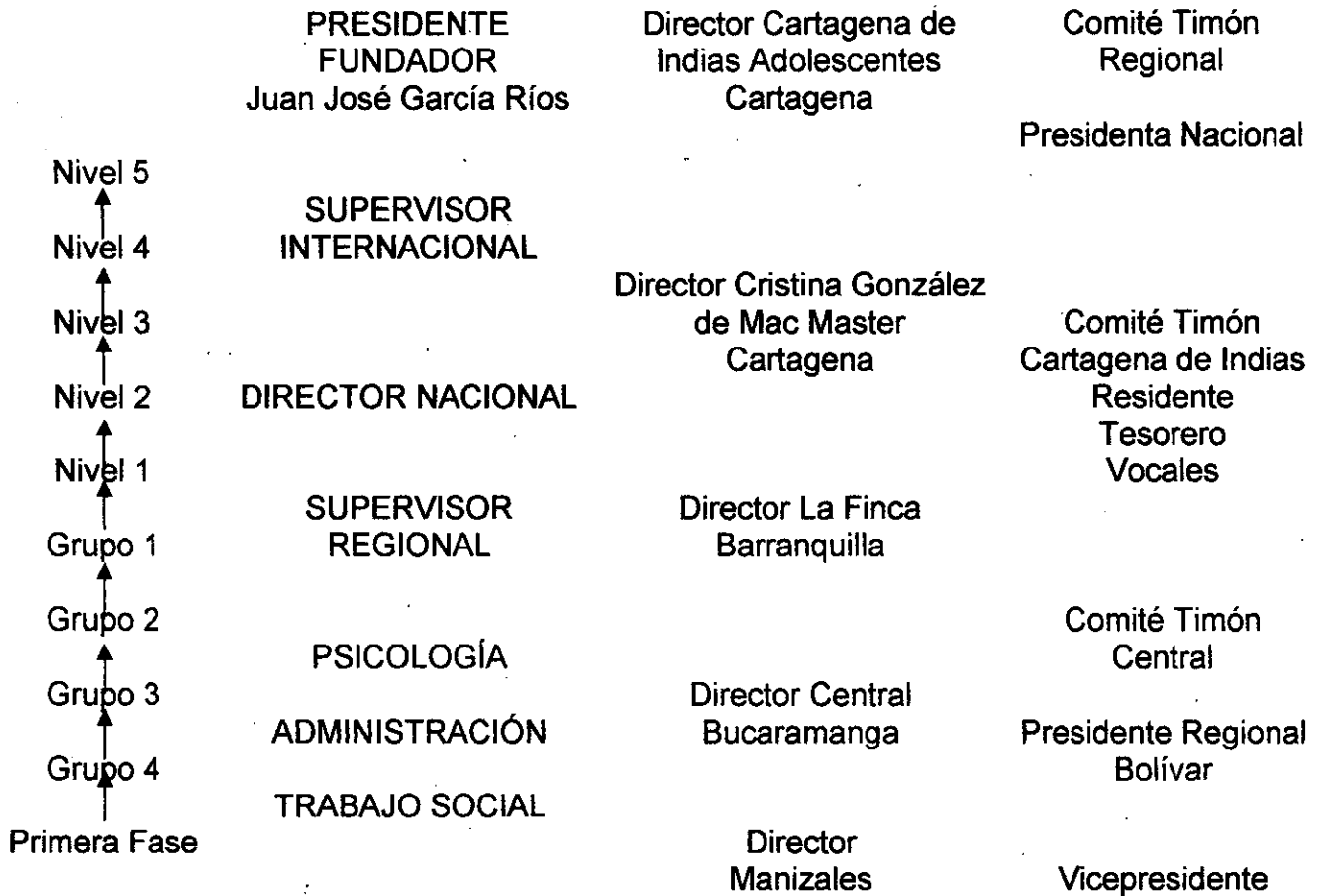
Servicios generales

* Área administrativa

Esta conformada por: Representante Legal, una Administradora, Supervisor, Comité Timón, Miembros Cooperadores, Comité de Familiares.

1.2.11 Organigrama

CORPORACIÓN HOGARES CREA DE COLOMBIA COMUNIDAD DE CRECIMIENTO Y REEDUCACIÓN DEL CARÁCTER HOGAR CREA CARTAGENA DE INDIAS ADOLESCENTES



1.3. FUNDAMENTOS EPISTEMOLOGICOS Y CONCEPTUALES

1.3.1. La farmacodependencia El concepto de la farmacodependencia parte del modelo Médico-Psiquiátrico sobre el proceso de Salud – Enfermedad. Luego La Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante sus expertos establece los siguientes términos relacionados con el uso de drogas: abuso de drogas, y adicción a las drogas, el cual fue cambiado por la expresión “Dependencia a las drogas”. Por lo que se refiere al término abuso, este se cambio por el de “Uso nocivo”.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) denomina el comportamiento de **la farmacodependencia** como Trastornos Relacionados con Sustancias, y menciona que en éstos se incluyen los trastornos que se vinculan con la ingesta de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Especifica que el término **sustancia** se refiere a una droga de abuso, a un medicamento o tóxico. Se describe en este manual que el deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo es el síntoma más frecuente que se asocia con las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a la “ansiedad”, “alucinaciones”, “ideas delirantes”.

Este Manual DSM-IV, también menciona los criterios para el diagnóstico de dependencia a sustancias. En ellos enuncia la presencia de un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, así como un patrón repetido de consumo que tiene como resultado la manifestación de tolerancia, abstinencia y un comportamiento compulsivo de ingesta de droga.

La dependencia es “la tendencia al uso compulsivo de una sustancia que altera el

estado de conciencia de un usuario causado por un desorden de la personalidad”.

1. *Tolerancia*, que implica: a) la necesidad de incrementar la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado, b) reducción importante de los efectos con el uso continuo y con la misma cantidad de sustancia.

2. *Abstinencia*, manifestada por: a) el síndrome de abstinencia característico por el conjunto de molestias que experimenta el usuario que suspende el consumo de sustancia, b) ingestión de la misma sustancia, o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. *Administración* de la sustancia en mayores cantidades o por periodos más prolongados de lo que se pretendía.

4. *Deseo persistente* o esfuerzos poco exitosos para cortar o controlar el uso de la sustancia.

5. *Inversión de una gran cantidad de tiempo para obtener la sustancia, consumirla, o recuperarse de sus efectos.*

6. *Reducción o abandono importante de las actividades sociales, ocupacionales, recreativas debido al uso de la sustancia.*

7. *Uso continuado de la sustancia* a pesar de la presencia de problemas físicos persistentes, presumiblemente causados por la sustancia.

Sustancias psicoactivas: Todas aquellas sustancias que tienen un impacto sobre el sistema nervioso central y modifican su funcionamiento.

8. *Poliadicción o policonsumo*: se refiere al consumo frecuente de varias sustancias en forma simultánea o alternante.

9. *Abuso de sustancias*: este concepto incluye cuatro criterios; uso inadecuado de una sustancia que causa impedimento o molestar clínicamente significativo; uso recurrente de sustancia que resulta en incapacidad de responder ante obligaciones mayores en el trabajo, la escuela, o familia; uso recurrente de una sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso, problemas legales relacionados con el uso recurrente de la sustancia, continuación del uso a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes que son causados por

los efectos de la sustancia. Las patologías que se correlacionan con el uso de sustancias en el DSM-IV y Trastornos inducidos por el uso de sustancia, en el que destacan dependencia:

- Trastornos Afectivos
- Trastornos de la Ansiedad
- Trastornos de la Conducta Alimenticia
- Esquizofrenia y Otras Enfermedades Psicóticas
- Trastornos Fóbicos
- Trastornos por Estrés Post-traumático
- Síndromes Orgánicos Cerebrales

Entre los adolescentes, la lista de trastornos incluye además:

- Trastorno de la Conducta
- Trastornos por Déficit de Atención

También se informa sobre una gran variedad de trastornos de la personalidad asociados con el uso de sustancias, incluyendo:

- Trastorno de Personalidad Antisocial
- Personalidad Límitrofe
- Personalidad Narcisista
- Personalidad Pasivo-Agresiva
- Trastorno de Personalidad por Evitación
- Trastornos de Personalidad de Tipo Paranoide, Esquizoide.

*** Categorías de sustancias - Depresores DEL SNC:** Disminuyen el nivel de funcionamiento del SNC. Incluyen el alcohol, opio y sus derivados (la morfina y la heroína), los barbitúricos y sedantes o tranquilizantes, los inhalables (pegantes, gasolina solventes) y los anestésicos.

- *Estimulantes del SN*: aceleran el funcionamiento del SNC y producen la impresión de aumentar la agudeza psicológica y la capacidad física. Entre ellos esta la cocaína y sus derivados, las anfetaminas y la cafeína.
- *Alucinógenos*: producen grandes modificaciones en la percepción, generando "alucinaciones", sobre todo visuales: los más comunes son: los hongos, la mes-calina, el yahé y el LSD. Dan la impresión de aumentar la agudeza psicológica y la capacidad física.
- *Sustancias mixtas*: producen efectos de dos o más de las categorías entre ellos esta la marihuana y el éxtasis.

Las sustancias que con más frecuencia utilizan los jóvenes a pesar de los altos riesgos a la salud, son el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, los inhalables y las drogas de diseño, que a continuación se mencionan brevemente.

Alcohol. Con relativa frecuencia, los adolescentes ingieren bebidas alcohólicas y muchos hasta el punto de la intoxicación; aún más, la edad de inicio en este consumo ha venido disminuyendo desde los últimos años, en la actualidad se reportan casos por debajo de los 15 años de edad. Las consecuencias y daños a la salud incluyen cambios de conducta y alteraciones emocionales, así como cuadros de intoxicación y daños a casi todo el organismo, como cirrosis hepática, pancreatitis y afecciones cardíacas.

Tabaco (Nicotina). La nicotina es el principal ingrediente activo del tabaco que se puede consumir de distintas maneras, la más común es fumar cigarrillos. Durante la adolescencia es difícil encontrar una adicción a la nicotina, aunque es la etapa en que mucha gente se inicia en lo que más adelante será una dependencia grave, con serias consecuencias para la salud, como sucede con la asociación del fumar y problemas cardiovasculares, y de cáncer en distintos órganos. Además, con frecuencia conduce a la adicción de "drogas duras".

Marihuana. La marihuana produce efectos de todas las categorías, según las condiciones físicas y fisiológicas de quien las ingiere. Un efecto inmediato de la marihuana es un estado de bienestar, de euforia leve, de relajación y de aumento de sensibilidad sobre todo a nivel auditivo, la percepción del tiempo se modifica alargándose notablemente, suprime la motivación, que puede resultar en un trastorno llamado síndrome amotivacional. Que se manifiesta en pérdida del interés, por el trabajo, estudio. Al estar bajo el efecto de la marihuana, es común que se suprima la motivación y voluntad del usuario; ciclotimia emocional, periodos de irritación o depresión. Ruptura de la comunicación familiar. A nivel fisiológico aumenta el ritmo cardíaco, disminución de los tiempos de reacción a estímulos, y retardo de la respuesta motora; también se produce desecamiento de la boca, irritación de los ojos. Especialmente el joven se torna ansioso acerca de su bajo condición, y así que empieza a fumar marihuana para afrontar la angustia.

Cocaína. Es un alcaloide que desinhibe, produce cambios en los niveles de atención, sensación de competencia y habilidad, aceleración de los procesos de pensamiento, disminución de la fatiga, el hambre y la sed, dilatación pupilar acompañada de aumento del ritmo cardíaco una de las sustancias con mayor poder de adicción y, actualmente, ocupa el segundo lugar entre las drogas ilegales de mayor consumo, después de la marihuana.

El crack, es la forma fumable de la cocaína, pero con efectos estimulantes mucho más intensos que el polvo de cocaína. Los daños a la salud física, se ejercen principalmente en el sistema circulatorio, aunque también afecta severamente la salud mental.

Solventes Inhalables. Son productos químicos que se evaporan a la temperatura ambiente y los gases que se generan tienen efectos sobre el sistema nervioso central; alteran la conducta y producen disminución de la oxigenación de la sangre y los tejidos que puede llevar a la muerte por asfixia. Los inhalables o sustancias

volátiles son el tercer lugar en frecuencia de consumo, después de la marihuana y la cocaína.

Drogas recreativas o drogas de diseño. Entre los adolescentes y adultos jóvenes se presenta el abuso de algunas sustancias que se incluyen en un grupo del cual las "tachas" son el ejemplo más notorio; se consumen preferentemente en discotecas y fiestas "rave", aduciendo que son seguras, "recreativas" y "divertidas". En realidad, se trata de drogas muy peligrosas que producen serios daños a la salud física y mental de la juventud y que nada tienen de divertidas.

La mayoría son poderosos estimulantes que permiten a quien las toma bailar toda la noche, sin notar el cansancio extremo, que aunado a la deshidratación, puede ser causa de colapso y *shock*. Algunas de estas drogas, son sedantes o hipnóticos que producen adormecimiento y letargo. La combinación con el alcohol de cualquiera de estas drogas de diseño, forma una mezcla muy peligrosa que suma y acentúa los efectos de cada una y puede resultar en accidentes letales.

* **Patrones de consumo de sustancias psicoactivas** En el origen intervienen múltiples factores causales, entre los que se cuentan los: Hereditarios Individuales Familiares y Sociales. La Organización Mundial de la Salud presenta una clasificación de los diferentes tipos de consumo, y plantea la diferenciación del uso y del abuso en las siguientes fases.

- **Consumo experimental:** (el experimentador) En este estadio se usa las sustancias psicoactivas por curiosidad, por probar, es decir se da ese primer contacto con la sustancia, es en este primer momento donde la persona usuaria de sustancias psicoactivas decide si abandona el consumo o si por el

contrario decide seguir en el mismo, ya que todo depende del componente biológico y social del ser humano.

- **Consumo socio- recreativo: (usador social)** En esta etapa el consumo se hace mas regular. La sustancia es usada en fiestas y juegos; el fin es solicitar encuentros y relaciones sociales.

- **Consumo circunstancial- situacional: (el buscador)** Esta fase se caracteriza porque las personas que consumen sustancias psicoactivas "solucionan" sus problemas consumiendo, generándose la creencia que drogándose puede afrontar mejor dichas condiciones (deportes, trabajo, sexualidad).

- **Consumo intenso: (usador disfuncional)** En este periodo se dan situaciones frecuentes de consumo, esta practica puede conducir a otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona y del contexto. Inicia el descontrol de la personalidad a nivel de sus relaciones: familiar, escolar, laboral y social.

- **Consumo crónico o compulsivo: (fase autodestructiva)** También llamado fase de destrucción, este se refiere a tomar la sustancia en cantidades cada vez mayores³. Se da el deterioro físico mental y moral, se convierte en un antisocial, es poliadicto, su conciencia y voluntad están anulados.

³ BLUM, R. y asociados. Estudios sobre drogas. México, D.F. Editorial Bordaje. 2000.Pg 185

1.3.2. Trabajo social clínico El trabajo social clínico se inscribe en el marco de la interdisciplinariedad. La principal orientación teórica sobre la cual el trabajo social clínico construye su intervención es la de los sistemas ecológicos y sociales o enfoque sistémico, el cual entienden al individuo como un sistema biopsicosocial y espiritual que interactúa en una red de individuos y sistemas sociales.

“Uno de los rasgos particulares y original de los trabajadores sociales clínicos es el uso de la intervención clínica dirigida hacia el desarrollo y cambio de individuos, grupos y familias, y en situaciones que influyen en ellos”⁴.

“el trabajo social ha comprobado reiteradamente en su práctica clínica que si la persona no es capaz de lograr una comprensión de si mismas, de sus potencialidades, debilidades y estructurar una proyección social racional acerca de su vida y sus metas vitales esos usuarios circularán reiteradamente en una red de ayuda reconociéndose incapaces de hallar soluciones a sus problemas hasta terminar marginándose de las posibilidades que ofrece la sociedad”⁵

De hecho el trabajador social clínico busca generar capacidad de autonomía, responsabilidad y compromiso, toma de decisiones, competencia en el sujeto de desarrollo y cambio.

* **La rehabilitación en adicciones** Rapapor señala: “El tratamiento tiende a corregir las manifestaciones de la enfermedad, en tanto que la rehabilitación intenta devolver al paciente a sus originales roles afectivos y sociales”; en concreto, el tratamiento centra su atención en los síntomas, y la rehabilitación en

⁴ PEÑA Ovalle, Ivan, QUIROZ Neira. Perspectiva del trabajo social y los nuevos escenarios. Revista colombiana de trabajo social, N° 9. CONETS. Universidad del Valle.

⁵ MARIA X. Mendez guzman. La función asistencial del Trabajo Social Clínico. Revista de Servicio Social, vol 3. 1999.



la funcionalidad; dos aspectos mutuamente complementarios en el proceso de atención integral; En términos de las adicciones, se concibe el **tratamiento** como el conjunto de modalidades específicas (por ejemplo, farmacoterapia, psicoterapias, terapia del comportamiento) tendientes a eliminar síntomas específicos y comportamientos problemáticos; en tanto que la **rehabilitación** implica *una intervención más duradera, dirigida hacia un aprendizaje permanente de capacidades y mecanismos nuevos de superación*. Entonces, la necesidad de rehabilitación supone que prevalece alguna **disfunción personal y/o social**, que preexiste al consumo de drogas, y que se mantiene durante el tratamiento del mismo o incluso después de lograr la abstinencia. Esta situación de disfunción, o pérdida, se encuadra teóricamente mediante los conceptos *discapacidad y minusvalía*.

Fraser (1990) define” la **discapacidad** como “la pérdida de una aptitud funcional por desmejora”; o sea la restricción o pérdida de una o varias habilidades, que representan un déficit funcional”. En el plano internacional, se encuentra que el **Tesaurus** sobre alcohol y drogas, define a la rehabilitación como “los programas diseñados para que los consumidores desarrollen las capacidades para desenvolverse en su entorno social.” (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990).

La Norma Oficial Mexicana también especifica ambos conceptos: “Rehabilitación del Adicto, es el proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas alcanza un óptimo estado de salud, funcionamiento psicológico, bienestar y reinserción social; el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y logra un mejor funcionamiento interpersonal y social”

Hablando de La rehabilitación en adicciones el **Trabajador Social**, Pedro Camacho Ramírez, plantea que” la rehabilitación requería, reajustar a la persona a su ambiente social, tanto al sistema de apoyo primario como al secundario, es

decir, promover un proceso de ajuste-reajuste entre personas que están y no incapacitadas”.

“La rehabilitación social se considera con el criterio de un procedimiento educativo capaz de usar el *potencial terapéutico del staff* y de los pacientes, es posible si se tiene en cuenta que los principales instrumentos para este fin son la vida en la comunidad verdadera, la atmósfera terapéutica, el intercambio de los roles y la confrontación cotidiana que estimula el aprendizaje de nuevos modelos de relación con otros” (Constantini, Mazzoni, Cit. en Cancrini, 1991).

En los modelos que consideran a la adicción como síntoma, su objetivo es tratar la patología que sustenta la conducta adictiva, sea al interior del sujeto o de la familia, asumiendo que los logros terapéuticos como cambios individuales o familiares permiten la reintegración de habilidades y la reinserción social.

Las medidas de rehabilitación en el ámbito clínico y de la salud social tienden a reducir la incapacidad y promueven el desarrollo de **habilidades** en los residentes; de ahí que “la Rehabilitación se conciba como un proceso de restauración al nivel social y funcional, de manera que el paciente pueda hacer un mejor uso de sus **capacidades**, en un contexto social lo más normal posible, es decir, que funcione individual y socialmente de manera efectiva (CIJ, 1996). Por lo cual se encamina al restablecimiento social y funcional; fin que no es ajeno a hogares crea, ya que como se ha señalado, los usuarios de sustancias presentan deterioros importantes a nivel personal y social.

* **La Comunidad Terapéutica** “Una comunidad terapéutica es, en esencia, un sistema cerrado de pacientes y personal que crean un ambiente que se basa en la seguridad grupal, la jerarquía y en el desarrollo estructurado de actividades continuas, donde el paciente efectúe cambios importantes en sus actitudes valores

y conducta; además, se le proporcionen los medios para suprimir la sintomatología psiquiátrica y desarrollar la capacidad necesaria que maximice su potencial adaptativo en su propia comunidad, sin el uso o abuso de sustancias"(Collier y Hijazi, 1984).

Generalmente se emplean los servicios de comunidades terapéuticas cuando un profesional considera que el abusador de sustancias debe recibir un tratamiento que incluya internamiento; también por las características personales como: fracaso en anteriores tratamientos, no tienen una familia de apoyo, o existe una situación predisponente al consumo de alto riesgo como son: una pareja consumidora, otro hermano consumidor, un padre alcohólico u otra situación.

Esta comunidad pretende brindar un entorno terapéutico, que permita la observación del residente en un ambiente cotidiano y familiar, el análisis de sus modos de relación, reacciones ante el estrés, y que el residente descubra, comprenda las motivaciones su sus acciones. El objetivo final de la comunidad terapéutica es *un nuevo aprendizaje social que permita una modificación positiva del individuo con reintegración a su medio*. Por consiguiente, "el tratamiento para usuarios de drogas incluyen el logro de la abstinencia a las drogas, la eliminación de las conductas antisociales y criminales y el desarrollo de habilidades para el empleo y la adquisición de actitudes positivas, valores y conductas que reflejen la honestidad, la responsabilidad y la auto-confianza" (De León, 1985). Estos objetivos implican cambios que requieren mantenerse en la comunidad y fuera de ella, puesto que son fundamentales para la reincorporación a la vida familiar y social. Las siguientes son características de estas comunidades según Collier:

- *El énfasis en la interacción social y grupal:* Se espera que en este ambiente se manifiesten los diversos modos de relación del paciente.
- *Enfoque de la comunicación:* la comunicación manifiesta y latente, verbal y no verbal, consciente e inconsciente, y a todos los niveles. La comunidad terapéutica comparte con el residente su responsabilidad para el tratamiento, convirtiéndose éste en un paciente responsable del proceso terapéutico propio y de otros.
- *Oportunidades de vivir y aprender:* cada faceta de la vida del residente en este ambiente, se convierten en oportunidad de vivir y aprender, potencialmente terapéutica que aumenta las posibilidades de aprendizaje.
- *Compartiendo la responsabilidad con los usuarios:* Se ofrece mayor grado de participación significativa en la toma de decisiones de la comunidad, ayudando al personal a preparar al residente para tomar decisiones en su vida y compartir responsabilidades en las resoluciones de su comunidad.

La Comunidad Terapéutica *Hogares crea de tratamiento residencial* (modalidad de internamiento). Conserva elementos de la atención clínica hospitalaria, pero se extiende con la participación libre y democrática de los residentes; favorece el mayor involucramiento con el equipo de trabajo dentro de una relación de respeto, lo que permite al residente asumir rápidamente su rol social, primero al interior de la comunidad y después en su propia comunidad.

Una de las ventajas de esta modalidad es que el tratamiento protege contra influencias y estresantes externos que propician el abuso de sustancias. aunque los residentes pueden salir para visitar a sus familiares exponiéndose de nuevo a situaciones de alto riesgo de abuso de sustancias; pero a su regreso, cuentan con el apoyo de Comunitaria para expresar sus sentimientos, debilidades y temores que les produce la posibilidad de contacto con circunstancias que amenazan los logros terapéuticos.

* **Terapia Familiar** En Trabajo Social la terapia familiar es un Método de intervención en el que se combinan elementos teóricos y técnicos de la teoría general de sistemas, del psicoanálisis y la teoría de los grupos, constituyéndose el trabajador social más que en un apoyo del tratamiento en adicciones, ya que se amplían las relaciones con otros sistemas que permite la resolución de los problemas en el espacio de la familia, al cocrear nuevas realidades trascendiendo lo unicausal. Entre las metas clínicas que este grupo tiene está aceptar, contener y sensibilizar, a todos los asistentes, usuarios de drogas y familiares. En este periodo se van aclarando los posibles beneficios o riesgos de su visita al residente.

Crea define esta terapia en el manual de tratamiento como "una dinámica enfocada a la reconciliación familiar mediante el dialogo terapéutico; su propósito es fortalecer la capacidad de generatividad, la cual consiste en enseñar con el buen ejemplo". *El trabajador social* en terapia familiar proporciona las técnicas y habilidades necesarias para que la familia participe activamente en el proceso terapéutico, y fomentar la comunicación entre la familia potenciando intereses nuevos y roles adecuado para una vida sin drogas.

* **Terapia Individual** En ella se trabaja los aspectos individuales de la personalidad de cada uno de los residentes que reciben tratamiento. Entre éstos cabe destacar la ansiedad, la irritabilidad, la impulsividad, la inestabilidad emocional, la autoestima, el sentimiento de culpa, las relaciones interpersonales, la comunicación, la depresión y la prevención de recaídas. CREA define esta terapia como la consejería de persona a persona por tiempo limitado. Su propósito consiste en fortalecer y desarrollar la capacidad de la confianza.

El trabajador social a nivel individual, trabaja en habilidades sociales, asertividad y valores, para lograr mayor adaptación de la persona adicta.

1.3.3. Conceptualización sobre la familia La familia como institución se ha dado en la historia con formas acordes con de desarrollo cultural, económico y político de la sociedad. Marx define a la familia como “la célula de la sociedad, comprende las relaciones entre hombre y mujer, y entre padres e hijos. Relaciones tanto materiales, económicas, jurídicas, ideológicas y morales”. “Las familias es mucho mas que la suma de personas que viven en un mismo espacio, tiene una estructura y una jerarquía de autoridad y responsabilidad. Hay reglas para el comportamiento, ya sea formal o informal, hay costumbres y patrones de relaciones que persisten al paso del tiempo y contribuyen a la estructuración de la personalidad de sus miembros” (Dunn, 1996). Según Saúl Barato⁶ las familias se clasifican de la siguiente forma:

Familia extensa, es el tipo de familia que descende de antepasados comunes, en el cual hay muchos parientes y varias generaciones en estrecha convivencia. En este tipo de familia los niños son cuidados por diferentes personas (tíos, primos hermanos, mayores, y los padres). La solidaridad es el principal elemento en esta familia. Es de la mano de los progenitores y con frecuencia de los abuelos que los hijos/as inician el proceso de desarrollo y socialización ampliando la red intergeneracional.

Familia Nuclear, esta compuesta por el padre, la madre y los hijos solteros. El padre y esposo trabaja fuera de casa; la madre y esposa se dedica al cuidado de los hijos y quehaceres del hogar.

⁶ BARATO G., Saúl. Familia y comunidad. Bogotá: Usta, 1988.

Familia Monoparental, constituida por uno de los padres (padre o madre) y los hijos. Por lo general los niños permanecen solos en el hogar, ya que ese padre tiene que trabajar para sustentar la familia y el hogar.

Familia Compuesta, es un grupo familiar conformado por familias nucleares o partes de ellas.

Familia conjunta, se da cuando dos o más familias primarias enlazadas por el vínculo materno o paterno se unen compartiendo la misma vivienda y participan activamente en las mismas obligaciones sociales y económicas.

- * **Funciones de la familia** - *Función biológica*: en el núcleo profundo de la familia, el hombre y la mujer se descubren como distintos y necesarios biológicamente el uno al otro. En la familia independientemente de su forma el hombre se conserva como especie
- *Función psicológica*: la familia estructura la personalidad de los individuos. El ambiente familiar es decisivo durante los primeros años de vida en la estructuración del carácter emocional – afectivo. Las conductas, los sentimientos, la madurez y el equilibrio humano se empiezan a alimentar y desarrollar a partir de la familia.
- *Función Educativa*: la familia es la primera educadora de los individuos. Cada individuo encuentra sus primeros aprendizajes en la familia, también los modelos personales más inmediatos de identificación. La familia como la primera escuela es la base de una verdadera personalización. El que la familia pueda plasmar personalidades fuertes y equilibradas para el desarrollo de la sociedad, depende en gran parte de los modelos distintos y complementarios del padre y la madre, del vínculo de afecto mutuo, del clima de confianza, intimidad respeto y libertad. En el hogar se aprende el valor y la significación de la autoridad.

- **Función socializadora:** "La socialización es el proceso mediante el cual un individuo aprende y adopta las reglas de comportamiento de una sociedad, implica no solo el aprendizaje o interacción de normas, valores y sentimientos, sino también las respuestas sociales, el control personal, es decir, el control de los impulsos por decisión propia" (Cooper, 1999).

La socialización ocurre en diferentes grupos y en interacción con muchas personas, la familia es el primer espacio donde se socializa. los padres, en el proceso de socialización contribuyen al menos de cinco modos: a) Asumiendo el papel de ofrecer amor y cuidados; b) Sirviendo como figuras de identificación; c) Actuando en ocasiones deliberadamente como agentes de socialización activos; d) Participando en el desarrollo del individuo del concepto del yo; e) Transmitiendo todas las enseñanzas y aprendizajes prácticos que le posibilitaría a los miembros del núcleo familiar a interactuar de manera armónica con su contexto sociofamiliar (Hoffman, 1998). El proceso de socialización comprende aspectos tales como:

- a) **Los padres como cuidadores:** durante el primer año de vida del niño las principales responsabilidades de los padres son satisfacer las necesidades del bebé y ofrecerles su cariño. Este papel de dispensador de amor y cuidados continua a lo largo de la niñez, pero el énfasis de la relación decae a medida que otras funciones empiezan a ser más importantes; este aspecto de la relación entre padre e hijo incluye un elemento efectivo dentro del proceso de socialización, el cual el menor debe introyectar y poner en sus relaciones futuras, ya que esta relación entrañable puede proporcionar al pequeño la capacidad de establecer relaciones emocionales, dejando claro durante esta fase basan la socialización en las relaciones afectivas.
- b) **Los padres como figuras de identificación:** el concepto de padres como figuras de identificación proviene del enfoque psicoanalítico, pues durante el

proceso de "identificación"; los niños interiorizan los valores y normas de sus padres. Este proceso tiene lugar durante los primeros años de infancia y parte de la adolescencia; tiempo durante el cual, los niños intentan con tanto empeño parecerse al padre de su mismo sexo participando así de sus creencias como si fuera suya, y es aquí donde los teóricos del aprendizaje social cognitivo (Bandura, 1990). Sostienen que es más sencillo ver al padre como modelo que al niño como copia y no como una figura de identificación según el psicoanálisis.⁷ Según esta visión los niños imitan los modelos que son acogedores, poderosos y competentes, como muchos resultan para sus hijos. En vez de verse a sí mismos parecidos a los padres y tratando de pensar como lo harían los padres, simplemente imitan las acciones y afirmaciones de éstos. Si los niños sólo se identifican con los padres o simplemente les imitan. El proceso tiene lugar sin que los padres se den cuenta o lo pretendan intencionalmente, quiere decir esto que los padres como figuras de identificación en el proceso de socialización de los hijos ayudan en el proceso de estructuración de su personalidad (Bow Bly, 1993).

- c) **Los padres como agentes activos de socialización:** a veces las acciones de los padres están encaminados a tener un efecto socializador como cuando corrigen o enseñan a los niños la forma correcta de hacer las cosas; otras veces las acciones socializan al niño incluso cuando los padres no se da cuenta de ello, cuando los padres recompensan y castigan al niño están aplicando una poderosa técnica de socialización relacionada con el manejo de normas en la convivencia social. Según las técnicas del aprendizaje social cognitivo, los niños no repiten ciegamente la conducta recompensada o evitan automáticamente el comportamiento castigado. En vez de ello, utilizan la información del castigo y la recompensa para planificar las acciones; las recompensas y castigos se dan continuamente y

⁷ BANDURA, Albert. Teorías de aprendizaje social. Ed, McGraw Hill, 1990. Pg 210.

no sólo cuando el padre está tratando de corregir al niño, esto obedece a que este procedimiento trae consigo un conocimiento implícito que es el del manejo de las normas, para la regulación de la convivencia (Hoffman, 1998).

La escuela, los compañeros, los amigos y los medios de comunicación comparten la tarea de enseñar al niño, e influyen en parte sobre la conducta que se espera de él según el sexo. Hay casos en que la socialización requiere de mayor esfuerzo, como es el caso de la población antes referida. Siendo necesaria la ayuda de programas que desarrollen dicho proceso, ya que estos jóvenes y adultos presentan dependencia al alcohol, a las drogas, desviaciones sexuales, psicopatías, homicidio, etc. como casos extremos de un proceso de socialización incompleto o nulo. De ahí, que es preponderante el que la familia establezca normas y valores bien estructurados que ayuden a que el niño la base para estructurar una personalidad sana. La socialización de los jóvenes en Colombia es poco exitosa

* **Teoría estructural-funcionalista de la familia.** Esta teoría sociológica acerca de la familia, "es una de las más representativas en la sociedad occidental. Básicamente subraya la "interdependencia" funcional de todos los elementos en orden a la consecución y mantenimiento del orden social. Explica que la familia encuentra sentido en su contribución a ese orden. Para Talcott Parsons, la familia se sitúa en un proceso creciente de especialización, quedando convertida en una agencia eminentemente emocional. Las funciones de la familia en la sociedad especializada son dos: 1) la socialización primaria de los niños, orientada a convertirlos en adultos integrados a la sociedad. 2) la estabilización emotiva de la persona"⁸.

⁸ Saúl Barato. familia y comunidad. Ed, USTA .Bogota. 1988. Pg43

1.3.4. Teoría general de sistemas - *Totalidad*: cualquier objeto o hecho real es una totalidad es una totalidad formada a la vez por totalidades. El concepto de todo y parte es relativo y dependiente del punto de vista que se adopte el individual y/o el grupo.

- *Organización/Jerarquía*: esta dada por la red de interacciones entre los elementos de un sistema. Logrando una coherencia interna que se retroalimenta mutuamente y se reconoce como estructura, que a la vez se organiza siguiendo un estricto orden jerárquico.

- *Transformación y equilibrio*: el sistema abierto intercambia permanentemente información y energía y constantemente vive procesos de construcción y reconstrucción en busca de un equilibrio estable.

- *Equifinalidad*: predica que a la situación actual de un sistema se puede llegar por distintas posibilidades, por distintas alternativas y puntos de partida para obtener el mismo fin.

- *Causalidad circular*: cualquier cambio en uno de los elementos del sistema influencia los otros componentes, el movimiento o cambio de cualquiera de ellos incide en la dinámica particular de cada uno y al conjunto del grupo.

* **Teoría sistémica aplicada a la familia** Los trabajadores sociales le han dado gran importancia a la sistémica para comprender y abordar la familia desde una mirada holista de su estructura, función y ciclo vital.

La familia como sistema social es un sistema relacional, activo, abierto en interacción permanente, en transformación, compuesto a su vez por subsistemas (conyugal, fraterno y parento-filial). Cada individuo integrante de una familia, es un sistema; ambos están conectados con el suprasistema (barrio comunidad o sociedad en general)⁹. El funcionamiento de la familia debe garantizar tanto el desarrollo individual como el de la totalidad del grupo.

- *La familia como sistema en constante transformación:* la familia se adapta a las diferentes exigencias de su ciclo vital, adaptándose y acomodándose como eje del pasaje hacia nuevas formas de relación haciendo cambios y ajustes con el fin de asegurar y dar crecimiento biopsicosocial a sus miembros.

- *La familia como sistema abierto:* la familia interactúa con múltiples sistemas en relación dialéctica, es decir las condicionan y a su vez son condicionadas por las normas y los valedse la sociedad circundante a través de un equilibrio dinámico.

- *La familia como sistema activo que se auto gobierna:* la familia tiene reglas que se desarrollan y modifican en el tiempo, a través del ensayo y el error. Permite a los diferentes miembros experimentar lo que esta permitido en la relación y lo que no esta.

- *La familia como totalidad sistémica:* es un conjunto organizado e interdependiente de subsistemas que se mantienen en relación dinámica y se organizan en torno a funciones para la supervivencia.

⁹ ESTUPIÑÁN Mójica Jairo y HERNÁNDEZ Córdoba Ángela. El Estudio De La Familia Desde Una Perspectiva Sistémica.

- *La familia como sistema circular:* el comportamiento de una persona es respuesta y a la vez estímulo para la conducta sucesiva de los otros miembros de la familia, que en su momento se transforma en estímulo para el comportamiento de las otras personas. Los miembros de la familia se influyen mutuamente en el proceso de convivencia.

- *La familia como estructura:* la estructura son las pautas de interacción relativamente duraderas que concurren a ordenar y organizar los subsistemas familiares. El desarrollo normal de la familia requiere de la alternancia entre periodos de homeostasis y periodos de crisis. La dinámica de una familia normal si se adapta a las inevitables presiones de la vida, de manera de preservar su continuidad y facilitar reestructuraciones.

* **Consideraciones de la Terapia familiar sistémica** El tratamiento con familias conlleva varios elementos, dentro de las diversas escuelas comprendidas por la teoría general de la terapia familiar sistémica, los cuales mencionaremos a continuación.

1. Se valora a las personas como entidades que interactúan dentro de un contexto, influyéndolo y siendo influidas por el mismo.
 2. El ciclo vital son esenciales para el diagnóstico y la elección de la estrategia terapéutica.
 3. Los síntomas son mantenidos por el sistema y éstos a la vez, sostienen al sistema.
 4. Se da la búsqueda de conductas alternativas latentes a nivel interrelacional, potencializándose los cambios individuales hacia cambios más generales.
- También ambas escuelas observan la terapia y al terapeuta de la siguiente manera: pragmática.
2. Se enfatiza el presente antes que el pasado.
 5. El terapeuta se responsabiliza de la conducción y cambio del proceso

Terapéutico.

7. Las metas terapéuticas se negocian con los clientes.
8. Se pretende "re-etiquetar" o "reencuadrar" más que esclarecer.
9. Las tareas pos-terapia son una parte esencial del tratamiento.
10. Es muy importante para el terapeuta adquirir el control del sistema familiar, para brindárselo posteriormente a otros miembros, de acuerdo con los objetivos propios de la terapia.¹⁰

Podemos comprender entonces que para lograr un cambio en la "realidad" de un paciente o "chivo expiatorio" se requiere la relación entre él y su contexto, recordando que mutuamente se preservan sistema y síntomas, aunque por fortuna también se modifican.

* **Modelos de terapia familiar para el tratamiento de adictos y sus familias en hogares Crea.** Después de comprender la relación del consumo de sustancias con las formas de interacción familiar, el siguiente paso fue procurar una atención adecuada a la familia que pudiera generar cambios positivos. De ahí que se contemplo la propuesta para la intervención de la familia con miembros farmacodependientes adolescentes de Jay Haley y Cloe Madanes, el enfoque **Estratégico**, que consiste en que "el clínico induce el inicio del tratamiento y diseña un enfoque particular para cada problema; Los terapeutas estratégicos pretenden influir de manera directa sobre las personas".

Por lo anterior, proponen que para iniciar la terapia con jóvenes usuarios de drogas y sus familias, "como primera estrategia, los padres discutan ambos el

¹⁰ SALVADOR, Minuchin. familias y terapia familiar. Gedisa. Barcelona, 1979. p90

problema y lleguen a un acuerdo”, evitando triangular al terapeuta (incluirlo en su discusión). Otro aspecto importante radica en identificar la forma “como” se presenta el síntoma y la intervención de cada miembro de la familia para que se manifieste. En la indagación de estos patrones de relación es sustancial darse cuenta cuál de los padres se encuentra más involucrado con el usuario y cuál se halla más distante. Con esta primera mirada de las pautas de interacción en la familia (secuencia), el terapeuta podrá buscar las estrategias adecuadas para abordarla por alguna de estas pautas, padre-madre, madre-hijo, padre- hijo, según quién describa el “problema”, cómo, cuándo”.

Otro enfoque para la intervención de familias con miembros farmacodependientes adultos es el **Estructural- estratégico** del *Dr. Ricardo Sánchez-Huesca* que plantea que “El procedimiento consiste en adaptar la teoría estructural como paradigma orientador, aplicando sus técnicas al mismo tiempo que el modelo estratégico, especialmente en cuanto a tener un plan específico. Sus paradigmas incluyen los supuestos siguientes:

- a) Presencia de interacciones circulares entre los miembros de la familia y dentro de un contexto. En acuerdo con esa estrategia, lo primero que debe encararse es la triada compuesta por el adicto y ambos progenitores con el propósito de trabajar la individuación del adicto.
- b) Ciclo vital de la familia tanto para la evaluación como la estrategia.
- c) Consideran que el síntoma es mantenido y mantiene el sistema. Los elementos prácticos incluyen, entre otros los siguientes:
 - a) Un esquema de la familia según jerarquías, límites, alianzas o coaliciones.
 - b) El plan terapéutico se organiza basándose en un modelo de lo “normal” en una familia, dependiendo de la etapa de su evolución, en un contexto cultural y socioeconómico determinado.

c) La estrategia se dirige a la “reestructuración” del sistema, estableciendo fronteras, diferenciando miembros excesivamente apegados, incrementando la participación de otros desapegados, etcétera.

d) Utilizan tareas, directivas, intervenciones paradójicas.”

Se intenta la separación que hasta ese momento no han conseguido, mediante un proceso de individuación.

* **Subsistemas de la familia** Los subsistemas funcionan dentro de cierta estructura, es decir, la posición que tiene cada uno de los elementos, y se conforma de acuerdo a pautas de interacción repetitivas. Estos subsistemas son:

- *Subsistema Conyugal*: esta integrado por la relación hombre-mujer por el tipo de atracción –rechazo existentes entre ambos.

- *Subsistema Parental*: se refiere al funcionamiento de la pareja de padres, a los acuerdos y desacuerdos sobre cual debe ser el comportamiento de los hijos. Este subsistema continúa aun si la pareja llegara a separarse.

- *Subsistema fraterno*: esta dado por la relación que se establece entre hermanos.

- *Reglas*: organizan el funcionamiento de la familia, son implícitas y se reconocen conscientemente cuando no se cumplen.

- *Límites*: son las líneas o fronteras que separan o diferencian a un elemento de otro dentro de un subsistema. Los límites pueden ser *claros, difusos y rígidos*.

Los límites claros, se mantienen cuando cada integrante de la familia cumple con las normas y las reglas establecidas.

Los límites difusos, refieren cuando un elemento del sistema invade el espacio del otro integrante y no se cumplen las reglas en la familia.

Los límites rígidos, existen cuando la comunicación entre los subsistemas es difícil, y no lleva a cabo las funciones protectoras de la familia

-La *disfunción familiar o patología* se produce por el déficit acumulado y persistente en la negociación razonable de las presiones. Si la familia reacciona produciendo rigidez sobrevienen conductas disfuncionales.

Tenorio Rosalba y Mendoza Cristina afirman que los "dos extremos en el funcionamiento de los límites la conforman dos tipos de familias; *familias aglutinadas o amalgamadas*, o bien las *familias desligadas o esquizoide*, las cuales pueden provocar diferentes patologías; por ejemplo, en el primer caso un trastorno psicossomático y, en el segundo caso, ciertas adicciones como al alcohol o drogas"¹¹.

* **Ciclo vital de la familia** La familia atraviesa por diferentes etapas del desarrollo, existen cambios que ponen a prueba su solidez.

- *Noviazgo. Cortejo. Galanteo. Compromiso.* En esta primera etapa implica que dos personas provenientes de diferentes núcleos familiares establecen una relación afectiva, sólida con perspectivas reales y conscientes de consolidarse y crecer hacia el futuro. En esta medida no todas las relaciones afectivas pueden catalogarse como antesala a la conformación de nuevos sistemas familiares.

La constitución de la pareja implica una fase previa de los que se denomina de acuerdo a cada cultura, el noviazgo, el cortejo, o galanteo, o compromiso en el que básicamente hay un reconocimiento y medición de las expectativas mutuas y de las posibilidades de convivir juntos.

- *Conformación de la pareja:* mediante acuerdos esta define las fronteras que regulan las relaciones entre la reciente unidad y la familia de origen de ambos, los

¹¹ TENORIO, Herrera Rosalba y MENDOZA, Ramírez Cristina. La atención individualizada en el trabajo social. Manual de Trabajo Social. Coordinador, Manuel Sánchez Rosado. Plaza y Valores. Pág. 179.

amigo, el trabajo, el vecindario. Dentro del subsistema conyugal, la pareja debe armonizar los estilos y las diferentes expectativas de ambos y crear reglas sobre la intimidad, jerarquías, pautas de cooperación, etc. La elaboración de pautas viales para expresar y resolver los conflictos es un aspecto esencial de este período, es decir en este sentido la tarea propia en esta etapa es la negociación constante, para lograr acuerdos que beneficien y gratifiquen a las dos personas tanto a nivel personal como en pareja.

- *La familia con hijos pequeños:* se inicia con el nacimiento del primer hijo, el subsistema conyugal se reorganiza con nuevas tareas y nuevas reglas; Iniciándose un reciente proceso de negociaciones en la búsqueda del espacio para el nuevo miembro. Surgen vínculos como los abuelos, tíos, primos.

El grupo familiar comienza a confrontar los cambios frente al ejercicio de la autoridad y a la necesidad de interacción de sus hijos con el mundo exterior

- *La familia con hijos en edad escolar y adolescente:* la familia se relaciona con la escuela, surgen situaciones que requieren cambios y ajustes por parte de los padres respecto a los hijos y su vida escolar. En la adolescencia, la familia debe estar abierta y debe ser flexible a los cambios, siempre con sus fronteras y sus límites muy claros.

En la adolescencia el grupo de iguales cobra gran fuerza, es como una cultura con sus valores sobre el sexo, la política, la ropa, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, planes para el futuro que exige a los pares la permanente renegociación de la autonomía y el control; las demandas escolares y los desafíos del grupo al que pertenecen los adolescentes desorganizan las pautas establecidas en la familia poniendo a prueba sus recursos.

Esta etapa implica una serie de tratos con la autoridad, el grupo de iguales, las normas y valores, haciendo urgente un reajuste jerárquico, parental y conyugal. Si los acuerdos señalados por el sistema familiar en otras fases del ciclo han permitido su progreso, entonces reencuadrar el rol parental, la autoridad, la relación de pareja, y ajustar la relación con iguales, resultará un proceso esperado de acople y adaptación; en caso contrario, el reencuadre del sistema requerirá mayores esfuerzos y en ocasiones dispara la dispersión familiar.

- *Familia con hijos adultos*: los hijos crean sus propios compromisos, su estilo de vida, escogen profesiones, compañías, cónyuge. Generándose en este proceso rupturas, duelos, cambios de rol y función. La independencia de los hijos con los padres, plantean al sistema crisis y ajustes que serán mayores o menores de acuerdo con la flexibilidad del sistema y a la homeostasis del núcleo familiar. En esta etapa se posibilita la apertura de nuevos subsistemas en el sentido de hacer realidad su salida y a la vez ingreso de nuevos subsistemas; la red social de la familia se amplía con el intercambio que se produce al involucrar nuevos miembros al sistema como yernos, nueras, nietos, etc., quedando configurados nuevos roles de suegro-a. Abuelo-a, etc¹².

* **La familia en crisis** En el campo de la salud mental "una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas"¹³.

¹² ESTRADA, Lauro. El ciclo vital de la familia. Edit. Posada, Mejico, 1988. pg 57.

¹³ GARCIA Ramos JUAN C. Enfoque terapeutico de urgencia y breve. Facultad de psicología – UAQ. Santiago de Chile.

La crisis generalizada que afecta a la sociedad también afecta a la familia con consecuencias nefastas para este sistema, especialmente en el ámbito relacional. Para Saúl Barato, En el aspecto económico "la transición a nuevas formas de organización y producción de la sociedad tradicional y la sociedad moderna ha producido cambio no solamente en la concepción familiar, sino que ha llegado a socavar su propia estabilidad". "En la sociedad actual se vive en lo impersonal, la familia se pierde en las masas, lo mismo que sus miembros cuando ésta se desintegra. La identidad personal no se encuentra y la deshumanización se acrecienta ante el poder alarmante de los medios de comunicación social para masificar". Por otra parte "la autoridad garantiza igualmente la permanencia del grupo familiar; la autoridad hoy ha tomado un matiz competitivo". Llega al poder quien mejor compite, por tanto la autoridad es funcional y transitoria.

"La relaciones familiares son relaciones diferentes y es necesario mantenerlas diferenciadas para lograr armonizarlas. Cada quien al interior de la familia debe aprender a conjugar adecuadamente su función. Las relaciones familiares también esta en crisis, las relaciones han sido debilitadas por el trabajo, la diversión individual, la exigencia social, el vicio", "La unidad emocional disminuye y el afecto permanente, indispensable para el desarrollo normal del hombre no se manifiesta". La mayor evidencia de esta crisis vivida por la familia son la serie de carencias y problemáticas que implican efectos que dificultan el desarrollo adecuado y el buen funcionamiento de sus miembros; Familias carentes de amor, algunas con ausencia del padre, de la madre o de los dos progenitores.

* **Tipología de las familias del adicto** En el marco de la terapia familiar son variados los autores que han abordado las adicciones, entre ellos, Cancrini, quien realizo una tipología de las familias del adicto, expone que estas familias tienen,

“Patrón de relación de dependencia, química, en especial al alcohol; en varias generaciones, el adicto tiende a crear fuertes relaciones externas y refugiarse en subculturas juveniles. Estas familias suelen ser más primitivas y directas para expresar el conflicto (violencia física entre los cónyuges y hacia los hijos); con frecuencia se muestran amalgamadas y con un patrón de conducta infantilizante (tratar al adicto como menor de edad).

En el otro extremo, se observan familias desligadas; muestran dificultad en los patrones de relación para manifestar afecto y emociones, así como en las formas de comunicación donde prevalecen los dobles mensajes, con pautas transaccionales rígidas, así como una tendencia hacia la búsqueda de conductas alternativas para la expresión de los conflictos como la violencia intrafamiliar, el maltrato y algunas veces abuso sexual en la infancia”. (Richard Rorty, Cit el estudio de Cancrini). A esto se suman dos posibles actitudes del padre, un hombre autoritario, hostil y violento, pero que es manipulado por la madre en lo concerniente al poder dentro de la familia. También hay en común entre estas familias que los hijos y especialmente el fármacodependiente, tengan mucho poder sobre los padres; que haya una coalición generacional donde la madre y el hijo adicto se coloquen en contra del padre.

Las familias coadictas “con miembros usuarios de sustancias varones, muestran rasgos similares, como madre sobreinvolucrada, apegada, sobreprotectora con una relación indulgente permisiva para el adicto, minimizando la adicción. En cuanto al padre, se observa distante, desapegado y ausente; débil o demasiado rígido, una gran mayoría de éstos presentan problemas en el consumo de alcohol”. (Pittman, 1991) describe dos tipos de padres de hijos adictos: un “hombre de paja”, autoritario y violento pero controlado fácilmente por la madre, y el distante, que

ocupa el segundo lugar de autoridad en la familia, la relación del padre-hijo adicto es descrita generalmente en conflicto, con una disciplina rígida e incoherente.

1.3.5. Teorías del desarrollo de la personalidad

* **Teoría de Erik H. Erikson:** sobre el desarrollo psicosocial, quien desarrollo estudios sobre el desarrollo infantil acerca de las condiciones básicas de una personalidad sana. H. Maier hace una síntesis sobre Erikson y menciona sus premisas, supone que "el individuo tiene la capacidad innata de relacionarse de manera coordinada con un ambiente típico y predecible" por tal concede gran importancia a los procesos de socialización.

En su segunda premisa plantea "la relación del individuo con los padres dentro del contexto familiar y con un medio social más amplio dentro del marco de la herencia sociocultural de la familia" teniendo en cuenta con ello la dinámica de la familia a la cual pertenece el niño y todas las interacciones sociales tanto positiva como negativa. En la tercera premisa señala "las oportunidades del desarrollo del individuo", en el sentido de que toda crisis personal y social aporta elementos que se orientan hacia el crecimiento.

Para Erikson los impulsos básicos, el ambiente físico, social, cultural e ideacional en conjunto con los procesos biológicos y psicológicos actúan para que se realice el desarrollo de la personalidad sana. En cada fase el individuo debe afrontar cierto problema o crisis entre dos polos y debe solucionarlo culturalmente, pues su influencia específica lo deseable del desarrollo. La solución de la crisis en la etapa provoca crecimiento en el individuo y el fracaso despoja al individuo de su

supremacía y amenazara su desarrollo personal. Las fases propuestas por Erikson son las siguientes:

FASE I: Confianza vs. Desconfianza: fundamento de todo el desarrollo, pues <<ayuda al individuo, a crecer psicológicamente y aceptar de buena gana las experiencias nuevas con expectativas favorables>>. Las experiencias y ¹⁴sensaciones corporales se constituyen en la primera experiencia social <<que el infante se convierta en una persona confiada y satisfecha de la sociedad o en una desconfiada y exigente, preocupada por las necesidades corporales depende en gran medida de cómo se le trate>>

FASE II: Autonomía vs. Duda / vergüenza: realización de la voluntad. <<a medida que aumenta la confianza del infante en su madre, en su medio y en su modo de vida comienza a descubrir que la conducta que desarrolla es la suya propia. Crea un sentido de duda que se acentúa a causa de cierta vergüenza suscitada por la rebelión instintiva contra su dependencia anterior, que le complació y por el temor de sobrepasar sus propios límites o los del ambiente -afirmarse y autoafirmarse>>. En esta etapa el niño experimenta un impulso interior a demostrar su propia voluntad y su movilidad muscular, a la par que renuncia intrínsecamente a experimentar con sus cualidades potenciales. En este momento el niño necesita una guía sensible y comprensiva, así como un apoyo graduado, pues de lo contrario puede sentirse desorientado y forzado a volverse contra si mismo.

FASE III: Iniciativa vs. sentido de culpa: realización de la finalidad. Un sentido de iniciativa impregna la mayor parte vida del niño, cuando su medio social lo inicia a desarrollar una actividad y alcanzar una finalidad – es decir a dominar tareas

¹⁴ Henry Maier. Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Ed, Amorrortu. Buenos Aires.2000. Pg 39-76.

especificas- se le pide que asuma responsabilidades de si mismo y de lo que esta englobado en su mundo.

FASE IV: Adquisición de un sentido de industria vs. rechazo de un sentido de inferioridad. Realización de la competencia. El pequeño en edad escolar refleja su determinación de dominar las tareas que afronta. Por una parte hay un constante movimiento de energía para consagrar todo esfuerzo posible a la producción, a ello se opone el temor del individuo por el hecho de ser un niño, situación que suscita un sentimiento de inferioridad (7 a 11 años)

El niño desarrolla sus cualidades, se concentra en su capacidad para relacionarse y comunicarse con los individuos que le son más significativos: sus pares. Experimenta un sentido de realización por haber actuado eficazmente, desea ser el mejor, el mas fuerte, etc evita el fracaso a cualquier costo, realiza las tareas de su grupo de edad.

FASE IV: Adquisición de un sentido de identidad vs. Difusión de la identidad: Realización de la FIDELIDAD. El adolescente desarrolla una autentica disposición para afrontar los posibles problemas del mundo adulto. El sentido de identidad que le lleva a buscarse un lugar en la sociedad. Un sentido de difusión de la identidad que conduce a un sentido de inestabilidad en medio de numerosos y confusos reclamos internos y externos. Busca confortamiento en sus pares, que también se encuentran en estado de cambio y necesitados de aprobación.

El adolescente Requiere definir sentido del tiempo y conciencia de su propia identidad, ensaya diferentes roles, aun aquellos que son rechazados por los mayores, necesita una identidad ocupacional , darse a si mismo la satisfacción de que es capaz y trazar sus propios planes, igual que busca solucionar su conflicto bisexual e identificarse con su rol sexual, desarrollar la capacidad para asumir y acatar la autoridad, seleccionar una filosofía de vida una ideología o religión que le den confianza en su vida y su sociedad.

Maier señala, "muchos adolescentes tardíos afrontan un permanente problema de *difusión de la identidad* en relación a sus propias posibilidades y al lugar que les espera en su sociedad; es posible que el individuo resuelva su problema inclinándose hacia la delincuencia, eligiendo una identidad negativa antes que permanecer como un ser anónimo". Esta anterior, refleja según Erikson "un desesperado intento de reconquistar cierto dominio en una situación en la cual los elementos de la identidad positiva disponibles se anulan mutuamente". Es en medio de la crisis normativa, de ser o no ser, donde se puede caer en la alienación del aislamiento o las drogas". En algunos casos esta identidad negativa es provisional como un aspecto de la difusa identidad cuando se soluciona la crisis.

Muy relacionado con las anteriores capacidades que puede desarrollar el individuo, en el tratamiento se hace referencia los términos temperamento y carácter los cuales son definidos de la siguiente manera:

El Temperamento, son las características o tendencias emocionales, instintivas y pasionales que existen en el individuo en el momento de nacer¹⁵. El temperamento contribuye a modelar las reacciones afectivas, las del humor, siendo este el fundamento sobre el cual se construye la personalidad. Afortunadamente las tendencias reales determinadas por las modalidades temperamentales son la base apropiada para que se produzcan modificaciones en el individuo. Entre estas tendencias innatas se encuentra: la agresividad (acción correctiva), callosidad (indiferencia sentimental), impulsividad (actuar sin pensar), irritabilidad (reacción

¹⁵ Enciclopedia familiar. Vida amor y sexo. Isidro Aguilar y Herminia Gálvez. 2ª Edición, tomo 1. Ed. Safeliz. EE.UU.

intolerante), melancolía (revivir el pasado), sensibilidad (reacción sentimental), sexualidad(a la procreación), y timidez (cohibirse en vez de actuar).

El Carácter, abarca el temperamento y las posibles modificaciones familiares, socioculturales y personales inducidas por la educación y los deseos de cambio y de perfeccionamiento. Crea define el carácter como todas aquellas capacidades personales que se adquieren y se desarrollan a través de la experiencia. Son cualidades, actitudes demostradas, disposición de la persona. Entre las capacidades del carácter se encuentran: Confianza, Autonomía, Iniciativa, Industriosidad, Identidad, Compromiso, Generatividad y Trascendencia (Manual de tratamiento)

* **Teoría de análisis transaccional** El psiquiatra Eric Berne, en su teoría hace un análisis de la transacción social, de las personas que interactúan al momento de la transacción. Teoría de la personalidad y de las relaciones humanas basada en el análisis de: los estados del yo, las transacciones, los juegos psicológicos, los guiones de vida. Habla sobre los llamados "Estados del Yo" y los define como "sistemas coherentes de pensamiento y sentimiento manifestados por los correspondientes patrones de conducta" (Berne, 1961). Esta supone que en varias interacciones se puede estar actuando en un rol o estado del ego diferente. Ninguno se queda fijo en estos estados del YO, sino que puede fluctuar de uno a otro según la situación y necesidades del momento.

"El modelo de análisis transaccional es un modelo decisional que permite: Comprender nuestras relaciones, sentir y tomar conciencia de nosotros mismos,

actuar para cambiar". Al profesional y terapeuta le proporciona una serie de herramientas para el diagnóstico, intervención y evaluación de la realidad psicosocial en su campo de actuación; de manera específica permite al profesional con el usuario establecer "un acuerdo Adulto con uno mismo o con otra persona para realizar un cambio", es conveniente para generar crecimiento y cambio personal, la exploración de recursos, apoyo y orientación social, todo ello en un marco de respeto mutuo acerca de la propia valía y del propio potencial del usuario. Los estados del ego manifestados en las transacciones pueden ser tres:

1- *Estado Padre del Yo*: derivado de los padres que ha tenido y que contiene las actitudes y el comportamiento incorporados de procedencia externa, recopilación de todos los mensajes acumulados en la persona desde su infancia. En él la persona siente, piensa, actúa, habla y responde igual que lo hacía su padre o su madre cuando él era pequeño. Sus principios e ideas básicas acerca de la vida, sus pautas de comportamiento, las normas, reglas y leyes de convivencia, lo que se debe y no se debe hacer en cada momento, el cómo, cuándo y dónde de las diversas acciones, las advertencias fundamentales, puede comportarse protegiendo cuando es necesario, dando normas oportunas, orientando de forma conveniente, velando por la seguridad de los demás

2- *Estado Adulto del Yo*: la persona aprecia la realidad presente de forma objetiva, con un sentido adecuado, de forma organizada, apreciando objetivamente lo que le rodea, calculando las posibilidades y las probabilidades sobre la base de su experiencia y conocimientos. El yo real, capaz de pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones; Es la parte de la personalidad que computa la información, la procesa y responde en consecuencia. Se caracteriza por su vocación por la objetividad, la razón y la lógica. Es como un ordenador que capta los datos, los combina inteligentemente y los trata de forma lógica procediendo por inducciones

y deducciones sucesivas para tomar, finalmente, la decisión adecuada, captar la mejor acción y elegir la solución correcta.

3- *El estado Niño del Yo*: contiene todos los impulsos naturales a la vez que las grabaciones de sus primeras experiencias, de cómo respondió a ellas y de las posiciones que adoptó con relación a él mismo y a los demás; o de otro modo, es la parte de la persona que siente piensa, actúa, habla y responde igual que lo hacía él/ella cuando era un niño/niña de cierta edad. *EL NIÑO* recopilación de todas las respuestas emocionales de la vida.

Es la parte del Niño que juega sin trabas, que ríe o llora cuando lo siente, que se pone triste o contento en consonancia con los acontecimientos, que dice las cosas tal como las ve, sin restricciones y tabúes, sin prejuicios, que se asombra con cualquier cosa, que se revela contra las anomalías de este mundo.

El individuo en su infancia, es decir, el niño, tiene diversas posibilidades de adaptarse a su medio: puede tender generalmente a hacer aquello que los demás esperan de él, adaptándose de forma sumisa y entonces hablaremos de NIÑO ADAPTADO SUMISO (NAS), o bien puede desarrollar la tendencia a actuar haciendo lo contrario o dejando de hacer lo que se le pide y en este caso hablaremos de NIÑO ADAPTADO REBELDE (NAR).

Todos los seres humanos manifiestan tres estados del Yo. La experiencia clínica aporta que todos hemos sido programados por nuestras historias psicológicas individuales para reaccionar como padre, adulto o niño en determinadas

situaciones de la vida, esta programación social o individual tiende a cristalizar en patrones de acción y reacción.

Cada ambiente va a reforzar en sus niños sólo aquellas conductas que encajan en las expectativas familiares. Según Berne, "la porción más intensa y significativa de dichas expectativas está en el Niño Adaptado de los padres, siendo a la vez no consciente y no verbal, en la mayoría de los casos". Tras la repetición de miles de veces, esos "programas" familiares, quedan internalizados de forma que luego tenderemos a buscar, inconscientemente, individuos con *programas complementarios* a los que llevamos en la cabeza; Es decir, las transacciones más significativas en nuestros años de formación van a quedar registradas en nuestra mente, como una forma de conducta automatizada e internalizada. Luego nosotros en futuras relaciones las sacaremos de modo que se repetirán pero ahora con otras personas¹⁶.

*** Teoría de la comunicación humana** Para comprender la dinámica familiar es importante la comunicación como enfoque terapéutico y relacional emerge de las ciencias sociales; pues se entiende que el comportamiento humano es comunicación, de ahí su importancia en la atención Socio –familiar. Los axiomas que plantean Watzlawick, Jackson y Beabin son las siguientes:

1. *Es imposible no comunicarse:* dentro del marco de la familia cualquier conducta tiene para los otros miembros un mensaje y ya que es imposible no tener

¹⁶ JOHN POWELL, S.J. Por qué tengo miedo de decirte quien soy. 1ª edición. Ed, Diana. Mejico. 1998. Pagina de Internet [http / www.arrakis.es](http://www.arrakis.es)

conductas se hace claro que es imposible no comunicarse dentro del sistema familiar.

2. *Toda comunicación implica una información y una definición de la relación entre los comunicantes:* ese doble aspecto del mensaje familiar se ejemplariza en la comunicación paterna al hijo teniendo relevancia la comunicación conductual; ambos modos de relación se complementan en cada mensaje. El contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relacional es de naturaleza predominantemente analógica.

3. *Toda serie de mensajes tiene una puntuación en la secuencia de hechos* esta característica se refiere al hecho de que la comunicación intrafamiliar, puede ser vista como una serie ininterrumpida de mensajes intercambiados, de tal manera que en un momento dado no se sabe si uno de ellos es estímulo o es respuesta dentro de ese dar y recibir que es la comunicación intrafamiliar. Lo que es importante de esta característica de la comunicación es que ella organiza la conducta de los participantes y es por lo, tanto vital para el funcionamiento del sistema.

4. *Todo mensaje tiene componentes digitales y analógicos:* la comunicación no verbal, no lingüística, es de tipo analógico, incluyendo la expresión del cuerpo, la postura los gestos, la inflexión de la voz, la secuencia y el ritmo. La comunicación digitalica o verbal, tiene una gran capacidad sintáctica, es decir un enorme potencial de transferir información.



5. *La comunicación intrafamiliar puede ser simétrica o complementaria:* cuando las conductas de los comunicantes tienden a reflejarse mutuamente, como en el caso de la relación padre-hijo cuando a mayor actitud agresiva del padre corresponde el hijo con una actitud de mayor agresión, se dice que la relación es simétrica, según estén basados en la igualdad. Al paso que cuando a la mayor agresión del padre corresponde el hijo con una actitud de menor agresión (sumisión) la relación se cataloga como complementaria, según estén basados en la diferencia.

1.3.6. Aspectos personales relacionados con el uso de sustancias

La salud mental es definida como "el derecho y compromiso de toda persona, familia o grupo para manifestar sus capacidades biomédicas, psicoafectivas y socioculturales, interactuar en su entorno, de vida ciudadana de manera satisfactoria.

Es de suma importancia nombrar que en muchos de los casos el uso de drogas esta relacionado con la incapacidad de manejar los sentimientos de insatisfacción, de ideales y como posible solución a la dependencia emocional, a la deficiente autoestima, sumada a un pobre conocimiento de si mismo, inmadurez emocional; finalmente, mecanismos de defensa y adaptación demasiado rígidos, es decir que la persona se adhiere a un modo de actuación que ya no es apropiado, los problemas de personalidad, en especial de tipo antisocial con problemas de conducta, son factores que con frecuencia se asocian al abuso de sustancias.

En este contexto, es donde se inicia el consumo de sustancias, durante una crisis personal en la cual las capacidades adaptativas se encuentran alteradas, en una fiesta, paseos o en la cancha del barrio con el grupo de "amigos" donde ocurre el primer contacto con las drogas. Si el usuario experimenta una tolerancia, como consecuencia puede presentarse un uso y dependencia continuos.

En estos casos, problemas como la frustración, la negación pueden restringir su capacidad para reconocer la necesidad de ayuda y su disposición para solicitarla. Flaqueando en las habilidades más básicas de comunicación como expresión de sentimientos, saber hacer peticiones o la capacidad de negarse, de confrontación constructiva, de negociación y transacción.

* **Abuso de drogas en la adolescencia** La pubertad hace referencia a los cambios fisiológicos - sexuales que sufre el organismo de los adolescentes en su camino hacia la edad adulta, mientras que la adolescencia se refiere a los cambios psicológicos y a las implicaciones sociales y culturales dentro de la maduración sexual misma. Erikson hace alusión a esta etapa como una etapa de crisis que deben ser solucionadas a nivel individual y social. En esta etapa el adolescente vive situaciones conflictivas por las cuales adopta actitudes negativas de enfrentamiento y provocación, tornándose rebelde y obstinado pretendiendo consolidar su propia identidad sin imposiciones externas. Este requiere desarrollar una serie de capacidades y habilidades sociales para poder funcionar como un adulto (reajuste).

En términos del desarrollo emocional esta etapa se manifiesta con estrés y ansiedad, haciendo al adolescente más sensible a las presiones de su grupo de amigos; la aprobación por parte de éstos es fundamental para su propia estima y concepto. Evita sentimientos de culpa, rechazo, angustia, depresión e inhibiciones individuales que podrían ser funestos.

En sus abordajes terapéuticos el Dr. Eduardo Riquelme y la Psic. Rocío Romero mencionan que "Después de los 10 años de edad del preadolescente su entorno social se amplía, conforme va creciendo, aunque también implican mayores

riesgos que generan tensión y angustia, por lo que el tabaco, el alcohol y otras drogas se convierten en acompañantes indeseables, independientemente de la cultura y el país al que pertenezcan”¹⁷. La independencia de sus padres con una mayor confianza en sus amistades y relaciones extrafamiliares, lo ayudan a adquirir más autonomía, responsabilidades correspondientes a su rol, validar su conducta e interés en las relaciones de pareja.

Estos autores continúan diciendo” el nivel intelectual más alto se alcanza durante la adolescencia temprana, cuando el muchacho(a) cambia de las operaciones concretas de la etapa previa al pensamiento formal o abstracto, que es mucho más flexible. Este desarrollo intelectual pueden desencadenar choques con las figuras de autoridad o las instituciones. Por lo cual, los adolescentes cuestionan las reglas que antes aceptaban”¹⁸. “Las conductas de riesgo aumentan en la adolescencia al explorar nuevos roles y comportamientos hostiles que podrían conducir al consumo de drogas. En este sentido, los adolescentes realizan estas actividades por el simple gusto de sentir el desafío del peligro al que se enfrentan. En este proceso, participan varios factores, como el nivel hormonal de testosterona y los cambios cognitivos que se suceden. Por otro lado, los adolescentes tienden a consumir alcohol u otras drogas para atenuar la tensión asociada con el coraje que les provocan las reglas familiares y sociales establecidas, con lo que se incrementa la conducta hostil. Con estas conductas, el adolescente impresiona a sus pares, sin evaluar el riesgo que corre. Esto es producto de la impulsividad, propia de esta etapa, y de los cambios fisiológicos, conativos, afectivos y conductuales que le generan ansiedad”¹⁹.

¹⁷ Eduardo f. Riquelme garcia y Rocío Romero Reséndez, Abordajes terapéuticos, argentina 2002 Pg 267

¹⁸ Repite cita

¹⁹ Repite cita

El consumo de drogas en la adolescencia se explica mediante el desarrollo que ocurre a través de diferentes interacciones que tienen lugar en los jóvenes y en aspectos de su entorno social y familiar. Aspectos que influyen simultáneamente entre sí.

La adolescencia se constituye en un camino que encausa hacia la etapa adulta, en el que pueden encontrarse momentos críticos para el joven en los que deben tomar decisiones para orientar su vida a nivel del control de su destino y una identidad personal estable.

Es en estos momentos en los cuales el joven puede optar por el consumo de drogas como la solución más adecuada a sus problemas, o pretendiendo encontrar en ellas la fuerza y seguridad que no encuentran en si mismos terminando en el callejón sin salidas que esta se convierte para muchos. Entonces lo realmente importante no sería indagar que conlleva al consumo sino que busca el joven al mantenerlo.

1.4. MARCO LEGAL

La constitución nacional²⁰ de 1991, en sus artículos 13, 16, 18, 42, 43,44,45, 50, 52, 53, 67, 68, 103, plasma algunos de los aspectos de carácter económico social y político concerniente a la familia, la mujer, la niñez y la juventud. El estado es responsable de la protección de los derechos del menor, de garantizarles un desarrollo integral y protegerlo contra la injusticia que ejerce en él los padres, familiares, vecinos y la comunidad.

²⁰ CONSTITUCIÓN Política de Colombia, Edición actualizada. Ed, Momo. Bogotá. 2003

El instituto colombiano de bienestar familiar ICBF es el responsable de la protección de los menores entre 12 y 17 años que se encuentren en situación de abandono, en peligro físico y/o moral, en conflicto con la justicia (infractores) entre otros. Adela morales comenta que Rosseau y Pestalozzi denunciaron formas de irregularidad en el tratamiento hacia los menores, manifestado en forma de violencia, abuso y abandono hacia ellos, lo que se refleja en comportamientos disociales y trastornos de la personalidad²¹.

Por su parte Jean La Fontaine, define "el menor en situación irregular es todo niño, niña, adolescente que en cualquiera de sus fases de desarrollo sufre alteraciones bio-social". Kempe define al menor irregular "es todo niño, niña o adolescente en abandono físico, social y emocional"²².

De igual manera el código del menor en su título primero, artículo 29 cita "Un menor esta en situación irregular cuando: se encuentra en situación de abandono y peligro; Carezca de atención suficiente para la satisfacción de sus necesidades básicas; su patrimonio se encuentra en amenaza por quienes lo administran; se encuentre en una situación especial que atente contra sus derechos a su integridad". La realidad colombiana dista mucho de que se proteja los derechos los a menores, a pesar de la cantidad de personas, instituciones y comunidades para conseguir este logro; ya que diariamente se le vulneran sus derechos, por lo cual terminan involucrados en actividades delictivas a temprana edad, hurtos, homicidios y violación a la ley 30.

²¹ Adela morales, Derecho de familia. Ed, Norma. Medellín, 1995. Pg 161

²² Adela morales, Derecho de familia. Ed, Norma. Medellín, 1995. Pg 162

El ICBF regional Bolívar en sus estadísticas del año 2004, expresa en sus novedades de ejecución mensual que entre los meses de enero a septiembre en el departamento de Bolívar: 48 menores fueron declarados en situación de abandono, 1115 declarados en peligro físico y/o moral, 704 declarados con *problemas de conducta*, por maltrato infantil ya sea físico (454), por descuido (47), social (12), otros parientes (194).

En cuanto a las situaciones de conflictos familiares expresa que se dieron: por adicción al alcohol 146 casos, *por adicción a las drogas* 26 casos, en relación entre hermanos 147 casos, en la relación de pareja 2674 casos, en la relación padres e hijos 1225 casos, violencia entre parejas 607 casos.

Haciendo referencia a la juventud, la organización mundial de la salud (OMS) considera como población juvenil las personas entre 10 y 24 años; además ha considerado por separado tres grupos de edad 10 a 14 (preadolescentes), 15 a 19 (adolescentes), y de 10 a 24 (población juvenil). Para la legislación Colombiana joven es toda persona entre 24 y 26 años. El estado es responsable de la protección de los derechos del menor, garantizarles un desarrollo integral y protegerlo contra la injusticia que ejerce en él los padres, familiares, vecinos y la comunidad.

El artículo 45° declara "el adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

El tema sobre la juventud en la ley 375 de 1997 pasa a ser una política de estado.

Mediante el decreto 846 de 1999, se institucionaliza el programa de la promoción y protección de los derechos de los jóvenes, que promulga protección, educación y participación para los jóvenes.

1. 4.1. Areas De Derecho

La actividad de atención integral al menor desarrolla sus procesos en una perspectiva garantista de derechos fundamentales, los cuales se encuentran establecidos en cuatro grandes áreas:

* **Derecho a la vida y a la supervivencia** Comprende el derecho de los niños, niñas y jóvenes a la vida a la supervivencia, a tener niveles de salud y nutrición adecuados, acceder a los servicios médicos y de seguridad social. La garantía de estos derechos se presta de manera directa o mediante gestión de servicios con las entidades competentes dentro del sistema nacional de Bienestar Familiar.

* **Derecho al desarrollo** Comprende el derecho de los niños, niñas y jóvenes a todos los servicios que garanticen su pleno y armónico desarrollo como seres humanos en las dimensiones físicas, moral, intelectual, afectivo y social.

Derecho a la protección Comprende el derecho de los niños, niñas y jóvenes a ser protegidos contra toda forma de abuso, maltrato, explotación, discriminación o cualquier práctica que atenta contra sus posibilidades de desarrollo integral como seres humanos.



Derecho a la Participación Comprende los derechos relacionados con la libre expresión de la opinión propia en los asuntos que los afectan y que esta sea tomada en cuenta.

Posibilitar la búsqueda, recepción y difusión de información a los niños niñas y jóvenes usuarios del servicio así como permitir la libertad de pensamiento, conciencia y religión.

CAPITULO 2. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Después de haber finalizado la primera etapa de identificación de los agentes institucionales se prosiguió a la elaboración de un proceso de diagnostico apoyado en la evaluación de necesidades, en el análisis DOFA de la institución y en la interpretación de la información obtenida mediante técnicas de recolección de información que determinó la identificación de los aspectos componentes de la situación estudiada.

2.1. EVALUACIÓN DE NECESIDADES

La evaluación de necesidades realizada por la pasante de trabajo social determinó los recursos carentes en el proceso de reeducación. En la institución, inicialmente se dio un proceso de inducción, la recopilación de información sobre la misma, consultas de material facilitado por la corporación; la cual proporcionó herramientas para un análisis institucional relacionado con la parte operativa, con la ejecución de los planes de intervención y de trabajo, la implementación de métodos y técnicas orientadas hacia la reeducación de los adictos.

Para este propósito de manera inicial se uso la observación directa, como instrumento de recolección de información, entrevistas informales a los residentes como al equipo del distrito. Cuyo objeto era obtener información relevante en cuanto a la identificación de los elementos componentes de las situaciones estudiadas, en la consecución del objetivo en las que se haya involucrados los residentes y sus familias.

Luego se dio el análisis e interpretación de la información obtenida, la cual hizo evidente que sumado a su problemática de adicción a las drogas, causado por su desorden de personalidad del usuario, también se considera su bajo control de impulsos, violencia intrafamiliar, relaciones interpersonales disfuncionales. Se encontraron deficiencias con respecto a la formación de los residentes en habilidades comunicativas y sociales, además jóvenes con baja autoestima.

De manera específica, en el *manejo de sus relaciones familiares* es notable la ausencia de normas y límites, vacíos o carencias afectivas, el inadecuado manejo de la comunicación, el no acatamiento de figuras de autoridad en el hogar conllevando a comportamientos inadecuados, generando socializaciones callejeras, evasión de responsabilidades, compañías inadecuadas e incursión en grupos referenciados negativamente, deserción escolar, todo este panorama agravado por el consumo de sustancias psicoactivos de uno de sus miembros; aspectos que en conjunto se convierten en desequilibrante de la dinámica familiar.

Siendo esto manifiesto en el desinterés por participar en la vida familia, conllevándola a su posterior deterioro, en el que las manifestaciones afectivas se han perdido. Especialmente en cuanto a la satisfacción afectiva, lo que es un coadyuvante del adecuado desempeño socio-familiar, teniendo en cuenta el impacto recíproco que se presenta entre la persona y su contexto social.

Dado que la problemática de la farmacodependencia no solo afecta al individuo, sino a toda la familia como un sistema; pues ésta como una alternativa de solución, y con la intención de ayudar a su miembro afectado, ya desesperanzada la ha retirado su apoyo al adicto, y aun cuando este ha ingresado en el tratamiento aun no tiene el apoyo de su familia y menos su confianza.

Estos aspectos se asocian a los débiles lazos afectivos entre las familias y su residente. Aun cuando en la institución se ha logrado integrar a la familia en el tratamiento, no se ha podido comprometer a las mismas en el tratamiento de su residente, pues estas a veces abandonan a su residente en el tratamiento dejando toda la responsabilidad a la institución convencida de que el problema es del usuario. Situación que se perfila como el problema objeto de intervención de la práctica profesional.

Ya que a pesar de las acciones realizadas por psicología, de integrantes del equipo del distrito y los terapeutas, sin demeritar esta labor, los esfuerzos no han sido suficientes; pues, las familias siguen mostrando rasgos similares como: madre sobreinvolucrada con una relación indulgente y permisiva para con el adicto minimizando el problema de la adicción. En cuanto al padre, se observa distante, desapegado y ausente, algunas veces débil o demasiado rígido, una gran mayoría de éstos presentan problemas en el consumo de alcohol e incurren en el maltrato de su familia.

La institución no cuenta con un trabajador social de planta, quien posee los conocimientos y herramientas necesarias, los recursos, la aptitud y pautas de observación para captar disfunciones, síntomas en la intervención con la familia y promover los cambios necesarios en la estructura familiar; por otro lado, el trabajador social ve al residente como parte del sistema de relaciones que es la familia, pues a partir de estas disfunciones en las relaciones es que se origina el abuso de sustancias psicoactivas.

En el marco de esta problemática fue necesario partir desde una visión integral en la que se analizó, entre qué formas relacionales se dan las conductas adictivas en el interior de la familia, qué hace que se mantenga. A partir de lo anterior se realizaron las intervenciones pertinentes, de tal manera que el residente permaneciera en el tratamiento con el apoyo de su familia.

2.2. ANALISIS DOFA

Buscando desarrollar una acción eficiente y eficaz se hizo necesario un análisis crítico de las actividades realizadas por la institución en la que se identificaron las siguientes fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.

2.2.1. Fortalezas

- ❖ Todas las terapias y procedimientos están focalizados hacia la educación integral y atención individualizada de los residentes.
- ❖ El trabajo interdisciplinario con sus prácticas y procedimientos focalizados a la educación integral.
- ❖ El apoyo de la institución al trabajo de los profesionales en formación.
- ❖ La Imagen hogareña que proyecta el programa al educar para la vida.
- ❖ Que el tratamiento es aplicado por adicto para adictos.
- ❖ El grupo humano y profesional capacitados al servicio de la institución que permiten una adecuada atención de los usuarios.
- ❖ La organización, control y disciplina que existe en la gestión del equipo del distrito.
- ❖ Los Comités de apoyo familiar y comunitario con los cuales cuenta.
- ❖ El contacto de los residentes con los reeducados del programa como un ejemplo a seguir de superación.
- ❖ La organización del tiempo de los residentes para llevar a cabalidad las terapias y otras actividades.
- ❖ La empatía lograda con los usuarios del programa facilita el conocimiento de la problemática, implementar y desarrollar actividades.

2.2.2. Debilidades

- ❖ Personal de planta insuficiente en el equipo profesional: trabajadoras sociales de planta, otro psicólogo; un reeducador especial, una Promotora social.
- ❖ Que los profesionales sean un estaff en el tratamiento, pues para el objetivo que persigue la institución especialmente en relación con la familia, la acción del trabajador social es fundamental.
- ❖ Poca capacitación de los niveles en cuanto a la implementación del tratamiento.
- ❖ Débil promoción y proyección comunitaria, en el programa de prevención que permitirían una mayor cobertura, recoger las inquietudes de la comunidad, y a la vez evaluar el programa desde su aceptación y reconocimiento.
- ❖ Carencias en cuanto a un proyecto de orientación laboral, para brindar a los reeducados otras posibilidades de mantener el cambio.
- ❖ Planta física reducida en el hogar de menores
- ❖ La carencia de un profesional de Trabajo social especializado en intervención con las familias coadictas.
- ❖ Poco compromiso de los padres con el tratamiento de sus hijos y con el proyecto de vida del residente.
- ❖ Ausencia de investigaciones en la institución que den a conocer más acerca de la problemática de atención y sus modos de intervención.
- ❖ Carencia de un programa explícito de factores de riesgos, y prevención de recaídas.
- ❖ Las limitaciones del trabajador social en la atención de los residentes y sus familias.

2.2.3. Oportunidades

- ❖ Otras instituciones/organizaciones y personas que están dispuestas a apoyar su labor.
- ❖ Los convenios con el I.C.B.F.
- ❖ El voluntariado y el apoyo que ofrece.
- ❖ Los donantes
- ❖ Los convenios interinstitucionales con instituciones educativas
- ❖ Profesionales capacitados, enamorados de la causa y dispuestos a aportar sus conocimientos al bienestar de los residentes.
- ❖ Planta física que provee un ambiente terapéutico adecuado para la reeducación.

2.2.4. Amenazas

- ❖ Cuenta con poco personal profesional para una atención mas eficiente a los usuarios.
- ❖ Poco compromiso de la familia y conciencia de su papel en el tratamiento y la reeducación de su residente familiar.
- ❖ Los abandonos del tratamiento por parte de los residentes
- ❖ Algunas inconformidades en cuanto a las condiciones laborales de los empleados.
- ❖ Falta de apoyo económico de otras entidades privadas que apoye el sostenimiento de la institución.

2. 3. PRÁCTICA PROFESIONAL EN HOGARES CREA

La practica profesional en año social se constituye en el periodo durante el cual se pone a prueba los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en el proceso de formación por el estudiante en un medio institucional y a la vez promover un mayor acercamiento a la realidad y problemáticas sociales, como lo es la farmacodependencia, mediante estrategias profesionales que facilitaran un conocimiento, análisis y el planteamiento de posibles intervenciones, a partir del conocimiento teórico, investigativo, social y cultural que dan un sentido mas amplio al quehacer del trabajador social en una institución como hogares crea.

El trabajo social en el área clínica, cobra gran importancia desde una instancia de orientación, sustentación y apoyo, con el objetivo de rehabilitar, al desarrollar capacidades y habilidades, actitudes y valores perdidas, relacionados con el desarrollo de la persona, empoderarlos como sujetos desde un trabajo psicosocial, en el contexto de las interrelaciones a partir de una lectura sistémica de la problemática.

Fueron fundamentales en esta práctica las empatías que se generaron inicialmente frente a la profesional de trabajo social para negociar soluciones accesibles y objetivos realistas con el usuario, mediante la red de apoyo social que se establece a su alrededor, y generar en el residente cierta capacidad de competencia, autonomía, y responsabilidad por su propia vida sin que dependiera del trabajador social.

2.3.1. Líneas de acción en la práctica En la etapa de intervención, la acción como profesional en formación de Trabajo Social de la Corporación Hogares Crea se realizo desde dos líneas. La primera, en la que el objeto de intervención fueron las interacciones entre los residentes y su familia, y a la vez el residente como parte del tratamiento. Cuyo objetivo principal fue promover acciones que

respondieran a las necesidades personales de cada núcleo familiar y fortalecieran el compromiso de la misma con el tratamiento de su residente.

Otra línea de acción se dio al liderar el programa de Prevención, vale aclarar que el individuo es envuelto en la droga por ciertas falencias de la personalidad, en algunas fases de su vida o circunstancias con otras personas pertenecientes a su red de relaciones sociales inmediatas. La estrategia fue dirigida a facilitar una conexión entre la información y una experiencia emocional y relacional de la vida cotidiana del residente (testimonio de vida), para superar la necesidad de acciones episódicas y extraordinarias en la propia vida, lo que implica el acompañamiento de jóvenes y adultos que hacen parte del tratamiento.

Cumpliendo en este caso una función educadora al formar para la vida, para sus compromisos reales, siendo el más pleno de ellos la convivencia. Es en este marco donde la Corporación mediante el programa desea contribuir específicamente a la prevención de la problemática, afrontando la responsabilidad con el mismo y para con la sociedad al generar espacios de aprendizaje que faciliten afrontar esta realidad en busca de un equilibrio en la salud mental y social. Cuya finalidad será prevenir el establecimiento de situaciones de riesgos del uso y abuso de sustancias inadecuadas. Principalmente al educar sobre las consecuencias posibles de comportamientos, conductas y acciones que conllevan a la farmacodependencia.

2.4. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

La población de este proyecto esta integrada por jóvenes y adultos pertenecientes al programa de reeducación y sus familiares representantes legales.

Los usuarios del programa de reeducación del adicto se caracterizan, principalmente por ser consumidores de sustancias psicoactivas. En la actualidad tienen edades entre 14 y 45 años, de género masculino, provenientes de diferentes estratos socioeconómicos de la ciudad.

Esta población es flotante, puesto que no todos los adultos y adolescente que inician el proceso tratamiento lo terminan, cabe notar que los adolescentes son más estables en el tratamiento. Específicamente en el hogar de adolescentes, hay jóvenes que se encuentran en situación de peligro con grados de adicción que les ha llevado al fracaso escolar, en la vida familiar y social.

2.4.1. Características del adicto El adicto, es la una persona que ha caído en la drogadicción a consecuencia de un desorden de la personalidad, se caracteriza por presentar las conductas que a continuación serán mencionadas.

No acepta ser un adicto (mecanismo- negación), por tanto no reconoce que necesita ayuda, es inconciente e inmaduro. Tiene niveles de autoestima, tolerancia a la frustración bajos, indiferencia y fracasos afectivos, tiene un concepto equivocado acerca de su hombría, sus valores son negativos (problemas de identidad). Tiene poco autocontrol por tanto presenta conflictos con las figuras de autoridad, es manipulador, siempre trata de justificar su conducta (victimismo), carece de sentido de culpa.

Que por lo general proviene de familias con problemas donde ha experimentado tensiones y sufrimiento mayores que los comunes.

Presenta conflictos consigo mismo y con su entorno, robos en la casa y en la calle, tendencia al uso de mentiras (mitomanía) para sacar provecho y evadir responsabilidades, sensación crónica de vacío, Impulsividad, agresividad, inseguridades, Incapacidad para colocarse en el lugar del prójimo.

2.4.2. Caracterización de las familias de hogares crea y disfuncionalidades relacionadas con el uso de sustancias.

Las familias de los usuarios de sustancias psicoactivas están en crisis, presentan dificultades de transición que la han conllevado a disfuncionalidades. Una familia disfuncional es aquella en que la comunicación esta severamente restringida a las declaraciones propias de miembros que juegan roles rígidos; es decir, que hay incapacidad de hablar sobre los problemas de raíz, manteniéndolos secretos, no hay libertad para expresar sentimientos, necesidades, deseos, pautas que se mantienen a pesar del cambio de las circunstancias.

Es a partir de la familia disfuncional o "enferma" que se manifiesta el abuso de sustancias como un síntoma. Desde una *disfunción en el nivel de rigidez de los patrones transaccionales* que crean incapacidad o anulan otras alternativas para afrontar situaciones de crisis; generándose por ende, síntomas en uno o varios de sus miembros, en este caso la drogadicción.

Entre los factores correlacionados con la farmacodependencia presentes en la mayoría de los casos de familias con miembros adictos a sustancias psicoactivas cabe resaltar que la familia ha desarrollado herramientas de autoprotección incluyendo un poderoso *mecanismo de defensa, la negación*, rehusándose a admitir lo que esta sucediendo en realidad y los sentimientos frente a ella, esta negación es compartida por los miembros; siendo este rasgo el más frecuente, y se hace evidente en el modo en que han tratado la farmacodependencia de su familiar con intentos desesperados para ocultar la vergüenza, ira, desesperación, resentimiento, hastío, miedos que producen sentimientos de culpa que afectan a la familia y por lo cual buscan complacer al adicto para que abandone el vicio.

Las familias se hacen **coadictas** en la medida en que propicia, facilitan la dependencia, pues no permiten que el adicto sea responsable y aprenda de sus errores al salvarlo de las dificultades, resolverle los problemas causados por el consumo de psicoactivos dándole vía para que continúe el consumo y la manipulación (habilidad instrumental) a la vez sufre la problemática de su miembro adicto.

Las familias coadictas tienen **límites difusos (aglutinadas)**, pues no se cumplen las reglas, no se reconocen las figuras de autoridad. También hay patrones de relación de dependencia: alianzas entre el adicto y la madre, en la mayoría de los casos, conducta infantilizante, en la que se trata al adicto como un menor dificultando su adecuado desarrollo de la personalidad, con mimos exagerados.

Se observan familias **desligadas**, que presentan **rigidez en las pautas transaccionales**, con dificultad para manifestar afecto y emociones, que en la comunicación usan mensajes dobles; por lo cual el consumo de sustancias se convierte en un intento fallido de resolver el problema de parte del adicto.

En estos casos a través de la adicción se ha dado una **desviación del síntoma conyugal**, centrando la atención en el adicto (portador del síntoma o chivo expiatorio) para mantener la falsa homeostasis intrasistémica. Hay dependencia al alcohol, especialmente del padre y de sustancias entre las familias de adictos. Todo el proceso de desarrollo se halla marcado por una **dependencia más a nivel familiar** que conlleva fracasos inexplicables del adicto en la consecución de su independencia y proyecto de vida. Se genera una ilusión de independencia del adicto, por pertenecer a una subcultura con la cual se relaciona creando fuertes relaciones externas.

En el caso del adulto se ejerce una fuerte presión por parte de la familia para que no se vaya del hogar y llegue al grado más bajo de degradación o dependencia, que la familia tolera, sufre, aguanta mentiras, robos, y manipulación, e incluso llegando algunas veces a ser ellos mismo quienes compren la dosis al adicto, adoptando así una conducta ambivalente e inconsistente; en vez de aceptar su responsabilidad, **la familia culpa a factores externos** como los "amigos", pares o el vecindario.

Otras características que presentan estas familias es su baja escolaridad, con expresión de violencia física entre cónyuges y hacia los hijos debido al manejo inadecuado de la autoridad e incomprensiones en la relación padre e hijos.

2.4.3. Características a nivel social

- deseos de libertad total negándose a aceptar las normas establecidas.
- influencia de amigos, compañeros y vecinos
- deseos de mostrarse como una persona moderna y sin temores.
- Vecindario de alto riesgo.
- el adicto tiende a crear fuertes relaciones externas y refugiarse en la subcultura juvenil.
- Identificación con modelos negativos.

2.5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

2.5.1. Resignificación del papel de la familia en el tratamiento de su residente desde la construcción de un proyecto de vida familiar.

2.5.2. Planteamiento del problema Las falencias presentadas en la intervención con las familias en el proceso de reeducación del adicto, no favorecen el mantenimiento del mismo en el programa, ni su avance en el proceso, debido a que la familia no esta siendo un apoyo real para el adicto.

Las familias siguen siendo *permissivas* con el tratamiento del residente, la problemática del padre autoritario y violento en el hogar con una relación de padre-hijo conflictiva, con una disciplina rígida e incoherente, comentarios que les llegan a los usuarios por su misma familia, esto dejando de lado las normas, hecho que los desconcentra de su tratamiento conllevándolos a inestabilidades, y hasta abandonar el tratamiento algunas veces. En otros casos, padres distantes e indiferentes que lastiman al residente, madres que continúan con una conducta infantilizante; tratando al adicto como a un niño y asumiendo ellas ciertas responsabilidades que debe asumir el residente como parte del tratamiento en su propio hogar.

Se observan familias carentes de amor; que muestran dificultad en los patrones de relación para manifestar afecto y emociones, así como en las formas de comunicación donde prevalecen los dobles mensajes e ironías. Presentando situaciones en las que se da la presencia física sin más, en que los miembros solo se ven diariamente; hay tensiones silenciosas que evidencian la existencia de frialdad en la comunicación; frecuentes conflictos de autoridad; falta de reconocimiento de las distintas responsabilidades, en la que cada quien asume lo que quiere, desplazando al otro cuando quiere.

Por lo general la sociedad rechaza a aquellas personas dependientes de alguna sustancia, lo que conlleva a resaltar las limitaciones en el funcionamiento personal del individuo y a **perder habilidades** cognitivas, afectivas y sociales necesarias para resolver sus problemas y superar el trastorno adictivo. Cuestión que sumerge a la familia en un conflicto, ante lo cual su actitud se torna inconsistente con el adicto, manifestando falta de compromiso con el mismo e influenciando el compromiso del residente con su propio tratamiento al ver la posibilidad de apoyo por parte de la familia si no llegase a terminar el proceso. Otro aspecto que esto implica no menos importante es la violación de las normas explícitas del tratamiento que orientan a la familia y su conducta frente al residente.

A sabiendas de que los deterioros más significativos e impactantes que sufre el consumidor de sustancias es el resquebrajamiento de sus relaciones interpersonales, especialmente cuando éstas sólo se establecen a través de la droga, aun mas aquellas en que se establece una convivencia, sus relaciones con la familia, la cual será determinante para que se de el proceso de reeducación del carácter o no.

La situación descrita anteriormente se viene presentando en el programa de reeducación, puesto que los residentes abandonan su proceso de tratamiento, aun cuando reciben atención y orientación constante y participación en talleres formativos. Esta situación se pudo determinar mediante análisis minucioso de las actividades realizadas, como parte del equipo del distrito, en intervenciones con familia y por la información suministrada por la psicóloga y el equipo terapéutico del programa, de directores de los hogares y del supervisor, de los usuarios y familiares de los residentes. En consecuencia surge la presente propuesta.

2.5.2. Justificación

La dimensión que tiene actualmente el abuso de drogas o la farmacodependencia como un problema de salud pública, que no hace distinción de edad o nivel social, plantea un reto importante a las instituciones que buscan afrontarlo y solucionarlo, entre ellas, La Corporación Hogares Crea de Colombia, Seccional Bolívar .

Hogares Crea pretende satisfacer la creciente demanda en materia de tratamiento, prevención e investigación tratando de involucrar a toda la sociedad en el proceso, desde la familia del paciente hasta instituciones distintas a las de salud para responder oportuna y eficazmente, con servicios y atención de calidad a la demanda de tratamiento de los pacientes y a las exigencias de la sociedad actual.

Se suele pensar que la adicción a las drogas es más bien un problema individual que tiene que ver con el mundo callejero de la persona y por tanto la familia no tiene para el usuario mayor significado.

Dado que las personas afectada directa o indirectamente por la farmacodependencia, no reconocen su problema y mucho menos comunicárselo a otros. Esto para aminorar el peso emocional que esta problemática produce al individuo y en la familia.

Es de gran relevancia hacer caer en cuenta a los padres acerca del hecho educativo, como un hecho que debe ser enfrentado en el propio hogar. Antes que culpar a los padres se pretende concientizar y orientar a los mismos. Sin embargo hay problemas que los padres generan en los hijos debido algunas veces a su inadecuado manejo de la autoridad, punto crucial en el hogar. También con actitudes negativas desestimulantes para los hijos y motivantes de comportamientos inadecuados.

Dentro de este programa se realizara la estructuración del proyecto base de la práctica profesional de trabajo social, en año social, generando procesos de formación en que las situaciones críticas se construyan como parte de un proceso que vive la familia. Por lo cual este proyecto se encamina al restablecimiento social y funcional, dado que los usuarios de sustancias presentan deterioros importantes a nivel familiar y social.

La finalidad es abrir un espacio en el que se inicie un proceso formativo y reflexivo de padres o familiares, orientado hacia un entrenamiento; pues es reconocida la influencia de la familia en el desarrollo y formación de la personalidad del individuo, y que al aplicar formas mas adecuadas de educación ocupen el lugar que les corresponde, y dentro del tratamiento puedan ser apoyo para que los residentes de la institución sean capaces de enfrentar sus problemas de manera mas conveniente y a la vez fomentar el sentido de familia que muchas veces se ha perdido a causa de la problemática que los afecta.

2.5.3. Objetivos

* Objetivo general

Resignificar el proyecto de vida del adicto y su familia como una estrategia de sensibilización que apunte al logro de los unos índices de eficiencia y eficacia en el tratamiento.

* Objetivos específicos

- ✿ Promover la construcción de un proyecto de vida familiar que genere cambios en la estructura del sistema familiar.
- ✿ Identificar los patrones de relación familiar que propician y mantienen el comportamiento adictivo.
- ✿ Provocar cambios en la estructura familiar mediante la participación sistemática de la familia en el proyecto.
- ✿ Concientizar a la familia acerca de la importancia que tiene el apoyo emocional de ellos, para su familiar residente en el proceso de tratamiento y futura reeducación.

2.6. PARADIGMA DE INTERVENCIÓN

Cabe resaltar la importancia de entender bajo que enfoque de pensamiento trabaja cada institución para así como profesional en formación de trabajo social entender a las instituciones, su dinámica y definir nuestro rol y accionar dentro de ella de manera eficaz

Esta practica e intervención de trabajo social se definió y estructuro en el enfoque de pensamiento funcionalista, en el cual se plantea la búsqueda de "orden y consenso" desde la fundamentación de la teoría de sistemas, que implica la totalidad individuo, familia y contexto; la cual observa al individuo y a la familia, su estructura y funcionalidades, lo que permitiría desde el análisis, diagnostico y tratamiento, aportar al equilibrio mediante el proceso de atención al usuario de sustancias.

A la luz este paradigma, se da también el abordaje de la familia desde trabajo social, haciendo énfasis en la creación de alternativas de acción y en la promoción de la familia. También se tiene en cuenta el psicoanálisis y el conductismo.

2.7. METODOLOGIA

1) Revisión documental e Inducción: se realizo una investigación documental sobre el tema de interés, consultas de expertos y a la institución. También se dio el conocimiento de las dos sedes de la institución y la inducción por parte del supervisor y de la psicóloga.

2) Reconocimiento institucional: El proceso de práctica llevado a cabo en esta institución, es de enseñanza y de aceptación de las reglas estipuladas en el manual de tratamiento. Se dio la participación en todas las actividades de la institución.

5) Acercamiento empatico: permitió establecer una interrelación con los diferentes actores en un nivel afectivo que facilito desplazarse del individual a la familia y su medio cultural, conocer más a fondo su problemática y dinámica

4) Diagnostico social de la institución y Visitas domiciliarias: se determino las carencias en el proceso de socialización y las disfuncionalidades presentes en la familia, a través de entrevistas, a padres, terapeutas, psicóloga, trabajador social para el conocimiento y comprensión de la problemática, complementada con la evaluación de necesidades y un análisis DOFA. La visitas se dieron unas concertadas, a partir de la petición de miembros del equipo terapéutico o del distrito, de la percepción de los padres de su hijo como disfuncional al sistema o trasgresor de las normas del tratamiento, o de las mismas demandas de los residentes se hicieron desplazamientos al medio familiar.

5) Elaboración de la propuesta: se realizó la elaboración de la propuesta de intervención por parte del profesional de trabajo social, mediante la cual se da respuesta a la problemática más relevante encontrada en el diagnostico.

Determinación de un espacio cada ocho días en terapia familiar en el que se trabajara la relación vincular, el mutuo conocimiento y la afectividad ente el residente y su familia.

7) Construcción del *proyecto de vida familiar*. en esta etapa se coordinaría la estructuración de proyecto de vida por parte de la familia mediante la formación proporcionada en las educativas programadas en el plan de acción, que permitan la formación y reflexión, esto a partir la reconstrucción de propias historias familiares y la implementación de este por parte de la familia.

8) Entrega del documento final a la universidad y socialización: elaborado el informe final será entregado a la universidad en la fecha estipulada y se realizara la socialización de la experiencia en el alma mater.

9) Devolución del documento a la institución: el documento socializado con la institución el cual será apoyo para futuros consultas y estadíos.

2.7.1. Método En el aspecto metodológico, el tratamiento es clínico, basado en el diagnostico (estudio, diagnostico y tratamiento), para la consecución de la reeducación del usador y abusador de sustancias y su familia.

En la práctica institucional se manejó el *Trabajo social de casos*, se utilizo la entrevista individual, en un nivel en que el usuario es un asociado mediante el asesoramiento clínico y la psicoterapia en los que se considera al adicto como disfuncional y el propósito es su reeducacion o ajuste a su medio primario (familia) social (pares) ampliado (comunidad de origen). También se trabaja caso en intervención con la familia (valoración social).

Por otra parte se trabaja con las familias de los residentes en conjunto (coadictas) el *método de de grupo* en terapia familiar.

2.8. PLAN DE ACCIÓN

Teniendo en cuenta el diagnóstico institucional realizado con antelación y dado el origen del tema de este proyecto, la población participante, con la intención de desarrollar una nueva propuesta encaminada a suplir la falencia producto de la disminución del compromiso familiar en la comunidad estudiada y la necesidad de los mismos, de buscar alternativas de solución a su problemática, se hace relevante promover cambios al interior de la familia desde una visión social integral como aporte de trabajo social.

Este proyecto se estructuró por dos componentes: uno formativo y otro reflexivo por tanto contiene actividades dirigidas a los mismos. El componente reflexivo favorece la expresión y confrontación de experiencias, el cambio de actitud, la formulación de preguntas, aportes y problemas para construir mejores relaciones.

Por otra parte el Componente formativo está determinado por el desarrollo de capacidades y habilidades relacionadas con el desarrollo de la personalidad de los usuarios y de las familias; esto implica la formación de actitudes, hábitos y valores que facilitan las relaciones consigo mismo, su familia y la comunidad; también lo determinó la pedagogía implementado mediante técnicas y procedimientos, acordes con los objetivos del proyecto y del programa. Para mayor comprensión el trabajo con familia se realizará a partir de tres ejes:

- 1) La reconstrucción de la historia de vida familiar; como una herramienta pedagógica que contribuya a reescribir historias más satisfactorias.

2) La construcción del proyecto de vida familiar, que apoye el proyecto individual del residente.

3) La afectividad, cuyo propósito es que los vínculos sean restablecidos a través del cultivo del afecto, el reconocimiento y el contacto humano.

Se tendrán en cuenta diversas propuestas metodológicas como lo son: charlas, talleres socioeducativos, cuya temática se expone en el siguiente cuadro y el fin es que a medida que se van desarrollando estos temas la familia pueda identificar estos aspectos en si misma y realizar los cambios necesarios.

Por otro lado se dará la estructuración de su proyecto de vida familiar que le permitirá reescribir su historia; complementado con visitas domiciliarias, entrevistas, tareas específicas que permitirán apoyar de manera individual a las familias.

Este plan se estructura de manera mas clara en el siguiente cuadro con sus objetivos, temáticas, indicadores, y su metodología.

Las metodologías implementadas en el desarrollo serán variadas acordes con la población, los intereses de la población entre ellas: dinámicas, juego, audio conferencias, debates, musidramas, seminarios, charlas dirigidas, videoforos, celebraciones de fechas especiales.

Proyecto	Objetivos	Población	Temáticas	Indicadores
RESIGNIFICACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE SU RESIDENTE DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO DE VIDA FAMILIAR.	<p>Motivar en los jóvenes un comportamiento adecuado en los diferentes contextos para mejorar sus relaciones interpersonales.</p> <p>-Orientar a los jóvenes sobre la forma adecuada de la interacción para propiciar un mayor acercamiento entre estos, su familia y la comunidad como proceso básico para su reinserción social.</p>	R E S I D E N T E S	<p>-Explore sus capacidades, habilidades, y talentos</p> <p>-Buena dosis de amor propio.</p> <p>-Tú eres el resultado de ti mismo.</p> <p>-Relaciones interpersonales.</p> <p>-la comunicación asertiva.</p> <p>-Resolución de conflictos.</p> <p>-Importancia de la familia.</p> <p>-El afecto</p> <p>- La cometa de la ilusiones</p> <p>-Programa para vivir los valores</p>	<p>- Comunicación</p> <p>-Tolerancia.</p> <p>-Convivencia pacífica.</p> <p>-Manejo de limites</p> <p>- Identificación de los elementos que distorsionan las relaciones interpersonales.</p> <p>-Asertividad.</p> <p>-Diálogo abierto.</p> <p>Concertación de ideas</p>

Proyecto	Objetivos	Población	Actividad	Indicadores
<p>CONSTRUCC IÓN DE UN PROYECTO DE VIDA FAMILIAR.</p>	<p>Lograr que los padres y adultos se identifiquen como figuras de autoridad y manejen las normas de su hogar.</p> <p>-Proporcionar las herramientas necesarias para el manejo de sus conflictos mediante soluciones claras y funcionales.</p>	<p>F A M I L I A</p>	<p>-La familia. -fortalezas de la familia. -Tipos de relaciones padres e hijos. -Manejo de la autoridad. -Reglas y limites. - La permisividad -La comunicación asertiva. -Disciplina y castigo. -Resolución de conflictos. -Los valores: tolerancia, respeto y solidaridad. -el desarrollo emocional del individuo -El afecto y la ternura. -El ciclo vital familiar. Proyecto de vida</p>	<p>Identificación de los padres como primera figura de autoridad. -Acato y cumplimiento de normas y límites del hogar. Cumpliment o adecuado de su rol. -Manejo adecuado de los conflictos. -Trato adecuado y respetuoso. -Estructur del</p>

	-Lograr que de manera autónoma la familia reoriente su proyecto de vida		familiar: Planeando mi familia	proyecto de vida. Seguridad en la toma de decisiones
Proyecto	Objetivos	Población	Actividad	metodología
P R E V E N I R E N C I O N	-Prevenir el establecimiento de situaciones tipificaciones del uso y abuso de sustancias inadecuadas -Brindar conocimientos acerca de la adicción -propiciar el conocimiento de vivencias por parte de usuarios del programa.	POBLACION ESTUDIANTI L DE CARTAGENA Y COMUNIDAD EN GENERAL	Conformar el equipo de prevención. Seleccionar 5 residentes grupos altos. Capacitar a los jóvenes.	-charlas -talleres

2.9. ROLES DEL TRABAJADOR SOCIAL

El desempeño que puede tener el profesional de trabajo social es de suma relevancia, ya que instituciones como Hogares Crea, que trabajan con la niñez y adolescencia y adultos, son diversos los roles que puede cumplir el trabajador social como *co-creador de los procesos de cambios*, y estos roles en la acción fueron desde los mas tradicionales y pasivos hasta aquellos que ser asumieron como retos, solo como profesional sino como persona, dentro de los cuales se inscriben variadas funciones que implican gran responsabilidad.

- Diagnostico psicosocial e institucional.
- Identificar disfuncionalidades a nivel familiar.
- Educador social en valores.
- Conciliador
- Diseño, ejecución y evaluación a procesos de atención al menor y el adulto.
- Atención sociofamiliar e Intervención en terapia familiar sistémica.
- Promover el cambio social desde el menor y su familia a la comunidad en dicha problemática.
- Liderar la proyección social de la institución diseñando nuevos programas de participación comunitaria.
- Identificar comunidades juveniles en riesgo.
- Realizar procesos de sistematización sobre la problemática social y tratamiento.

2.9.1. Funciones del trabajador social Realizar estudios preliminares y diagnósticos sociofamiliares de los jóvenes y adultos que ingresan al hogar.

- Brindar atención terapéutica a los residentes y sus familias acorde a la problemática individual
- Intervención interdisciplinaria
- Participar en el estudio, ejecución y evaluación de planes de trabajo en las diferentes etapas, y actividades del programa
- Presentar informes semanal de gestión a la Comisión ejecutiva, Comité Timón
- Presentar al I.C.B.F. informes conforme a la perspectiva de derechos y lineamientos institucionales.
- Realizar legalizaciones de los menores en el I.C.B.F
- Mantener un registro de las intervenciones realizadas.
- Planear y participar en actividades con los menores y sus familias.

2.9.2. Perfil del trabajador social Por tanto después de la rica experiencia vivida en esta comunidad, haré mención de un perfil del trabajador social para hogares crea, que incluye aptitudes intelectuales, competencias, habilidades y características emocionales. Es así como se requiere que el trabajador social que le corresponda desempeñarse en un campo de acción como este tenga:

- Capacidad para captar e interpretar la realidad.
- Capacidad de relación.
- Empatía

- altruismo
- Tolerancia a la frustración y autocontrol
- Seguridad en si mismo
- Poder de comunicación
- Iniciativa, creatividad y recursividad
- Toma de decisiones
- Organización y planeación
- Habilidad en el manejo de grupo y vitalidad
- Análisis y síntesis
- Comprensión verbal y escrita
- Capacidad de reserva

Algunas de sus competencias deben estar encausadas al:

- Manejo de procesos interrelacionales.
- Capacidad de Critica
- Manejo de la frustración y resolución de conflictos.

2.10. INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES

La práctica profesional se enmarco en el proceso de tratamiento de la conducta adictiva y en el trabajo interdisciplinario con el modo propio del enfoque de cada profesional. En trabajo social para realizar la intervención con adictos en la institución, se partió de la contextualización cultural, las necesidades específicas del residente y su familia, el ciclo vital y sus necesarias crisis; luego se identificaron de manera global las relaciones sociales del residente y sus patrones de conducta, para establecer su perfil de personalidad al descubrir sus incapacidades temperamentales y las exigencias que establece el ambiente del

individuo y facilitar la prestación de apoyos específicos, esto desde la remisión a trabajo social por parte del equipo del distrito o del equipo terapéutico, con quienes conjuntamente se evaluó el tratamiento.

Partiendo de la información que proporciono la familia, pues es la primera que pide ayuda, se paso al diagnóstico en el que se tiene en cuenta la edad del usuario, el grado de adicción, tiempo de consumo, las características de su personalidad, el tipo de estructura familiar, sus relaciones sociales, motivación y recursos personales, se ofrece la ayuda que ha sido evaluada como la más adecuada. La aproximación, conserjería, u orientación al usuario se dio desde la aceptación, escucha, empatía, aun cuando inicialmente se pensaba que no podía ayudarles debido a mi inexperiencia en adicciones. Habiendo ganado su confianza se realizaron las intervenciones que llevaron implícita múltiples técnicas (asertividad, atender, clarificar, confrontar, del espejo, logoterapia, expresión de sentimientos entre otros).

Luego se pretendió desarrollar en el residente una escala de valores que le sirviera de marco de referencia para su conducta y actitudes, que le permitieran la satisfacción de sus necesidades y la adaptación a su medio ambiente; al igual que la atención de las disfuncionalidades ocasionadas por la adicción, considerando las exigencias que establece el contexto social, así como los recursos y apoyos específicos que éste posee para promover el bienestar físico, psicológico y social que requiere cada residente. Esto se llevo a cabo mediante programas o planes de trabajo individuales para que el residente volviera a ser funcional. Los contenidos de las socioeducativas fueron: la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, los valores, la autoestima, anticipación de problemas, manejo del conflictos, habilidades de rechazo a las drogas, anticipación de situaciones de riesgo, análisis de situaciones y conductas de riesgo a nivel familiar.

El objetivo específico como trabajadora social fue orientar, entrenar y enseñarle a los residentes a identificar y afrontar sus problemas, la práctica de nuevas habilidades y la de toma de decisiones, habilidades de comunicación, destrezas de asertividad y el desarrollo de la automotivación. Las funciones principales que se desempeñaron fueron de: educador social, recepción, evaluación, preventivo, constructivo como terapeuta, desde una atención a disfunciones en el individuo y su sistema familiar.

En la labor de trabajador social como terapeuta fue determinante el establecimiento inicial de alianzas con los padres o familiar acudiente del adicto, pretendiendo que tomaran una posición y actitud firme ante el adicto, como un frente unido e incluso tomando partido contra su hijo o familiar adicto para señalar límites y reglas dentro de la casa; Pues es recomendable que siempre halla alguien que represente autoridad frente al adicto aun cuando este sea adulto. Al hacer el análisis de las pautas de interacción en la familia, se pudo determinar *el consumo de sustancias como un síntoma o señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital, que se presenta ante una lucha de poder en la familia (dificultades de autoridad).*

Se destaca que los objetivos en la intervención con las dos poblaciones varían aun cuando sean adictos, estas diferencias se distinguen a continuación.

En el adulto se exagera la sobreinvolucración entre usuario y padres, colocando al hijo nuevamente a su cargo aun cuando ya no esté viviendo con ellos; pues el adulto está infantilizado. Es muy importante que los padres y el resto de la familia se centren en las reglas y límites, las cuales deben negociarse y plantearse claramente, especialmente las relacionadas con el tratamiento para mantener la abstinencia. En las familias con usuarios adolescentes se trabaja especialmente

en que los padres ejerzan mecanismos de control sobre el hijo, reforzando límites y jerarquías, que conllevan al reconocimiento de las figuras de autoridad por el adolescente.

Adicto Adultos	Adicto Adolescentes
Presentan resistencia a participar del tratamiento	Los padres y familiares son mas receptivos a participar en el tratamiento
La familia se quedo situada en la etapa del ciclo familiar etapa de separación del hogar paterno.	Las familias se han quedado en los comienzos de la individuación del adolescente. Con el adolescente por lo cual se sienten responsable de el y ven su participación acorde con la problemática.
La frecuencia del uso de sustancias es mas continua	La frecuencia del uso de drogas es menos fuerte lo que implica menos dinero.
Comete robos, es mas probable que se involucre en actividades delictivas	Comete robos, es poco probable que vayan a la cárcel
Los adictos adultos suelen formar parte de una subcultura de la droga, con relaciones externas más fuertes	el uso compulsivo de sustancias depende más de relaciones y patrones familiares
tiene más factores que le dificultan el cambio	Mas dispuesto al cambio
el residente ya debería haberse independizado social y económicamente del hogar paterno	El adolescente vive con su familia quien es responsable de el.
tienen años en el consumos de sustancias	Poco tiempo en el consumo

mayor degradación a nivel funcional por su historia de vivencias	Mas oportunidad de reeducación por su poco tiempo en el consumo
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

La experiencia en el abordaje en adicciones muestra claramente que cualquier colaboración o apariencia de ella para que el adicto consuma, pone en peligro todo el trabajo realizado por el adicto y el equipo interdisciplinario que implementa el tratamiento. Ya que éste interpreta la actitud como complicidad y acuerdo con su adicción. Actitudes como darle dinero a sabiendas que lo usara para mantener su vicio, comprarle la droga para que se drogue en la casa y no salga para evitar riñas callejeras, o la angustia de no saber donde esta.

2.10.1. Proceso generados por El Trabajo Social

Como parte de la formación profesional en la Corporación Hogares Crea se realizaron acciones de las cuales daré cuenta en el siguiente informe.

- Entrevistas iniciales para obtener información para diagnóstico y estudio de las problemáticas individuales de los residentes y su familia.
- Entrevistas y orientación individuales con los residentes acordes con sus planes de trabajo y remisiones por parte del equipo del distrito.
- Se brindo atención terapéutica a las familias acorde a la problemática individual en terapia familiar.
- Se dieron 3 intervenciones interdisciplinarias: en la que se dio el restablecimiento de vínculos afectivos, otra en la que se cuidaba el tratamiento

y tranquilidad de un residente, y otra en la que se reforzaba la identidad y confianza de un residente en tratamiento.

- Participación en el estudio, ejecución y evaluación de planes de trabajo en las diferentes etapas, en las evaluaciones semanales de planes de trabajo con el equipo terapéutico, evaluación de tratamiento con el equipo del distrito.
- Asistencia semanal a la junta comisión ejecutiva.
- Participo en actividades del programa como es la maratón que se da mensualmente en terapia familiar.
- Se realizaron Estudios sociofamiliares, dieron 21 Visitas domiciliarias al medio familiar para indagar sobre la dinámica familiar, el manejo de la autoridad y límites en el hogar, el ambiente familiar, la comunicación, los vínculos afectivos con sus respectivos estudios sociofamiliar o informe de visita.
- Se realizaron 15 Estudios Socioeconómicos con sus respectivas visitas domiciliarias a los representantes del usuario que permitieron establecer un aporte económico mensual y la solvencia económica de los familiares para mantener a su familiar adicto en el programa.
- Se participo con la psicóloga del programa en la elaboración de 22 Planes de atención integral para los residentes (P l a t i n) en cada una de las áreas de desarrollo, con el fin de rendir informe al I.C.B.F sobre los usuarios que están en el programa mediante el convenio interinstitucional.
- Se participo en la realización de estudios sociofamiliares de ingreso y elaboración de 3 informes de ingreso para el I.C.B.F.

- Participación en la supervisión de la corporación hogares crea de Colombia, regional Bolívar como institución oferente de servicios de reeducación y protección para niños (con medio Institucional / Internado - Protección/ Consumo de Sustancias Psicoactivas) por parte del el equipo supervisor del I.C.B.F conformado por Bernuil Simarra, Farid Narváez, Katia Villalobos y Eva Álvarez y Giomar Cabrales de la Ossa
- Asistencia a talleres de capacitación en coordinación con el S.E.N.A sobre técnicas de entrevista y el I.C.B.F sobre atención en crisis "Enfoque terapéutico de urgencia breve" con el psicólogo Farid Narváez.
- Actividades dentro y fuera de la institución con los residentes: en la institución se llevo a cabo el programa de formación en valores con los residentes y la participación de la familia mediante ciertas actividades programadas. Por fuera de la institución en la cometa de las ilusiones que permitió visualizar las habilidades de los adolescentes y la confianza en si mismo y en su grupo.
- Se contribuyo al fortalecimiento de las relaciones interpersonales ente los menores y su familia.
- Se logro que los jóvenes cultivaran amor propio, el valor de su familia y la reflexión la incidencia de su problemática en la misma.
- Desarrollo de actividades lúdico recreativas con los adolescentes y adultos del programa mediante los cuales se realizaron observaciones y análisis que permitieron conocer más los perfiles de personalidad y problemáticas individuales.



- Se aporó al mantenimiento del ambiente terapéutico mediante el mejoramiento de las relaciones interpersonales y procesos de tolerancia.
- Se llevó al joven a los residentes a procesos de reflexión acerca de su comportamiento, identificación factores en la familia generadores de riesgo de recaídas y que ellos mismo plantearan soluciones.
- Se fomentó la educación en valores morales y sociales.
- Se lograron cambios significativos en los residentes tales como que identificaran sus propias fortalezas, pusieran en práctica talento y habilidades, tomaran decisiones
- Gestión en conjunto para la afiliación de los usuarios del programa que llegaban sin un carné de salud frente al DADIS.
- Gestión en conjunto con la psicóloga, la secretaria y un coronel de la Naval para la visita de los residentes al museo naval.
- Gestión conjunta para una jornada de vacunación y desparasitación en el hogar de menores.
- Participación en la elaboración de proyectos intrainstitucionales: proyecto de relaciones humanas y proyecto de intimidad en la entrevista.
- Evaluación de programa de tratamiento y reeducación del carácter con el equipo interdisciplinario para llevar propuestas y problemáticas a la comisión ejecutiva nacional.

- Asistencia a la Comisión Ejecutiva Nacional De Hogares Crea en la ciudad de Barranquilla del 5 al 7 de diciembre.
- Asistencia el 12 de diciembre a la graduación anual de los reeducados del programa y entrega de botones por no haber recaído.
- Apoyo a psicología mediante la orientación a niveles en su proyecto de vida individual.
- Dentro de los procesos cabe resaltar el apoyo suministrado por la institución en cada una de las actividades realizadas a lo cual fue determinante en la gestión realizada y en cada uno de los procesos que facilitaron el crecimiento de los residentes cobrando sentido de pertenencia y amor por el trabajo que dicha institución realiza.
- Se les brindo herramienta a los jóvenes que les permitiera establecer diálogos asertivos y la expresión de sentimientos.
- El manejo de otras técnicas como genogramas: en los que se registraba la información brindada por los entrevistados acerca de la familia.

* **Implementación de socioeducativas** Este informe da a conocer los avances y logros obtenidos mediante la acción de la profesional de trabajo social en las terapias educativas, familiar a los residentes y familiares respectivamente. Las temáticas manejadas durante el año, en horarios que oscilaron entre 9 a 11:30Am durante la semana para los residentes y en horario de 4 a 5:30pm para los familiares los domingos. Estas educativas tenían el propósito de orientar a los familiares sobre el tratamiento y sus normas, hacerlos reflexionar, y formarlos en los proceso de convivencia y socialización de los hijos. Con los residentes del

110

programa el propósito tendía al desarrollo de las capacidades del carácter especialmente la confianza, autonomía e identidad y el manejo adecuado de sus relaciones interpersonales. El centro de las acciones se orientó a generar cierto grado de compromiso y capacitación de la familia con respecto al tratamiento y reeducación de su residente familiar.

Las terapias Educativas permitieron el desarrollo de **talleres** creativos y el manejo de diferentes técnicas para cumplir el objetivo planteado en cada uno de ellos: Sociodramas, un programa de valores reflexión y discusión, se contaron vivencias que desarrollaron habilidades sociales, trabajo en pequeños grupos, análisis de texto sobre las relaciones disfuncionales, juego de roles, Debate, manejo y solución de conflictos, toma de decisiones. Caracterizadas estas técnicas por ser activas, motivadoras, facilitaron el compartir y aprender, la expresión de sentimientos, vivenciales en cuanto a realidades particulares; actividades y técnicas que fueron evaluadas y criticadas por los participantes, para determinar el cambio de comportamiento y el mantenimiento del mismo.

Elemento importante fue la planeación anticipada de las educativas y las diferentes actividades, con estrategias que facilitaron la participación el trabajo individual y grupal.

Los talleres fueron pensados desde las necesidades y expectativas de los usuarios del programa, respetando sus individualidades motivando que se vieran en un proceso de formación que implicaría su crecimiento en lo personal, en lo familiar y social. Durante los talleres los participantes fueron en promedio 12 personas, que formularon preguntas y aportaron opiniones haciendo evidente su satisfacción con las temáticas, mediante elementos y situaciones nuevas que aceptaron y constituyeron en alternativa para sus vidas.

MA

La empatía fue un elemento que cruzó toda acción en la institución especialmente con los residentes en lo cotidiano del ambiente terapéutico, lo que para el joven es el diario vivir.

2.10.2. Experiencia Personal Durante el año de práctica fueron muchos los aprendizajes adquiridos en Hogares Crea, no solo a nivel profesional sino también a nivel personal. Al realizar un balance, la experiencia se califica como gratificante, ya que el acercamiento a la problemática de la adicción, a los afectados por la misma y las diferentes relaciones establecidas en el campo permitió poner a prueba y fortalecer aptitudes intelectuales, habilidades y características emocionales que impulsaron un crecimiento personal, traducido en una mayor confianza y seguridad propias que se reflejó en mi desempeño.

Desarrolle apertura en las relaciones interpersonales que me permitió ser más espontánea, empática, abierta y más flexible. Adquisición de mayor seguridad que determinó una firmeza en mi decisión y convincente en la toma de decisiones.

2.10.3. Competencias profesionales desarrolladas Capacidad para el trabajo en equipo interdisciplinario, capacidad para asumir nuevos riesgos en pro de otras alternativas, análisis de problemas en fundamentos sólidos. También una mayor creatividad, curiosidad y aporte de ideas para lograr resultados eficaces. Adquirí un mayor conocimiento personal mediante el manejo del cuadro descriptivo de la personalidad que facilitó ser más asertiva e intuitiva en el desenvolvimiento y trabajo con las diferentes personas en otras esferas de participación.

Construir la realidad a intervenir de manera creativa, crítica y reflexiva. Con la implementación de estrategias de intervención profesional para lograr efectiva y

112

eficiente la realidad. Desarrollar una curiosidad investigativa que conllevó a ser reflexiva y crítica, a cuestionar y cuestionarme y a adoptar acciones frente a la misma, más aún a ser prepositiva en la institución; a desarrollar potencialidades, capacidades, actividades, experiencias e intereses en pro del crecimiento del residente, como profesional y a nivel personal.

Elaboración, sistematización y manejo de informes de visitas domiciliarias, estudios sociofamiliares, estudios socioeconómicos, informes de egreso, ejecución y registro del proceso terapéutico, planes de atención integral para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Habilidad intuitiva para contrarrestar las habilidades instrumentales del adicto.

Generar confianza en las familias que motivara su inquietud por la búsqueda de la orientación por parte de trabajo social.

Capacidad de dirigir procesos de la retroalimentación de conocimientos a nivel grupal con los residentes.

La toma de decisiones en equipo y aporte de conceptos desde el área de trabajo social. Capacidad de integrar la teoría y la práctica en el campo de acción profesional.

2.10.4. Limitantes del proceso La familia se constituyó en el mayor obstáculo para que se llevara a cabo el proceso de reeducación del usuario, algunas veces con sus conductas permisiva, otras veces con su falta de apoyo y afecto, conflictos latentes no resueltos que terminaron algunas veces siendo una bomba de tiempo al darse en reintegro del joven a su hogar, conllevando a recaídas en la adicción.

Las restricciones de carácter económico que en cierta forma dificultaron el desarrollo de actividades en determinado momento.

La poca conciencia y conocimiento de la familia acerca de la problemática misma de la adicción, lo determinante que es el apoyo emocional de su parte para su familiar residente en el proceso de tratamiento y futura reeducación.

El no contar con trabajadora social, dado que es mucho el trabajo por realizar en la institución.

La ausencia de un plan de atención a nivel psicosocial explícito de tratamiento y atención para las familias con miembros que abusan de las drogas. Lo que determino la atención los profesionales a otros aspectos del tratamiento o de la institución, dejando de lado la atención de los residentes y sus familias.

No tener un espacio físico propio de trabajo social lo que algunas veces impidió la acción en la institución.

La dinámica misma de la institución, que no facilita cumplir con la planificación propuesta.

2.10.5. Retos del trabajo social en hogares crea

* **La Intervención en crisis** se constituye en reto para el trabajador social en hogares crea, ya que por estar en el área clínica, y por las problemas asociadas al trastorno adictivo son frecuentes los episodios de crisis que pueden presentarse en esta comunidad, ya que se vive plenamente el día, causando inestabilidades y la incapacidad para afrontar situaciones problemitas; situación en la que se requiere también el apoyo del trabajador social.

114-

* **Conciliación en equidad** dado la adicción a veces halla su origen en la confrontación y lucha de la autoridad de la pareja, y el conflicto diario basado en posiciones irreconciliables en la familia.

* **Negociar un espacio con la familia** que permita darle continuidad al proceso de atención a la misma

2.10.6. Aciertos en la acción profesional

- ✓ Lograr mayor conocimiento y concientización de las familias sobre los factores de riesgo y recaídas en adicciones.
- ✓ Se logró identificar en las interacciones familiares los electos que propician y mantienen el comportamiento adictivo.
- ✓ La expresión verbal de sentimientos y reconocimiento de los menores por parte de sus familiares en público.
- ✓ Los cambios generados en algunas familias respecto a la organización y uso del tiempo libre compartiendo en familia.
- ✓ Aportes determinantes en intervenciones interdisciplinarias que permitieron definir problemáticas individuales, planes de trabajo y tratamientos a residentes y familiares.
- ✓ Conocer, manejar e intervenir desde la perspectiva social y específica de trabajo social y con mirada integral problemática de adicción a sustancias psicoactivas.

MS

- ✓ Proponer que se evaluara el tratamiento de los niveles semanalmente al igual que el de los grupos, lo cual redundo en el desempeño y ambiente terapéutico.
- ✓ Ganar la confianza de los residentes y miembros de los diferentes equipos de trabajo.
- ✓ Haber Obtener una comprensión diferente del proceso de tratamiento que se realiza en la Corporación Hogares Crea de Colombia, Regional Bolívar
- ✓ Logra la comprensión de la farmacodependencia como multidimensional que debe ser estudiado y comprendido desde diferentes miradas paradigmáticas.
- ✓ Lograr que las herramientas brindadas pudieron ser aplicadas a la vida cotidiana y convertirse en una alternativa para sus vidas.
- ✓ Comprender el consumo de sustancias como un hecho que no esta ligado a un tipo particular de persona y descubrir a los maravillosos seres humanos que pueden estar ocultos en esta problemática.
- ✓ Afianzamiento de la identidad como trabajadora social generando grandes motivaciones por el trabajo con el menor y la familia.
- ✓ Aun cuando la propuesta de acción no llegó a ejecutarse los objetivos propuestos en la misma, referidas al trabajo con la población atendida fueron desarrollados en parte mediante la acción realizada a nivel psicosocial.

MB

2.11. CONCLUSIONES

✎ La acción profesional facilitó conocer el rol del trabajador social en relación con la población fármacodependiente y la familia coadicta.

✎ La práctica permitió la construcción de la problemática social de la adicción a sustancias psicoactivas y la intervención desde diferentes esferas: Individual, familiar y comunitaria.

✎ Se llevó al joven a un proceso de reflexión que permitió el fortalecimiento de las relaciones interpersonales del menor.

✎ Las actividades incluidas en el plan de intervención fueron acordes a las necesidades de los usuarios, pues se evidenciaron cambios significativos alusivos a la conducta problemática identificadas en la evaluación de necesidades, lo que indica la pertinencia de las temáticas y actividades desarrolladas en el proyecto.

✎ Durante este periodo se pusieron en práctica los conocimientos adquiridos durante el periodo de formación permitiendo una dinámica relacional teórico – práctica que proporcionó las herramientas conceptuales para la ejecución óptima de las actividades propuestas en el plan de intervención, lo que determinó un desempeño funcional.

117

2.12. RECOMENDACIONES

2.12.1. A la familia

* Como prioridad se recomienda trabajar de lleno en el comprometimiento de la familia completa en el compromiso con su residente, mediante la propuesta de acción que queda planteada en este informe y que no pudo ser ejecutada.

* Concientizar a la familia de que el individuo no es el único causante de la situación de dependencia y que la familia no debe considerarse ajena al problema.

*continuar formando a la familia en las pautas de crianza, estructuración de normas y límites claros en el hogar como parte fundamental para prevenir recaídas

* **Pautas en el comportamiento del adicto:** al interior de las familias no se habla acerca de las drogas, a menos que se deba a la mención de casos aislados, lo cual no exenta a sus miembros de adquirir en la calle los conocimientos sobre las mismas. Por tal razón se sugieren las siguientes pautas como aspectos a tener en cuenta para identificar si algún miembro de la ha ingresado en consumo de sustancias psicoactivas.

- ✓ *Ambiente social y pares:* amistades negativas, conocer sus amigos, sitios que frecuenta juzgando exteriores y simpatías hacia los mismos.
- ✓ *Cambios en los hábitos:* especialmente hábitos de alimentación y de dormir.
- ✓ *Mentiras frecuentes:* para no ser descubierto como consumidor, verifique las declaraciones de su hijo.

MB

- ✓ *Bajo rendimiento o deserción escolar:* desinterés, un bajón en el rendimiento académico, inasistencia a clases.
- ✓ *Manejo inadecuado del dinero:* realiza préstamos frecuentes, gasta el dinero injustificadamente, lo acosan con los cobros en su casa.
- ✓ *Actividades de fines de semana:* uso del tiempo libre, salidas frecuentes y escapadas del hogar injustificadamente.
- ✓ *Perdida de objetos:* en el hogar se pierden de todo tipo de objetos: dinero, joyas, y cosas de valor para venderlos y mantener el consumo.
- ✓ *Aparición de objetos particulares:* colillas de cigarrillo, pequeñas bolsas, entre otros.
- ✓ *Indumentaria singular:* como gafas oscuras, gorras, camisetas manga larga.

*** Afrontamiento y prevención de la adicción:** aun cuando todos los miembros de la familia no estén enfermos, ella esta enferma, y por otra parte, la droga es mirada por el adicto como una ayuda para resolver eficazmente sus problemas. Por lo tanto la familia debe prescindir de una actitud ambivalente y definir una posición clara ante la problemática y el adicto.

La actitud más adecuada que debe ser asumida por la familia ante el descubrimiento de un miembro que consume sustancias psicoactivas es de vital importancia y determinante para la aceptación de ayuda profesional y/o un tratamiento de rehabilitación por parte del adicto. Por tanto se sugieren las siguientes actitudes a la familia:

- *Amar a su hijo y cultivar el amor propio:* es importante que el adicto experimente que se le ama, sea cariñoso.

- *Promover la comunicación asertiva: incentivar el dialogo sincero, directo, y la expresión de sentimientos, necesidades y problemas.*
- *Afronte la situación decididamente con su hijo: teniendo en cuenta mecanismo de autoprotección (negación) debe dialogarse calmadamente sobre el tema.*
- *Infórmese sobre la problemática y solicite ayuda profesional o especializada: inmediatamente se sospeche que un miembro de la familia usa o abusa de las drogas se debe solicitar ayuda.*
- *Promueva el uso adecuado del tiempo libre: de horarios, en actividades deportivas, sociales, artísticas, culturales y su participación en la vida familiar.*
- *Estimule y elogie los éxitos alcanzados:*
- *Evite humillarlo, juzga, ser irónico, y hacer críticas destructivas:*
- *No sea su cómplice, ni ceda a chantajes para acallar sentimientos de culpa.*
- *No se deje manipular: dejándose envolver en discusiones, contiendas, provocaciones, por el adicto quien busca justificar su adicción.*
- *Tome una firme decisión en contra de la droga: rechace la droga en su hogar pero no al adicto.*

A la institución

* Hacer extensivo la promoción y prevención de las diferentes problemáticas sociales que se pueden presentar en el ámbito individual y familiar, que pueden conllevar a la drogadicción esto a la vez como una estrategia de proyección social.



- * Crear grupos juveniles que apoyen el trabajo de promoción y prevención en las comunidades como parte de la terapia de representación y ventas.

- * La institución orientar a los jóvenes y adultos en el quehacer social y económico, cambiando su situación de vulnerabilidad e invisibilización desde sus propios recursos, promoviendo alternativas laborales mediante un programa de productividad laboral.

- * Adelantar estudios que propendan por nuevas formas de intervención, desde el ámbito de lo profesional.

- * Solicitar a las universidades e instituciones técnicas apoyo con un mayor número de estudiantes practicantes asignados con el fin de lograr los objetivos propuestos en la reeducación de los Usadores y abusadores de sustancias.

- * Que como parte de una estrategia del tratamiento abrir proyección comunitaria en las comunidades en los que se ha detectado existe un riesgo más alto y de esta manera fortalecer la prevención.

- * Determinar un día por parte de la trabajadora social para atender a las familias coadictas implementando la terapia familiar estratégica – estructural con todas las técnicas que ella implica.

121

2.13. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

El recurso humano para el desarrollo de este proyecto está integrado por la practicante de año social de Trabajo Social Cleiner García Tejedor como coordinadora de las diferentes actividades, con el apoyo de Docentes de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena, la Psicóloga del programa, el supervisor de la corporación, Directores de los hogares, la administradora.

Recursos Materiales Elementos audiovisuales como VHS, televisor, grabadora, cámara fotográfica, videocámara, cassettes.

Papelógrafo, marcadores, textos, fotocopias, cartulinas, hojas en blanco, lápices.

Recursos Financieros Para la planeación y ejecución de este proyecto se contó con el apoyo de la institución mediante la asignación de una caja menor a Trabajo social.

RESIGNIFICACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE SU RESIDENTE DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO DE VIDA FAMILIAR.

La vida familiar se construye con los sueños, expectativas y saberes de la pareja que conforman un sistema que regula (reglas, normas y roles) comportamientos de los cónyuges y de los hijos.

No existe una universidad que enseñe a amar, a ser padre o madre. Algunos repiten el modelo de sus padres, otros rompen con estos patrones, otros aprenden a base de ensayo y error. Todos en algún momento habrán cometido errores sin intención alguna, suele ser doloroso reconocerlo y aceptarlo, pero es el primer paso para generar cambios los necesarios. Nunca es tarde emprender cambios y planificar conjuntamente un futuro para la vida familiar.

La familia tiene un pasado, un presente que se evidencia en el crecimiento y desarrollo de los hijos y un futuro que afrontar. Este Proyecto busca que la familia explore sus recursos y habilidades mediante el rediseño de su proyecto de vida familiar; que implique un mayor compromiso para con sus hijos, especialmente con el que hace parte del tratamiento. En la ejecución de este proyecto de vida familiar se ha considerar que existen áreas importantes en las que se ha de reflexionar como lo son: el diseño de la familia, el rescate del valor de la persona, la pareja como frente unido, la redefinición de límites y normas. Esto como un apoyo en la tarea de ser padres y guías de sus hijos, ya que la familia es el contexto más propicio para formar una persona.

El ideal es que sea el sitio donde se encuentre amor, comprensión y apoyo, donde la persona puede recuperar energías para enfrentar con mayor eficacia al mundo exterior, el sitio donde los miembros expresen lo que sienten y piensan, donde se origina lo que la gente sabe, lo que cree y la manera como se resuelven las

diferencias y conflictos; pues lo que ocurre entre los diferentes miembros es el principal determinante del ambiente que los rodea.

Uno de sus objetivos es que los padres desarrollen cierta apertura para aceptar cosas nuevas, una conciencia de sí mismos y un sentido para ser sinceros, que puedan enseñar a sus hijos en la cotidianidad y capacitarlos para que puedan resolver conflictos del pasado que a menudo se convierten en parte integral de la actitud paterna. Hacer concientes a los padres de lo que están enseñando, de su congruencia entre lo que dicen, hacen y desean. Rompiendo con las trabas que pone la familia, como "es tarde para hacer cambios". Esto a sabiendas de que la familia es dinámica, cambia, se transforma y deja marcas en la personalidad del individuo que más tarde puede repetir en su propia familia.

Un rediseño de la familia como apertura al cambio que signifique la aceptación de errores y estar en condiciones de estructurar en conjunto su familia, conforme avanza su desarrollo y el de sus miembros, lo que hace necesario ir modificando las reglas y normas que gobiernan, ya que la rigidez propicia que en los miembros se revelen y asuman conductas que signen un riesgo para todo el sistema.

La misión de la familia es ser aquella en la que se vive con naturalidad, sinceridad y amor, en donde sus miembros muestran sus afectos y su respeto. Por tanto se han de encaminar todos sus esfuerzos hacia este objetivo. El planear la vida familiar se refiere a como queremos ser, a qué vamos a dedicarnos, también implica dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Qué quiero hacer con mi familia? ¿Cómo deseamos utilizar el tiempo? ¿Qué estilo de vida deseamos tener? ¿Qué estamos dispuestos a hacer para lograr nuestras metas? ¿Alcanzaremos el éxito o fracasaremos en nuestras actividades?

En concordancia a lo anterior y tomando el proyecto de vida como una herramienta para la construcción, socialización y práctica de conocimientos

teniendo en cuenta su papel preponderante en la vida y el ambiente familiar es decisivo para la estructuración del carácter , y a partir de esto orientar las acciones de la familia y puedan redefinir sus conductas en pro del comprometimiento con el tratamiento del residente facilitando las interacciones al interior de la familia y la adquisición de nuevas destrezas y conocimiento mediante una reflexión del quehacer de su cotidianidad originado por las intervención del trabajador social en las terapia familiar mediante socioeducativas.

COMPONENTE DEL AFECTO

"Si tienes pensamientos cariñosos y dulces acerca de mi porque no me lo susurras ahora, si me amas házmelo saber mientras estoy viva"

Partiendo del hecho de que necesitamos vitalmente del otro, el afecto es tan fundamental para el ser humano como el alimento y el oxígeno; El afecto es una relación comunicacional que implica un encuentro con el otro en intimidad. Una de las formas de gratificación afectiva, social e interpersonal es la ternura, manifestada en la caricia, relación que solo se establece por lo general con los niños o con ciertos objetos inanimados que suelen despertar estos sentimientos.

La ternura se expresa con palabras, gestos, contactos corporales, actitudes de reciprocidad, gestos de acogimiento; es el cuidado inteligente de nuestras relaciones con los otros, un intercambio gratuito, una caricia que nos proporcionamos a nosotros mismos que implica compartir nuestro cariño y calor humano.

Toda persona tiene necesidad de ser tocada y reconocida por los demás" (James). Desde el análisis transaccional estas necesidades biológicas y psicológicas Berne las llama "hambres". Del mismo modo que el hambre o necesidad de alimento es

saciada con comida, para subsanar la necesidad de estimulación es necesario, e incluso imprescindible, que la persona sea tocada y reconocida por los demás. Es por ello que tanto biológica como psicológica y socialmente el hambre de estímulos o de afecto es paralela al hambre de alimentos.

Al contacto o reconocimiento del otro, Berne llamo "caricia" la cual definió como "cualquier acto que implique el reconocimiento de la presencia de otro" o dicho de otro modo, es cualquier estímulo social dirigido de un ser vivo a otro y que reconoce la existencia de este". De esta manera la original necesidad de estímulos se va a transformar en necesidad de reconocimiento; o dicho de otro modo y en términos de análisis transaccional, en necesidad de caricias.

Las personas, sean niños o adultos necesitan ser abrazadas, palmeadas, acariciadas, apapuchadas, abrigadas, alimentadas, alentadas, elogiadas y si esto no es posible, ser al menos agredidos o compadecidos ya que cualquiera de estas acciones es una forma de reconocimiento hacia nosotros como seres interdependientes de un entorno social.

Cuando existen carencias tales como la reprivación de uno o de los dos padres, el abandono, la falta de contacto físico, se despiertan emociones intensas difíciles de manejar por el adulto y mucho más por el niño que pueden conllevar a constituir trastorno en la vida afectiva.

El hambre de contacto físico real se modifica y convierte en *hambre de reconocimiento*. Una sonrisa, una señal de asentimiento, una palabra, un gesto, reemplazan las caricias físicas y sirven para que la persona se sienta satisfecha.



En este componente la familia determinara las expresiones de cariño y afecto que se da entre sus miembros, si son suficientes para quien las recibe y de no existir se elaboraran los pasos para aprender a amar.

El no tener las caricias obliga a las personas a buscarlas y el no satisfacer dicha necesidad conlleva insatisfacción, depresiones, adicciones, alcoholismo, obesidad, trastornos psicosomáticos, infelicidad matrimonial y familiar. La persona necesita para sobrevivir completar una cierta dosis de caricias y la cantidad necesaria para cada persona estará dada por su desarrollo y características psicológicas.

Las caricias orientan y guían el comportamiento, ya sean estas positivas o negativas. En todo caso se prefieren las caricias negativas a no obtener nada, puesto que las caricias como manifestación de afecto son indispensables para la supervivencia física y psíquica de la persona. El afecto recibido tiene que ver con el concepto que la persona tiene de sí misma, de sus atributos y a su desarrollo posterior. El clima emocional es determinante en la definición de la personalidad del individuo y en la dinámica familiar.

En este caso el trabajador social seria un articulador que mediante el programa de intervención pretenderá favorecer la circulación y comunicación interpersonal del adicto y su familia, restableciendo así la red afectiva, por tanto su vida cotidiana, lo que los capacitara para expresar de manera adecuada sus sentimientos.

DIMENSIONES A TRABAJAR EN EL PROYECTO DE VIDA FAMILIAR

Las áreas que habrán de atenderse son el área afectiva, profesional, social, espiritual, material y física.

a. Dimensión afectiva: manera en que deseamos satisfacer nuestras necesidades de afecto y pertenencia, nuestras relaciones íntimas y personales. Tiene que ver con dar y recibir amor, tener familia y una pareja.

b. Dimensión laboral: planeación de la carrera o actividad laboral donde deseamos desarrollarnos en un futuro, aquí figuran objetivos como tener una ocupación, tener una ocupación y desarrollar ciertas habilidades en el trabajo, recibir capacitación y adiestramiento, obtener un estatus como trabajador, tener un negocio propio o ser gerente de una empresa.

c. Dimensión social: se refiere a la forma en que nos relacionamos y proyectamos con los demás, tiene que ver con los amigos, la aprobación social y con hacer nuevas amistades.

d. Dimensión espiritual: comprende la forma en que proyectamos nuestra vida interior, valores, ideales, creencias religiosas y la forma en que manifestamos nuestra religiosidad.

e. Dimensión material: son los bienes materiales y físicos que deseamos lograr en un futuro, los cuales pueden ser uno de los motivos por los cuales trabajamos y nos esforzamos, tales como, una casa, automóvil, ropa, calzado, viajes, diversiones, dinero, etc.

f. Dimensión física: se refiere a lo que queremos lograr con nuestro bienestar físico y personal, como lo es la salud y hacer ejercicio.

OBJETIVOS

Objetivo General

RESIGNIFICAR EL PROYECTO DE VIDA DEL ADICTO Y SU FAMILIA COMO ESTRATEGIA DE SENSIBILIZACIÓN QUE APUNTE AL LOGRO DE UNOS INDICES DE EFICIENCIA Y EFICACIA EN EL TRATAMIENTO.

Objetivos Específicos

1. Generar en las familias un mayor compromiso con el tratamiento de su residente.
2. Reescribir la historia familiar.
3. Jerarquizar necesidades y establecer prioridades para la vida.
4. Conocer las potencialidades de la familia y desarrollar otras.
5. Reorientar la realidad socio-afectiva de la familia.
6. Lograr un equilibrio entre la vida familiar y la articulación del proyecto de vida del residente con el de la familia.
7. Motivar a la familia mediante el planteamiento y logro de nuevos objetivos.

Requisitos para hacer un proyecto de vida

Para lograr que las familias lleven a cabo su proyecto de vida es necesario: ante todo compromiso consigo mismas, capacidad para el autoaprendizaje y disciplina, deseo de crecimiento personal, desarrollar la creatividad y talento, formar hábitos positivos, analizar los valores personales y familiares, definir un estilo de vida propio.

FASES BÁSICAS

"El inventario interior me permitirá conocer todas las capacidades que harán mucho más fácil conseguir mis metas"

Primera fase: iniciación y motivación

Se inicia con un dialogo directo con las familias de los residentes con un mensaje de animación pues se trabajara con las necesidades formuladas por ellos mismos en la intervenciones y aquellas detectadas por el profesional de trabajo social y el equipo institucional.

Metodología

- Conferencia "el águila"
- Descubriendo potencialidades en la familia: Habilidades, talentos fortalezas, limitaciones, debilidades, oportunidades, errores.
- Taller: Que modelos de padres somos?

Recursos

- Audio. Grabadora con casetera
- Lugar adecuado
- Instrumento" que piensan los hijos de los padres y los padres de los hijos" aplicación a padres y residentes.

Segunda fase: Estructuración del proyecto de vida familiar

Estructurado el programa de acción y de trabajo sobre la realidad familiar con base en el diagnóstico realizado anteriormente se inicia la inscripción voluntaria para las familias del programa y se pone en marcha el programa de acción

Tercera fase: Componente afectivo.

Se fundamenta en la ternura, promocionando el encuentro interpersonal que reconoce la dependencia y la necesidad de contacto, cuidado y reconocimiento de sí mismo y del otro.

Cuarta fase: acompañamiento

Se dará por parte de la trabajadora social porque ella orienta, motiva, y estructura cada paso del proceso y ayuda a redireccionar lo que se haga necesario.

Quinta fase: Evaluación y socialización del proyecto familiar.

En un día de encuentro de las Familias en una finca con una metodología especial que facilite la reflexión, el compromiso y la expresión de satisfacciones e insatisfacciones relacionadas con el proyecto. El compartir la experiencia y que cambios o resultados se obtuvieron al interior de la familia

ETAPA II: IMPLEMENTACION DEL PROYECTO

"Aunque no escribas libros eres escritor de tu vida"

COMPONENTES DEL PROYECTO DE VIDA FAMILIAR

1. Objetivos: planteamiento de objetivos por parte de la familia para su proyecto de vida familiar particular.

2. Metas: Van marcando el nivel de progresote las distintas dimensiones.

Selección de metas por parte de cada familia.

- **Actividad:** "la lista de nuestros sueños": escriba todo lo que; Les llama la atención, lo que anhela, deseos, los cambios y las cosas que quiere, actividades por hacer.
- **procedimiento:** Organización de los sueños por áreas.

*** Familiar: progreso y solución de todos aquellos problemas.

*** Social: amigos, relaciones.

*** Salud: física como mental.

*** Intelectual: permitirán seguir estudiando, especializarse.

*** Salud: física y mental

*** Laboral: permitirán tener una ocupación u oficio, estar mejor y ganar dinero.

*** Espiritual: sueños de construcción interior y de ayudar a los demás.

**Numere los sueños teniendo en cuenta todas las listas y la importancia de sus sueños.*

3. Tiempo: Establecer tiempo para sus metas ya sea a corto mediano o largo plazo.

4. Valores: son los pilares que le dan solidez al actuar humano. La familia redefinirá una escala de valores o propósitos vitales

5. Recursos: Serán determinados por la misma familia.

6. Estrategias y actividades: Serán determinados por la misma familia para facilitar la consecución su de su propósito.

COMPONENTE DEL AFECTO

"Si tienes pensamientos cariñosos y dulces acerca de mi porque no me lo susurras ahora, si me amas házmelo saber mientras estoy viva"

Partiendo del hecho de que necesitamos vitalmente del otro, el afecto es tan fundamental para el ser humano como el alimento y el oxígeno; El afecto es una relación comunicacional que implica un encuentro con el otro en intimidad. Una de las formas de gratificación afectiva, social e interpersonal es la ternura, manifestada en la caricia, relación que solo se establece por lo general con los niños o con ciertos objetos inanimados que suelen despertar estos sentimientos.

La ternura se expresa con palabras, gestos, contactos corporales, actitudes de reciprocidad, gestos de acogimiento; es el cuidado inteligente de nuestras relaciones con los otros, un intercambio gratuito, una caricia que nos proporcionamos a nosotros mismos que implica compartir nuestro cariño y calor humano.

Toda persona tiene necesidad de ser tocada y reconocida por los demás" (James). Desde el análisis transaccional estas necesidades biológicas y psicológicas Berne las llama "hambres". Del mismo modo que el hambre o necesidad de alimento es saciada con comida, para subsanar la necesidad de estimulación es necesario, e incluso imprescindible, que la persona sea tocada y reconocida por los demás. Es por ello que tanto biológica como psicológica y socialmente el hambre de estímulos o de afecto es paralela al hambre de alimentos.

Al contacto o reconocimiento del otro, Berne llamo "caricia" la cual definió como "cualquier acto que implique el reconocimiento de la presencia de otro" o dicho de otro modo, es cualquier estímulo social dirigido de un ser vivo a otro y que reconoce la existencia de este". De esta manera la original necesidad de estímulos se va a transformar en necesidad de reconocimiento; o dicho de otro modo y en términos de análisis transaccional, en necesidad de caricias.

Las personas, sean niños o adultos necesitan ser abrazadas, palmeadas, acariciadas, apapuchadas, abrigadas, alimentadas, alentadas, elogiadas y si esto no es posible, ser al menos agredidos o compadecidos ya que cualquiera de estas acciones es una forma de reconocimiento hacia nosotros como seres interdependientes de un entorno social.

Cuando existen carencias tales como la reprivación de uno o de los dos padres, el abandono, la falta de contacto físico, se despiertan emociones intensas difíciles de manejar por el adulto y mucho más por el niño que pueden conllevar a constituir trastorno en la vida afectiva.

El hambre de contacto físico real se modifica y convierte en *hambre de reconocimiento*. Una sonrisa, una señal de asentimiento, una palabra, un gesto, reemplazan las caricias físicas y sirven para que la persona se sienta satisfecha.

El no tener las caricias obliga a las personas a buscarlas y el no satisfacer dicha necesidad conlleva insatisfacción, depresiones, adicciones, alcoholismo, obesidad, trastornos psicosomáticos, infelicidad matrimonial y familiar. La persona necesita para sobrevivir completar una cierta dosis de caricias y la cantidad necesaria para cada persona estará dada por su desarrollo y características psicológicas.

Las caricias orientan y guían el comportamiento, ya sean estas positivas o negativas. En todo caso se prefieren las caricias negativas a no obtener nada, puesto que las caricias como manifestación de afecto son indispensables para la supervivencia física y psíquica de la persona. El afecto recibido tiene que ver con el concepto que la persona tiene de sí misma, de sus atributos y a su desarrollo posterior. El clima emocional es determinante en la definición de la personalidad del individuo y en la dinámica familiar.

En este caso el trabajador social sería un articulador que mediante el programa de intervención pretenderá favorecer la circulación y comunicación interpersonal del adicto y su familia, restableciendo así la red afectiva, por tanto su vida cotidiana, lo que los capacitara para expresar de manera adecuada sus sentimientos.

En este componente la familia determinara las expresiones de cariño y afecto que se da entre sus miembros, si son suficientes para quien las recibe y de no existir se elaboraran los pasos para aprender a amar

TALLER N° 1

“Relaciones Disfuncionales”

Objetivo:

- Orientar a los jóvenes sobre la forma adecuada de la información para propiciar un mayor acercamiento entre estas familias y la comunidad como proceso básico para su inserción social.

Indicadores de logro:

- Identificación de los elementos que distorsionan las relaciones interpersonales
- Asertividad
- Dialogo abierto
- Concertación de ideas

Metodología:

- Análisis de texto, Exposición de testimonios.
- Opcional; Disco foro, canción “No Basta” de Franco de Vita. “El Reloj, Cucú” de Maná.

137

TALLER N° 2

Sensibilización En Valores

Objetivos:

- Promover el desarrollo de valores éticos y morales en los jóvenes para el mejoramiento de la convivencia.
- Desarrollar la capacidad de asumir el lugar del otro.
- Desarrollar la capacidad para comunicarse e interactuar con los demás.

Indicadores De Logro

- Trato adecuado y respetuoso
- Respeto por si mismo y por los demás
- Actitud solidaria y de cooperación.
- Tolerancia y justicia.

Logros Esperados

- Analizar y valorar las acciones, pensamientos y sentimientos expresados por otros.
- Diferenciar los valores propios.

Metodología

- Reflexión y discusión
- Dinámica de ambientación "El Abogado".

TALLER Nº 3

"Intercambio De Problemas":

Objetivo:

- Ayudar a dar soluciones a problemas íntimos que el individuo que los sufre no se atreve a contarlos.
- Enseñar a los individuos a ponerse en el lugar de otro ante problemas de distintos tipos.

Tiempo: La duración de la actividad es relativa.

Materiales: Folios, bolígrafos.

Proceso: Cada individuo escribe en un papel un problema propio en la comunicación con los demás. Una vez realizado esto, se unen todas las papeletas en una caja o algo parecido que se tenga cerca. Después, cada individuo recoge una papeleta del montón, y la lee, interiorizándolo, y exponiéndola ante los demás integrantes del grupo, como si el problema fuese suyo propio. El resto del grupo, debe de dar alternativas para superarlo.

Socialización: Entre todos los integrantes del grupo, comentaremos la actividad, reflexionaremos sobre cómo nos hemos sentido, si nos ha gustado, si nos pareció divertida, en caso contrario intentaremos hallar el por qué.

EL JUEGO QUE SIEMPRE SE PIERDE "el más grande error de mi vida

En 1995 nació Diego, quien vio pasar su infancia en medio del alcoholismo de su padre y los lamentos de su madre cuando aquel le pegaba. Al cumplir los catorce años Diego y su madre se sorprendieron al saber que el papa había dejado embarazada a una joven, lo que ocasiono el abandono paterno. Esta situación impacto tanto a la madre de diego al punto de desencadenársele un derrame cerebral y morir a los escasos 23 años de edad. Esto provocó que diego fuera a manos de sus abuelos y se creara la equivocada idea de que su padre había matado a su madre.

En octavo grado a raíz de un problema, Carlos, un amigo de colegio de Diego le reveló un secreto que según el le haría comprender mejo la matemáticas y quedar bien ante todos aquellos que confiaban y creían en el. Así fue como mi primo diego entro en el mundo de las drogas o como el dice al propio infierno. "cometí el mas grande error de mi vida lo primero que probé fue la cocaína y tenía 15 años, la consumí para estudiar y hacer deporte, pero después me habitué" después de algún tiempo Diego empezó a consumir diariamente, pues probó la marihuana: "al principio era muy chévere, pero luego fue un completo infierno" cuando se amigo Carlos lo llevó a conocer el bazuco: "eso me atrapo de tal forma que descuide el colegio mi hogar y mi nivel personal

Finalmente, con tropiezos y todo logró graduarse y hacer tres semestres de ingeniería de sistemas, lo que deseaba su familia, pero al toparse de nuevos con los números, creció su angustia por no poder responder ante los que esperaban de el, y recayó. "Fue tan terrible mi recaída que amanecía en los tugurios pidiendo limosnas, atracando y hasta robe a mi familia. Probé todo tipo de drogas hasta la heroína; comía sobras de los restaurantes... era un completo indigente ". Al verse en esa situación se adentro en las filas de la marina, en busca de una solución para su problema. Lo consiguió, regreso un año después como un joven sano y todos pensamos que se había recuperado"por fin había salido de esa vida", pero, pero desafortunadamente hoy todavía no ha logrado salir de las drogas esto lo cuenta Giomar Martine acerca de su familiar drogadicto.

Lamentablemente este relato refleja la historia de muchos jóvenes que hoy se encuentran inmersos en el abismo de la drogadicción. La cuestión seria realmente vale la pena esos minutos de placer a tan alto precio que hay que pagar?...

1410

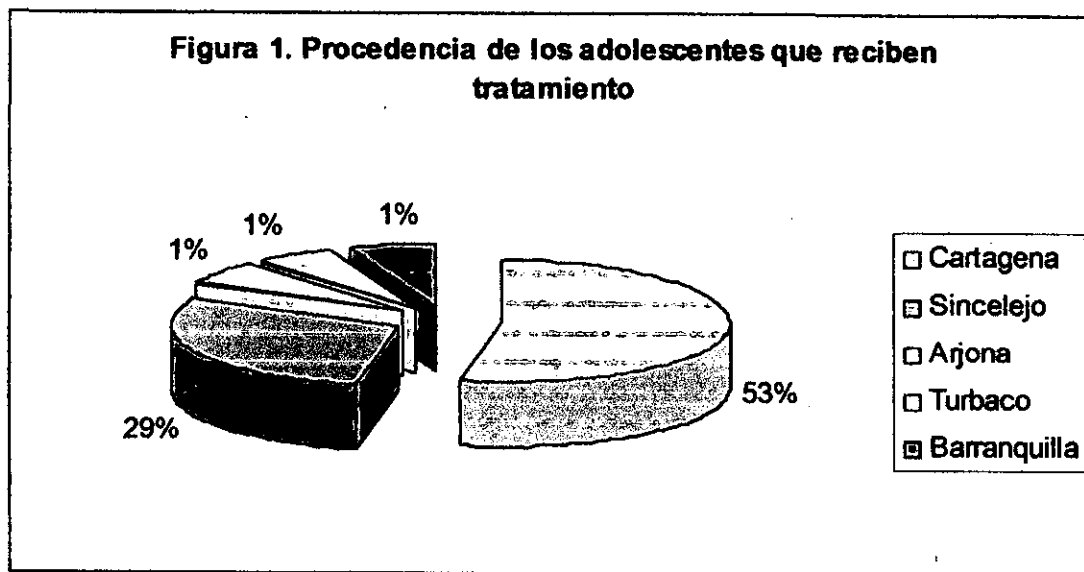
CRONOGRAMA DE TRABAJO												
ACTIVIDADES	MESES											
	FEB Y MAR	ABR Y MAR	JUN Y JUL	AGO Y SEP	OCTYNOV	DICIEMBRE						
Revisión documental e Inducción	■											
Reconocimiento institucional		■										
Acercamiento empatico			■									
Diagnostico social de la institución				■								
Elaboración de la propuesta					■							
Construcción del proyecto de vida familiar						■						
Entrega del doc final a la universidad y socialización									■			
Devolución del documento a la institución										■		

ANEXOS

Tabla 1. Procedencia de los adolescentes que reciben tratamiento.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cartagena	9	53
Sincelejo	5	29
Arjona	1	6
Turbaco	1	6
Barranquilla	1	6
Total	17	100

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a adolescentes de la Corporación Hogares Crea y sus familiares. Cartagena, 2005.

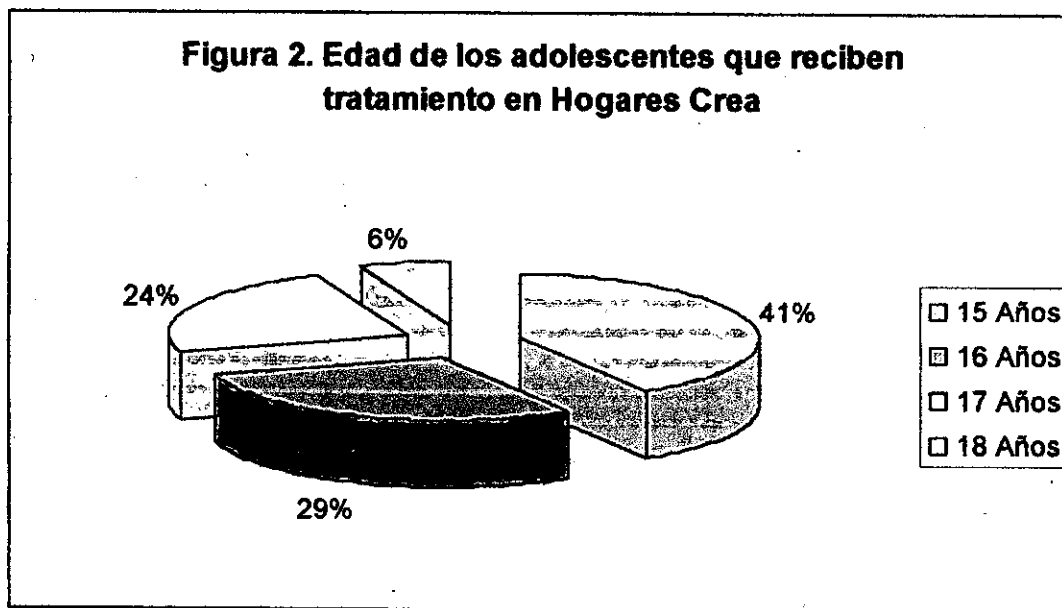


La grafica da cuenta de que el mayor porcentaje de adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea, Regional Bolívar provienen de la ciudad de Cartagena, con un porcentaje de 53%.

Tabla 2. Edad de los adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
15	7	41
16	5	29
17	4	24
18	1	6
Total	17	100

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a adolescentes de la Corporación Hogares Crea y sus familiares. Cartagena, 2005.

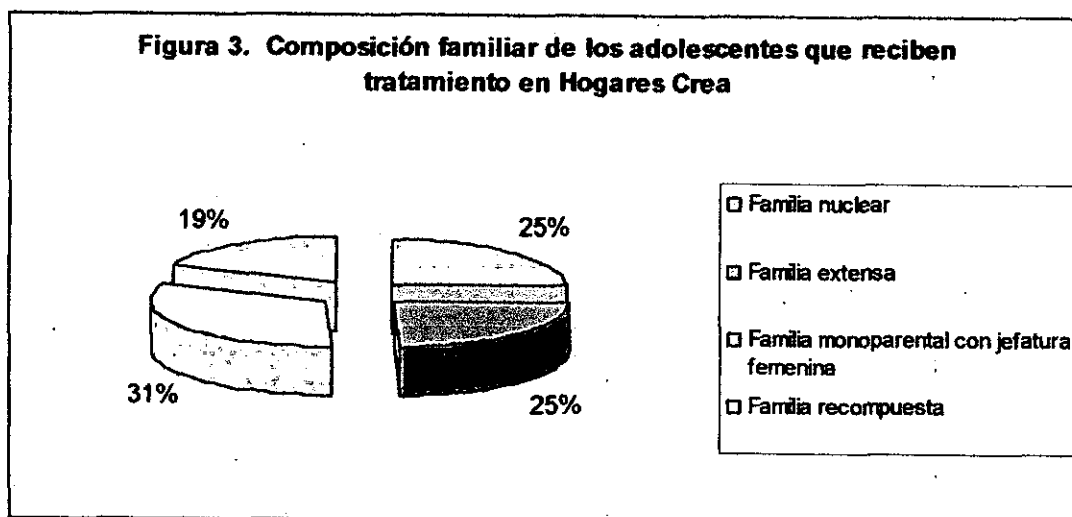


Se puede observar que el 41% de los adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea de Colombia, Regional Bolívar tienen 15 años.

Tabla 3. Composición familiar de los adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea

Composición familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Familia nuclear	3	22
Familia extensa	4	22
Familia monoparental con jefatura femenina	4	28
Familia recompuesta	6	17
Total	17	100

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a adolescentes de la Corporación Hogares Crea y sus familiares. Cartagena 2005.

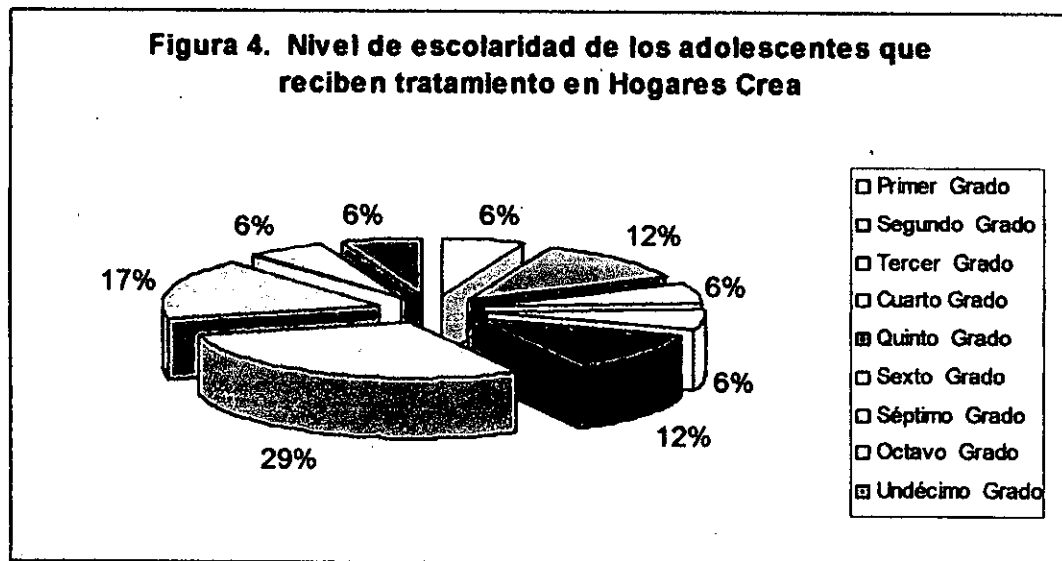


Se observa que el tipo de familia del cual provienen con más frecuencia los adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea, Regional Bolívar es de la familia monoparental con jefatura femenina con un porcentaje de 31%

Tabla 4. Nivel de escolaridad de los adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primer Grado	1	6
Segundo Grado	2	12
Tercer Grado	1	6
Cuarto Grado	1	6
Quinto Grado	2	12
Sexto Grado	5	29
Séptimo Grado	3	17
Octavo Grado	1	6
Undécimo Grado	1	6
Total	17	100

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a adolescentes de la Corporación Hogares Crea y sus familiares. Cartagena, 2005.

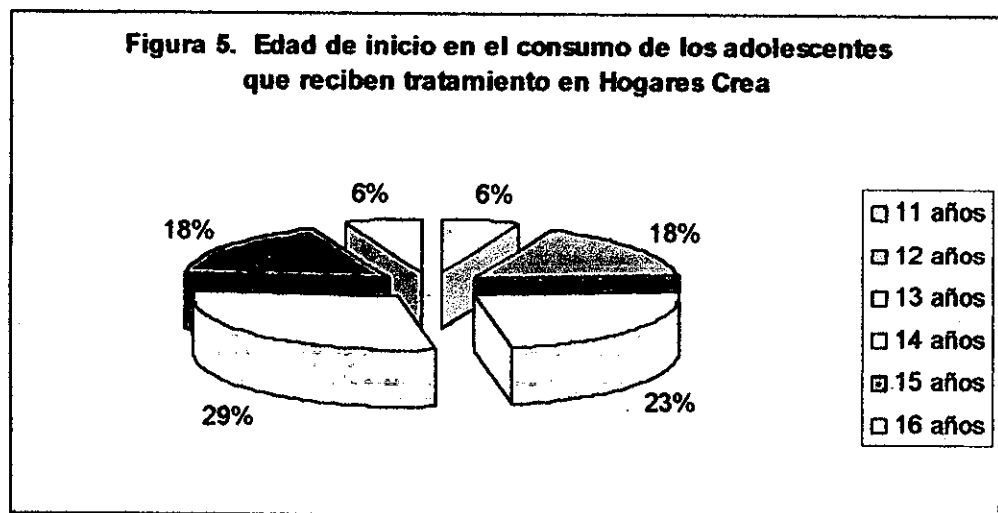


Se observa que el nivel de escolaridad predominante en los adolescentes que reciben tratamiento en la Corporación Hogares Crea, Regional Bolívar es el sexto grado, con un porcentaje de 29%.

Tabla 5. Edad de inicio en el consumo de los adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
11	1	6
12	3	18
13	4	23
14	5	29
15	3	18
16	1	6
Total	17	100

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a adolescentes de la Corporación Hogares Crea y sus familiares. Cartagena, 2005.

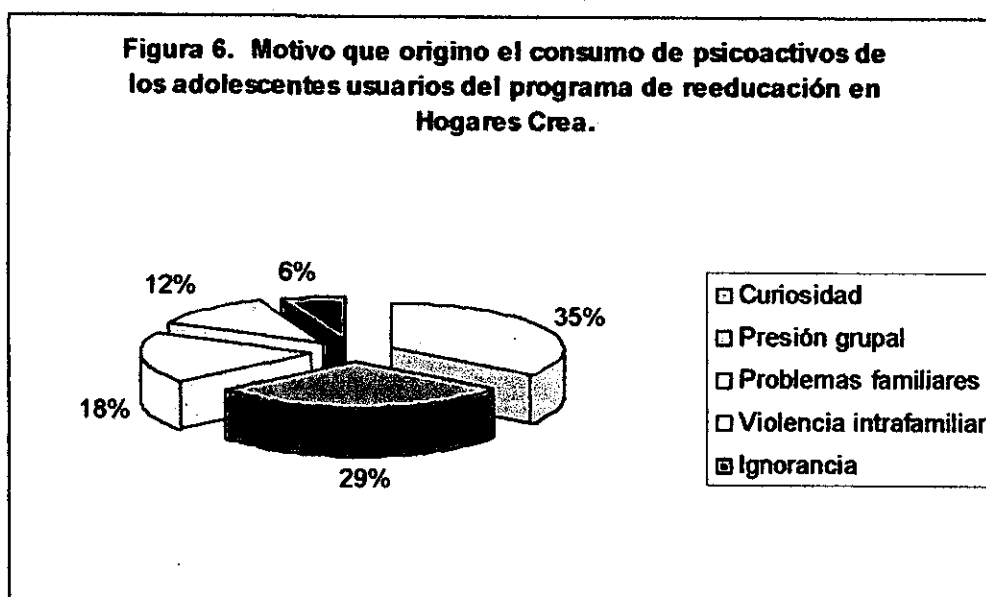


Se observó que la edad de inicio en el consumo de SPA predominante en los adolescentes que reciben tratamiento en Hogares Crea, Regional Bolívar es de 14 años, con un porcentaje de 29%.

Tabla 6. Motivo que origino el consumo de psicoactivos de los adolescentes usuarios del programa de reeducación en Hogares Crea.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Curiosidad	6	35
Presión grupal	5	29
Problemas familiares	3	18
Violencia intrafamiliar	2	12
Ignorancia	1	6
Total	17	100

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a adolescentes de la Corporación Hogares Crea y sus familiares. Cartagena, 2005.



Se aprecia que el motivo por el que más frecuentemente los adolescentes ingresan al consumo de SPA es la curiosidad con un porcentaje de 35%.

ACTIVIDAD "COMETA DE ILUSIONES"

Fecha: 28 de Septiembre

Objetivo: Promover el sano esparcimiento de los menores y a la vez promocionar a la institución como reeducadora del adicto.

Lugar: Avenida Santander sector las tenazas.

Materiales: papel barrilete, colbon mediano, tijeras, varas, hilo nailon, cartulina, marcadores. Tablas pequeñas de madera.

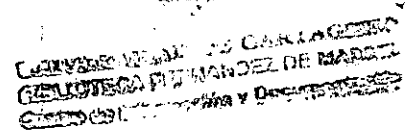
Coordinador: Trabajadora Social

Personal de apoyo: Director del hogar de adolescentes, cuatro niveles altos.

Proceso: a) elaboración de los barriletes y mensajes alusivos a vivir una vida sin drogas en conjunto con los menores con una semana de antelación al día de la actividad. b) desplazamiento al lugar estipulado. C) realizar una dinámica de integración "el barco". D) sembrar en lugares estratégicos los mensajes. E) que los residentes se recreen volando sus cometas.

Tiempo: 3 Horas (1a 3pm)

Evaluación de la actividad.



CORPORACION HOGARES CREA DE COLOMBIA REGIONAL BOLIVAR**HOGAR DE ADOLESCENTES CARTAGENA DE INDIAS****PLATIN****DATOS DE IDENTIFICACIÓN****NOMBRE DEL JOVEN:****LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:****EDAD:****ESCOLARIDAD:****HISTORIA I.C.B.F.:****FECHA DE INGRESO:****DOCUMENTO DE IDENTIDAD:****MEDIO/ MODALIDAD/SERVICIO:****FECHA DE ELABORACIÓN:****MOTIVO DE INGRESO:*****DIAGNÓSTICO INTEGRAL***

El joven se encuentra bajo medida de protección por encontrarse en peligro físico y/o moral, debido al consumo de S.P.A.

Familia de origen, lugar que ocupa entre sus hermanos en casa, los antecedentes de consumo de S.P.A., tipo de familia que conforman, relación con sus padres, vínculos afectivos. Vida escolar, habilidades, talentos, problemática personal logros en el tratamiento, debilidades, responsabilidades, aspiraciones, proyecto de vida, formación en valores, tratamiento terapéutico, tratamiento profesional, estado nutricional y de salud.

151

ESTUDIO SOCIO FAMILIAR

Historia nº:

Barrio:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de realización:

I. IDENTIFICACIÓN DEL MENOR

Nombre y Apellidos:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

II. COMPOSICION FAMILIAR

Nombre y apellidos de la madre:

Edad:

Escolaridad

Ocupación:

Estado Civil:

Nombre y Apellidos del Padrastro:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

HERMANOS DEL MENOR

Nombre y Apellidos:

Edad:

Escolaridad:

Estado civil:

Nombre y Apellidos:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Nombre y Apellidos:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

III. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

IV. CONDICIONES ECONOMICAS

V. ASPECTO FAMILIAR

VII. CONTEXTO SOCIAL

VIII. CONCEPTO DE TRABASJO SOCIAL.

Cleiner García tejedor
Trabajadora social practicante
Universidad de Cartagena

Verónica Patrón Díaz
Psicóloga

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Entrevista a la familia

Nombre:

Parentesco:

1. ¿Cómo descubrió que su hijo o familiar era adicto?
2. ¿Anteriormente noto algo extraño en él?
3. ¿Cuál fue su actitud cuando se entero de esta adicción?
4. ¿Qué medidas tomo con el adicto?
5. ¿Por qué cree que un joven o adulto entra al mundo de las drogas?
6. ¿En que cree que se equivoco como padre?
7. ¿Cómo se pude ayudar a una persona adicta?

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Historia de vida

1. *Datos personales*

- Nombre
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Oficio
- Edad de inicio en el consumo
- Tiempo en la adicción
- Tiempo en el tratamiento

2. *Formas de pensarse el sujeto, relación con su contexto y como cambio.*

- ¿Cómo era tu vida antes de consumir drogas?
- ¿Que motivo cree que lo llevaron a consumir psicoactivos?
- ¿Como fue su primera experiencia en el consumo?
- ¿Que esperabas de la droga?
- Describa algunos hechos de su vida de adicto.

3. *Acercamiento al contexto del adicto.*

- ¿Cómo eran tus relaciones personales?
- ¿Cómo era la comunicación con tu familia?
- ¿considerabas que tus padres te comprendían?
- ¿Como cambiaron estas con la adicción?
- ¿A quien te sentías más ligado de tu familia? ¿Por qué?
- ¿Cuál crees debe ser la actitud de los padres con hijos adictos?

3. *Relación con el proceso de tratamiento*

- ¿Que te hizo aceptar el tratamiento?
- ¿Que cambios has logrado en el proceso de tratamiento?
- ¿Qué piensas de la droga hoy? ¿Qué le dirías a jóvenes adictos como tu?

REGISTRO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN SOCIAL

1. Evaluación inicial.
2. Planteamiento de objetivos para el tratamiento
3. Estrategias y técnicas
4. Intervenciones específicas
5. Respuestas a las intervenciones específicas
6. Modificación de las intervenciones en función de las respuestas del residente.
7. Seguimiento
8. Fin del tratamiento
9. Evaluación de reeducación

Para la extracción de la información y datos se tuvieron en cuenta las verbalizaciones, gestos, los silencios, la descripción de conductas y actitudes asumidas, los significados adjudicados por los usuarios, y las propias inferencias y conclusiones dadas desde las teorías y experiencia adquirida en el campo.

PRIMERA EXPERIENCIA EN EL CONSUMO Y MOTIVO

.4. ASPECTO SOCIOECONOMICO

5.COMPOSICION FAMILIAR					
NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EST CIVIL

6. ASPECTO FAMILIAR			
TIPO DE FAMILIA:			
LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS :			
EJERCICIO DE LA AUTORIDAD:			
TIPO DE COMUNICACION:	AGRESIVA:	PASIVA:	ASERTIVA:

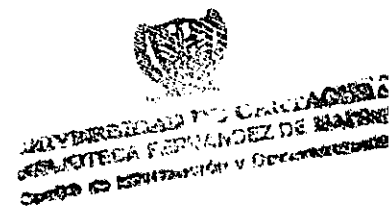
BIBLIOGRAFÍA

- MINUCHIN. S., Fishman H. Ch. Técnicas de terapia familiar. México, Ed. Paidós, 1996.
- MAIER, Henry. Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. 10ª edición. Ed, Amorrortu. Buenos Aires. 2000.
- WATZLAWICK, P y cols. Teoría de la comunicación humana. Ed. Herder. Buenos aires. 1993.
- HOGAR CREA, INC. Box 547. Saint Just, P.R. Manual De Tratamiento. Deberes Y Responsabilidades Del Director De Hogar. Junio De 1985.
- STANTON, M.D., T. Tood y cols. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona, España. Editorial Gedisa, 1994.
- BLUM, R. y asociados. Estudios sobre drogas. México D.F. Editorial Bordaje. 2000.
- CANCRINI L, Constantini D. Drogadicción Juvenil. 9ª conferencia mundial de terapia en adicciones.
- BANDURA, Albert. Teorías de aprendizaje social. McGraw Hill, 1990.
- BARATO G., Saúl..Familia y comunidad. Bogotá. Usta, 1988.

- ESTUPIÑÁN Mójica Jairo y HERNÁNDEZ Córdoba Ángela. El Estudio De La Familia Desde Una Perspectiva Sistémica.
- MENDEZ GUSMAN, Maria. La función Asistencial: Identidad y Proyectiva del Trabajo Social Clínico. Revista de Servicio Social. Vol, 3. 1999.
- Enciclopedia Escuela para Mejores Padres. Ediciones Zamora, 1994.
- GONZALO, Musitu. Buenos Aires: Lumen, 2001.
- HOFFMAN, Louis. Psicología del desarrollo. 6ªd. España: MacGraw Hill.
- RODRÍGUEZ, Héctor. Formación integral vida, amor y familia. 1 Ed. Marín y Mora. Cali, Colombia.
- LINARES Duque, Jorge. Proyecto de Vida. 5ª edición. Panamericana. Bogota. 2003.
- LINARES Duque, Jorge. El sentido del Hogar. 2ª edición. Panamericana. Bogota. 2003.
- TORRES MARTÍNEZ, Gertrudis. Desarrollo del niño en edad escolar. Bogotá: Usta, 1990.
- UNELL C, Bárbara. WYCKOFF L, Jerry. 20 Valores. Bogotá: Ed, Norma, 2000.

168

- Enciclopedia familiar. Vida amor y sexo. Isidro Aguilar y Herminia Gálvez. 2ª Edición, tomo 1. Ed, Safeliz .EE.UU.
- GALE Raimond. ¿Quién es usted? La psicología de ser Ud mismo. Ed, DIANA. Méjico. 1979.
- ANDOLFI Mauricio. Terapia Familiar. Ed, Paidós. Buenos Aires. 1984.
- POWELL Jhon, S.J. ¿Por qué Tengo Miedo de Decirte Quien Soy? Primera edición. Ed, Diana. Mejico. 1998.
- RUI H. Dolácio Méndez. El drogadicto y la familia. Ediciones Paulinas. 3ª edición. Bogotá. 1998.
- LUNA José Arturo. Que hacer con un hijo adicto. 4ª impresión. Ediciones San pablo. Bogota. 2006.
- ESTRADA, Laura. El ciclo vital de la familia. Edit. Posada, Mejico, 1988.
- UNIVERSIDAD de Cartagena. Facultad de Ciencias Sociales y Educación. Departamento de Prácticas. Sistema Administrativo de la Práctica en Trabajo Social. Cartagena 1999.
- CARRILLO, José M. Epistemología, Ciencia y Paradigma en trabajo social. Ed, Aconcagua libros. Sevilla España. 2003.
- REVISTA COLOMBIANA DE TRABAJO SOCIAL, Nº 12. Cali, 1998. Pg176.



- MORALES, Adela. Relaciones intrafamiliares disfuncionales y sus consecuencias psicologicas. Fundación Restrepo Barco. Bogota, 1997.
- REVISTA COLOMBIANA DE TRABAJO SOCIAL, N° 13. Bogota, 1999. Pg179.
- REVISTA COLOMBIANA DE TRABAJO SOCIAL, N° 10. Cali, 1997. Pg176.
- PAGINA WEB. Drogodependencia RIOD (Red Iberoamericana que trabaja en Drogodependencia). WWW. Elindependiente.com.alm.