

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL,
UN MUNDO DE OPORTUNIDADES ESPERA POR TI:
DEFINITIVAMENTE: DI NO A LA DROGA**

Elaborado por:

Ana María Otálvaro Yepes

Darlyn Tatiana Zapata Ortiz

Juliana María Montoya Londoño

Asesorado por:

César Augusto Jaramillo Jaramillo

Psicólogo, Magister y Especialista

Asesor



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
ESCUELA DE POSGRADOS Y FORMACIÓN AVANZADA**

Medellín, Diciembre de 2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, Diciembre de 2013

DEDICATORIA

A nuestros padres, nuestros abuelos, nuestro asesor y a la Fundación La Luz, especialmente a sus funcionarios por permitirnos el ingreso a la institución y brindarnos la información necesaria para fundamentar nuestro proyecto de intervención psicosocial.

Ana María Otálvaro Yepes

Darlyn Tatiana Zapata Ortiz

Juliana María Montoya Londoño

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias por el apoyo que en todo momento hemos recibido.

Agradecemos al profesor César Jaramillo, por su apoyo permanente y el aporte realizado al presente trabajo. Asimismo, agradecemos a cada uno de los docentes de las diferentes asignaturas que nos aportaron los elementos necesarios para la estructuración de este proyecto.

Para el docente Santiago Morales, agradecimiento especial, la magistralidad de su asignatura propició en nosotras no sólo la seguridad sino la importancia de demostrar lo aprendido y actuar de inmediato. Nos motivó a ver resultados. Gracias, muchas gracias.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	9
GLOSARIO	11
1. TITULO.....	13
2. PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA.....	14
2.6 Marco Legal Institucional.....	15
2.7 Principios.....	16
2.8 Criterios Básicos	16
3. REFERENTE CONTEXTUAL Y LEGAL.....	18
3.1 Historia	18
3.2 Tratamiento y Rehabilitación	18
3.3 Marco Legal.....	20
4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	27
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
6. JUSTIFICACIÓN	36

7.	OBJETIVOS	39
	7.1 General.....	39
	7.2 Especificos	39
8.	REFERENTE CONCEPTUAL	40
	8.1. Perspectiva Teórica.....	40
	8.1.1. La Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)	40
	8.1.2. La Farmacodependencia.....	44
	8.1.3. Tratamiento de la farmacodependencia	46
	8.1.3.1.Tratamiento.....	46
	8.1.3.2. Tratamiento desde la Fundación la Luz y la comunidad terapéutica.....	47
	8.2. Conceptualización frente a la problemática.....	52
	8.2.1. Farmacodependencia.....	52
	8.2.2. La recaída.....	56
	8.2.3. Prevención de la Recaída.....	58
9.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	61
	9.1. Fundamentación metodológica.....	61
	9.2. Estrategias y técnicas.....	64
	9.3. Indicadores y metas de gestión.....	72
10.	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.....	76
	10.1. Cronograma de Diseño.....	76
	10.2. Cronograma de Ejecución.....	77

11. PRESUPUESTO.....78
REFERENCIAS83
ANEXOS.....89

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfico 1. Diagrama del proceso de recaída.....	34
Gráfico 2. Acciones terapéuticas.....	49

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estrato social de los usuarios.....	27
Tabla 2. Edad de los usuarios.....	28
Tabla 3. Lugar de procedencia.....	28
Tabla 4. Género.....	28
Tabla 5. Nivel académico.....	29
Tabla 6. Tipo de adicción sin discriminación de género.....	29

RESUMEN

Hay muchas cosas en la vida que no se pueden controlar, pero pocas las que no se pueden aprender a manejar. Este trabajo de intervención psicosocial plantea estrategias preventivas para que los adolescentes no reincidan en el consumo de sustancias psicoactivas; mediante éstas se pretende que al finalizar el proceso terapéutico el adolescente esté empoderado de su vida. Para esto es importante informarse, formarse y responsabilizarse desde el autocuidado. Además se debe conocer el proceso de la recaída; para ello el adolescente debe haber pasado por recuperación, y haber mejorado su conducta por un período de tiempo significativo. Cabe anotar que la recaída puede ser detenida por iniciativa propia o por apoyo del grupo social y familiar.

PALABRAS CLAVE: Adolescente, estrategias, farmacodependencia, prevención y reincidencia.

ABSTRACT:

There are many things in the life cannot be controlled, but very few that cannot be to learn to manage, this job presents the psychosocial strategies for teenagers do not continue to consume psychoactive substances by these strategies are intended that the end of the therapeutic process this empowered in their lives. For this is important that you be informed,formed and take responsibility of self-care. Also you must know the process of relapse; to do this, the teenager must have passed by recuperation, and have been improved his conduct for a significant period of time should be noted that the relapse can be stopped by initiative on his own initiative or for social support group and family counseling.

Keywords: Teenager, strategies, Drug Dependence, prevention and recidivism.

GLOSARIO

Adolescente: Se entiende por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad (Congreso de la República de Colombia, 1986).

Dependencia: “Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleve un deterioro o malestar clínicamente significativo”(Calderón, Ramírez y Jiménez, 2001, p. 14).

Dependencia física: “Adaptación fisiológica del organismo que requiere el consumo de una SPA para su funcionamiento normal” (Vega, 1987, p. 28).

Dependencia psicológica: “Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar” (Becoña, 1994, p. 525).

Estrategias: Es un plan o una metodología que se crea con un propósito. Puede verse también como un proceso a través del cual se prevé alcanzar cierto mejoramiento sea desde el presente o hacia el futuro.

Farmacodependencia: “Es un estado psíquico y físico que se da por la interacción entre un individuo y uno o más fármacos. La farmacodependencia se caracteriza también por conductas y reacciones en las que el usuario (consumidor) de los fármacos denota ambivalencia y un uso compulsivo por los mismos” (Vega, 1987, p 27).

Prevención: Conjunto de acciones que estimulan al desarrollo humano y que tienden a evadir la aparición de problemas y/o enfermedades. Se habla de prevención integral como una estrategia que incentiva procesos de construcción y

mejoramiento, propendiendo así el afianzar comportamientos que susciten al autocuidado.

Recaída: “Se le llama recaída a todo el proceso que lleva desde un estado de abstinencia sostenida, hasta el consumo o adicción activa. Este proceso ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado”(Alvarado, 2013, párr. 1).

Sustancias Psicoactivas (SPA)¹: Según la cuarta edición revisada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y /o conductas (APA, 2001).

¹ De aquí en adelante se usará la abreviatura SPAS para Sustancias Psicoactivas.

1. TITULO

Proyecto de intervención psicosocial, un mundo de oportunidades espera por ti:
definitivamente: di no a la droga

2. PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA

La Fundación La Luz es una institución nacional para la prevención y el tratamiento de las adicciones. Es una IPS privada que presta los servicios de CAD (Centro de atención para farmacodependientes: residencial y ambulatorio), amparada con el número 252900210401 de REPSS (registro especial de servicios de salud) para la zona de Cundinamarca y el 0500109669-01 para Antioquia. (Fundación La Luz, 2013, párr. 1)

2.1 Misión

“Acompañar al adicto y a las personas con problemas de comportamiento, en su proceso de rehabilitación, a través de una intervención basada en las ciencias humanas, la calidad y la experiencia” (Fundación La Luz, 2013, párr.2)

2.2 Visión

“Ser líderes en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones a nivel nacional e internacional” (Fundación La Luz, 2013, párr. 3)

2.3 Política

Gestión integral con altos estándares de calidad, garantizando un actuar institucional ético, transparente, oportuno, eficiente, efectivo y eficaz, en el cumplimiento de la misión, con logros basados en el mejoramiento continuo, orientados a la satisfacción de las necesidades del usuario y de la comunidad en general (Fundación La Luz, 2013, párr. 4).

2.4 Valores

Los valores definidos por esta institución son: la honestidad, la responsabilidad, el trabajo, la calidad, el servicio, la lealtad y el amor (Fundación La Luz, 2013, párr. 4).

2.5 ¿Qué Hace?

Ofrece soluciones reales e integrales, de alta calidad, tanto en la fase de prevención como de intervención terapéutica a la población que desea protegerse del desarrollo de cualquier tipo de adicción y a las personas que padecen problemas de adicción o comportamientos asociados (Fundación La Luz, 2013, párr. 4).

2.6 Marco Legal Institucional

IPS CAD. La Fundación La Luz es una IPS privada, que presta sus servicios de CAD (Centro de Atención en Drogadicción) tanto residencial como ambulatoria con licencia número 0500109669-01 de REPSS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) para prestar sus servicios en Antioquia (Fundación La Luz, 2013, párr. 1)

ESAL La Fundación La Luz es una entidad sin ánimo de lucro, constituida legalmente el 19 de marzo de 1996, en la Cámara de Comercio de Medellín bajo el número 1265, libro 1, con número ESAL 21- 000052-22, y NIT 811.004.956-6 (Fundación La Luz, 2013, párr. 2).

2.7 Principios

- El usuario es el centro de nuestro proceso.
- Las personas son y serán el bien máspreciado de nuestra Institución.
- La calidad es un distintivo de nuestro servicio.
- Trabajamos por la recuperación integral de nuestros pacientes.
- Evaluamos periódicamente nuestros procesos y nuestros recursos con el fin de optimizarlos.
- Somos una Institución aconfesional.
- La prevención es para nosotros una estrategia fundamental.
- Interactuamos con otras instituciones para alcanzar los objetivos de nuestra misión.
- Hacemos seguimiento pos-institucional a nuestros egresados.
- Hacemos autogestión para financiar nuestros procesos (Fundación La Luz, 2013, párr. 3).

2.8 Criterios básicos

Los criterios que plantea esta institución para que se tengan en cuenta en todas y cada una de las intervenciones con el residente y el grupo terapéutico durante el proceso de tratamiento, son:

- **Centralidad del modelo:** Eje transversal que articula el tratamiento y el eje desde el que se enfoca la intervención.
- **Intencionalidad:** Hace referencia al nuevo estilo de vida que se propone el residente, le corresponde al equipo humano enriquecer dicha meta y encausar al usuario a miradas amplias: estilo de vida apoyado en los valores del ser con prelación a los del tener.

- **Clima familiar:** Criterio que nos pide mantener un ambiente afectivo y de acogida para propiciar el crecimiento, en equilibrio con la necesaria exigencia.
- **Intervención personalizada:** Por parte del personal se debe conocer profundamente cada residente, sus circunstancias, fortalezas, debilidades, entre otros, y así encausar adecuadamente el tratamiento.
- **Protagonismo:** El éxito del proceso depende de la participación activa del usuario y del grupo terapéutico en la gestión del tratamiento.
- **Integralidad:** Formar a los usuarios en todas las dimensiones del ser.
- **Favorabilidad:** Buscar el mayor beneficio para el residente y el grupo de terapéuticos en cada circunstancia.
- **Gradualidad:** El proceso supone una serie lógica de etapas, tanto de las causas de la iniciación como desintoxicación, que van de lo sencillo a lo complejo, la intervención terapéutica se debe ceñir a este criterio para hacer progresivo el tratamiento.
- **Contextualización:** El tratamiento tiene unos referentes internos y externos que deben ser tenidos en cuenta en todo momento.
- **Apertura:** En la intervención se deben incorporar los nuevos criterios científicos y acomodarse inteligentemente a los crecientes desafíos de la problemática adictiva para buscar las soluciones más adecuadas.
- **Flexibilidad:** Capacidad de acomodación e inteligencia para administrar el tratamiento en procura de los mejores resultados.
- **Organización, dinámica y conectividad:** Todos los elementos del tratamiento están lógicamente jerarquizados, cuentan con la necesaria movilidad para adecuarse a las demandas del usuario y guardan relación interna (Fundación La Luz, 2013, párr. 4).

3. REFERENTE CONTEXTUAL Y LEGAL

3.1 Historia

El señor Álvaro Enciso elaboró el proyecto de constitución de la Fundación con el fin de ofrecer un tratamiento bajo la modalidad de comunidad terapéutica, su primer sede se ubicó en el municipio de Barbosa (Antioquia) y en estas instalaciones el 2 de enero de 1996 se inauguró y se dio la apertura al primer hogar que rápidamente vio colmada su capacidad.

Como próximo paso, se abre una oficina en el barrio el Poblado de Medellín aprovechando la cercanía para hacer contactos. Luego la Fundación se traslada para la autopista Medellín Bogotá; y luego para Copacabana a una sede más grande y cómoda. Así empezó a gestarse y crecer una fundación que hoy tiene sucursales en varias ciudades del país y que rehabilita cientos de personas con problemas con el abuso de spas. (Fundación La Luz, 2013).

3.2 Tratamiento y Rehabilitación

Para facilitar en los internos (usuario-adictos) la adaptabilidad, la recuperación integral de la salud física, mental, emocional e intelectual; el amor y la adaptación al trabajo o cualquier tipo de labor que les represente ingreso económico y/o el sentirse útil y productivo, aún *ad honorem*; animarlos para que recuperen la credibilidad socio-familiar, la continuidad académica y/o laboral, la toma de conciencia sobre las causas y consecuencias de las adicciones que llevan al deterioro físico, merma de la capacidad mental y memorística, la falta de coherencia y el comportamiento bipolar, todo ello se trata recurriendo a un

conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud, la minimización de las secuelas y las recaídas o reincidencias.

El tratamiento es el conjunto de intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso en el consumo de drogas psicoactivas y de lo que se trata es de activar la autoestima y la toma de conciencia con el fin de incrementar en el paciente su optimismo y por ende optimizar el desempeño personal y social. El proceso comienza cuando el adicto o usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con la Fundación La Luz, dadora de servicios continuos de salud a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que alcanzan el nivel de salud y bienestar más alto posible.

Rehabilitar implica reponer, readquirir, recuperar una función o patrón de actividades perdidas, lo mismo que animarlos a reducir secuelas e incapacidades, tratando de aprovechar y reorganizar, acceder y asentir a las posibilidades residuales del individuo y su entorno que quedan como consecuencia del proceso patológico adictivo, ya sea por la gravedad misma del proceso o por la intervención tardía sobre este (Fundación La Luz, 2013, párr. 6)

Este proyecto de la Fundación La Luz aportará ventajas en el uso estratégico en el manejo de las herramientas aptas para prevenir la reincidencia en el consumo de fármacos en adolescentes entre los 12 y 18 años de edad que se encuentran en tratamiento en comunidades terapéuticas a través del trabajo conjunto con las familias y los adolescentes durante su tratamiento para la inclusión social.

En la Fundación el tratamiento comprende diferentes modalidades que incluyen terapias grupales, familiares e individuales; existe un diario vivir en el que durante todo el día el grupo de adolescentes realiza actividades diversas como parte de su tratamiento y clasificadas según la etapa en la cual se sitúa el adolescente antes y después del tratamiento. Entendiéndose que en la etapa inicial se nombra un

“hermano mayor”, y éste es quien lleva más tiempo en la Fundación para que contribuya en el proceso de adaptación del nuevo integrante y al cual acompañar durante 3 ó 5 días.

Existe la terapia de choque que se utilizada o aplicada al adolescente con comportamiento inadecuado denotado principalmente a través de su vocabularios, sus expresiones, sus gestos, proceder agresivo. Este tipo de conducta se toma como una falta a las norma de la Institución y además puede ser causa para el retroceso en su tratamiento. Ante este tipo de conducto el terapeuta el terapeuta se hace acompañar de un grupo de presión que le hacen saber que por su error es sometido a una sanción, la cual se aplica de acuerdo al tipo de falta y su frecuencia. La sanción castigo más común es el impedimento a recibir visitas.

3.3 Marco Legal

Ley 30 de 1986 Estatuto Nacional de Estupefacientes

Capítulo VII: Sobre el tratamiento y rehabilitación. Los artículos 84 al 86 comprometen a las autoridades que tienen a su cargo la salud pública para que establezcan programas donde el objetivo de las medidas sanitarias y sociales sean capaces de procurar que el individuo se reincorpore como persona útil a la comunidad; incluyendo dentro de los programas de Ministerio de Salud servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes, así mismo autorizando e inspeccionando el funcionamiento de todo establecimiento público o privado destinado a la prevención, tratamiento o rehabilitación de farmacodependientes (Congreso de la República de Colombia, 1986, p. 19 - 20).

Artículo 84. El objetivo principal de las medidas sanitarias y sociales para el tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente consistirá en procurar que el individuo se reincorpore como persona útil a la comunidad.

Artículo 85. El Ministerio de Salud incluirá dentro de sus programas la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes. Trimestralmente, el citado ministerio enviará al Consejo Nacional de Estupefacientes estadísticas sobre el número de personas que dichos centros han atendido en el país.

Artículo 86. La creación y funcionamiento de todo establecimiento público o privado destinado a la prevención, tratamiento o rehabilitación de farmacodependientes, estarán sometidos a la autorización e inspección del Ministerio de Salud (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2 - 3).

Ley 1098 de 2006. Código de la infancia y la adolescencia

Artículo 9. Prevalencia de los derechos. En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).

En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente.

Artículo 10. Corresponsabilidad. Para los efectos de este código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.

La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado.

No obstante, lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).

Artículo 12. Perspectiva de género. Se entiende por perspectiva de género el reconocimiento de las diferencias sociales, biológicas y psicológicas en las relaciones entre las personas según el sexo, la edad, la etnia y el rol que desempeñan en la familia y en el grupo social. Esta perspectiva se debe tener en cuenta en la aplicación de este Código, en todos los ámbitos en donde se desenvuelven los niños, las niñas y los adolescentes, para alcanzar la equidad (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 2).

Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos.

En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 3).

Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano.

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano.

Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción, cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 3).

Artículo 19. Derecho a la rehabilitación y la resocialización. Los niños, las niñas y los adolescentes que hayan cometido una infracción a la ley tienen derecho a la rehabilitación y resocialización, mediante planes y programas garantizados por el Estado e implementados por las instituciones y organizaciones que este determine en desarrollo de las correspondientes políticas públicas (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 3).

Artículo 94. Adiciónese dos nuevos párrafos al artículo 42 de la ley 1098 de 2006, así:

PARÁGRAFO 1. Considérese obligatorio que todas las instituciones educativas públicas y privadas estructuren un módulo articulado al PEI - Proyecto Educativo Institucional- para mejorar las capacidades de los padres de familia y/o custodios en relación con las orientaciones para la crianza que contribuyan a disminuir las causas de la violencia intrafamiliar y sus consecuencias como: consumo de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, deserción escolar, agresividad entre otros.

PARÁGRAFO 2. Las Secretarías de Educación Municipal y Departamental deberán orientar y supervisar las estrategias y metas del sistema psicopedagógico y las Instituciones deberán consignarlo dentro del Proyecto Educativo Institucional –PEI– como de obligatorio cumplimiento. (Congreso de la República de Colombia, 2006, p. 59).

Ley 1453, junio 24 de 2011. Código procedimiento penal infancia y adolescencia

Por medio de la cual se reforma el código penal, el, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad (Congreso de la República de Colombia, 2011, p. 1).

Ley 1566 de 2012. Atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas

Artículo 3. Servicios de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas.

La atención de las personas con consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas referidas en el artículo 10 de la presente ley, se realizará a través de los servicios de salud habilitados en instituciones prestadoras de salud (IPS) de baja, mediana y alta complejidad, así como en los servicios para la atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas, debidamente habilitados.

Estos servicios se podrán prestar a través de cualquiera de las modalidades de atención establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre los cuales se encuentran: los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, de carácter público o privado, unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, los centros de atención comunitaria, los equipos básicos de atención

primaria en salud, entre otras modalidades que formule el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. Las instituciones que ofrezcan programas de atención al consumidor de sustancias psicoactivas indicadas en el artículo 1° de la presente ley, cualquiera que sea su naturaleza jurídica u objeto social, deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas con relación a los respectivos servicios ofrecidos (Congreso de la República de Colombia, 2012, p. 2).

Artículo 4°. Consentimiento informado. Para realizar el proceso de atención integral será necesario que el servicio de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas o el servicio de farmacodependencia haya informado a la persona sobre el tipo de tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante para la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. La persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento (Congreso de la República de Colombia, 2012, p. 2 - 3).

Artículo 5°. Sanciones. Los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), y Servicios de Farmacodependencia y demás instituciones que presten servicios de atención integral a las personas con consumo, abuso o adicción a sustancias psicoactivas que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría, se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud para tal efecto (Congreso de la República de Colombia, 2012, p. 3).

Artículo 6°. Promoción de la salud y prevención del consumo. El Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas formulará líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 10 de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo, las cuales serán implementadas por las administradoras de riesgos profesionales.

Las entidades administradoras de planes de beneficios y las entidades territoriales deben cumplir con la obligación de desarrollar acciones de promoción y prevención frente al consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, en el marco del Plan Nacional de Salud Pública, Plan Decenal de Salud Pública, Planes Territoriales de Salud y Plan de Intervenciones Colectivas y demás políticas públicas señaladas en la presente ley.

Tales acciones de promoción y prevención requerirán para su construcción e implementación la participación activa de todos los sectores productivos, educativos y comunitarios en las respectivas entidades territoriales (Congreso de la República de Colombia, 2012, p. 3).

4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Entre los residentes de La Fundación La Luz hay un grupo de 10 adolescentes en el tratamiento en esta comunidad terapéutica. Este grupo de adolescentes ha presentado dificultades para seguir las normas y adaptarse al ritmo de vida que se maneja en la fundación aún cuando están acompañados y guiados por sus familias. Vale la pena acotar aquí que muchos de ellos vienen de hogares permisivos, poco exigentes.

La dificultad de estos adolescentes radica en que la mayoría de ellos ven el tratamiento como una obligación y ese rechazo lo muestran o camuflan con altanería, rebeldía, incumplimiento frente a las normas; quienes presentan estos comportamientos reciben como castigo una asignación de labores extra semanalmente, que deben por no adherirse a la dinámica que en La Fundación se propone. Cabe anotar aquí que estos 10 adolescentes que hicieron parte de la caracterización hace poco están en tratamiento y es de resaltar que en términos generales se encuentran respondiendo de manera satisfactoria.

Este grupo de 10 adolescentes está caracterizado así:

Tabla 1. Estrato social de los usuarios

Estrato	Número de usuarios
1	1
2	5
3	4

Tabla 2. Edad de los usuarios

Edad	Usuarios
12	
13	1
14	
15	3
16	2
17	4
18	

Tabla 3. Lugar de procedencia de los usuarios

Lugar de procedencia	Usuarios
Medellín	4
Cisneros	1
Huila	1
Bello	1
Andes	1
Envigado	1
Aruba	1

Tabla 4. Género de los usuarios

Género	Usuarios
Mujeres	4
Hombres	6

NOTA: Todos solteros y sin hijos

Tabla 5. Nivel académico de los usuarios

	Nivel educativo	
	Primaria	Secundaria
Mujeres	2	2
Hombres	4	2

Tabla 6. Tipo de adicción, sin discriminación de género

Sustancia adictiva dominante	Marihuana	Sacol	LCD
Sustancia de mayor consumo	10	0	0
Sustancia problema	7	2	1

La muestra de 10 usuarios que se escogió en La Fundación La Luz tiene como características transversales que: son adolescentes entre los 12 y 18 años que han consumido sustancias psicoactivas (SPA), donde la de mayor consumo es la marihuana, siendo esta también la sustancia problema en la mayoría de los adolescentes. Éstos son de estrato socioeconómico 1, 2 y 3, la edad en que se presenta mayor consumo dentro de esta muestra es en los 17 años de edad, la mayoría de estos adolescentes son de Medellín y el género que prima es el masculino.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La farmacodependencia es un problema que ha existido desde siempre, sólo que a medida que el tiempo pasa y las sociedades cambian se incrementa la problemática; la cual se presenta tanto en adolescentes y jóvenes como en adultos. Este asunto se torna problemático cuando se trata de adolescentes que caen en la adicción a uno o varios fármacos y por ello, en algunos casos, las familias deciden ayudarlos y apoyarlos por medio de tratamientos en instituciones de rehabilitación.

Los adolescentes asumen el tratamiento voluntaria u obligadamente y después de darles de alta presentan recaídas o incluso éstas se dan durante el tratamiento; las recaídas suelen ser muy fuertes, y surten mayores efectos en la adicción. Alrededor del tratamiento estos sucesos no permiten la incorporación social del adolescente; quien es finalmente el objetivo de intervención para el caso analizado de la comunidad terapéutica.

La reincidencia se da por diversas causas y hay múltiples factores de riesgo, entre ellos las redes sociales que se establecen y las ofertas de la sociedad. Reincidir implica dejar de lado una nueva oportunidad de vida, decir no a la realización de un proyecto de vida, decir no a encontrar nuevos caminos, nuevas esperanzas y oportunidades; y es ahí donde se pretende influenciar desde la estructuración del proyecto de vida para poder prevenir la problemática de reincidencia del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes que han egresado o están en un modelo para la superación de la problemática adictiva, ya que según los estudios de larga data este grupo etario es considerado población altamente vulnerable por las características por las que atraviesan en su etapa del ciclo vital, presiones psicológicas, factores familiares, sociales y culturales ante los que está expuesto cuando se presenta el problema de farmacodependencia.

En este trabajo de intervención psicosocial, se pretende encontrar soluciones al problema de la reincidencia en los adolescentes, pues se vuelve a caer en la adicción y se echa por la borda todo el trabajo realizado en la comunidad terapéutica, se pretende llevar a cabo estrategias de prevención para que al terminar su proceso terapéutico sean capaces de descubrir que la sustancia psicoactiva no es la salida, que se pierden de nuevas y buenas oportunidades que les esperan para ayudarles a hacer realidad sus sueños.

La adicción como enfermedad crónica está asociada con una tendencia natural a la recaída. Esto no significa que sea inevitable o apropiado tener recaídas, sino que son una realidad, y la mejor forma de prevenirlas, es aceptando el riesgo y conociendo mejor el proceso de la recaída, también llamado síndrome de la recaída.

Uno de los malentendidos más frecuentes es que la recaída es simplemente la vuelta al uso. Aunque esto es parcialmente cierto en realidad se le llama recaída a todo el proceso que lleva desde un estado de abstinencia sostenida hasta el consumo o adicción activa. Este proceso ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios que son en realidad regresión a los anteriores patrones de conducta y pensamiento que presumiblemente ya se habían superado.

Usualmente este proceso está formado por pequeñas decisiones riesgosas que la persona toma, y que, enlazadas unas con otras, van llevando a construir el camino de la recaída. Estas pequeñas decisiones, llamadas también "decisiones de riesgo relativo" son aparentemente sin importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando al adicto hacia una situación imposible de resistir, donde será inevitable el uso, pues los márgenes de susceptibilidad se sobrepasan. Existe una línea imaginaria, o línea de no-retorno luego de la cual no es posible dar marcha atrás a la conducta de búsqueda y el uso es inminente. Aun así en la zona de transición

entre la línea de no retorno y el uso, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin que hubiese ocurrido aún el uso.

La recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación. Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea abstinente y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo. Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída, podría tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y se traduce finalmente en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. A pesar de estar conscientes de su problema y de tener buena disposición para la recuperación, un adicto puede recaer, sino maneja bien las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Luego de una recaída es más probable que el adicto esté más claro en qué cosas ha estado haciendo mal. Aun así no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación.

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo. Poder identificar estos síntomas y tratarlos a tiempo puede ayudar a prevenir una recaída:

- Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso
- Podrían ser pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido.

- Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación: Volver a los lugares de riesgo, volver a ver las personas relacionadas con el uso.
- Descuidar el plan de recuperación: Dejar de asistir a las reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta, dejar de leer o hacer ejercicio.
- Aislamiento o pérdida de contacto: Con las nuevas relaciones de recuperación.
- Irritabilidad: Especialmente en las relaciones significativas del adicto.
- Obsesión con la imagen o los defectos físicos: Dietas excesivas, preocupación excesiva acerca del peso.
- Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes: Sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
- Renacen o se exaltan los resentimientos hacia otras personas.
- Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
- Defensividad: Al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
- Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
- Preocupación obsesiva por el dinero y por la seguridad financiera.

Estos son solo algunos de los síntomas relacionados al síndrome de la recaída, pero cabe anotar, que en cada persona es diferente y por tanto mostrará síntomas propios, pero en general es marcadamente notable la presencia y evolución de este síndrome. Una de las paradojas de la recaída es que mientras más marcados son los síntomas, menos capacidad tiene el adicto para poder aceptar las críticas constructivas de las personas que lo rodean, y que podrían preocuparse por la posibilidad de una recaída.

La recaída depende además, del fármaco con que se recaiga. Otra variable importante es la etapa del desarrollo en la que se encuentre el adicto ya que en la adolescencia no le favorece la rebeldía y en la etapa de adulto una recaída puede ser fatal, puede significar el fin de los proyectos de vida y de diferentes aspiraciones a pesar de haber realizado un tratamiento. El proceso de recaída puede ser detenido ya sea por iniciativa propia o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo y ellos son familiares, terapeutas o compañeros de grupo.

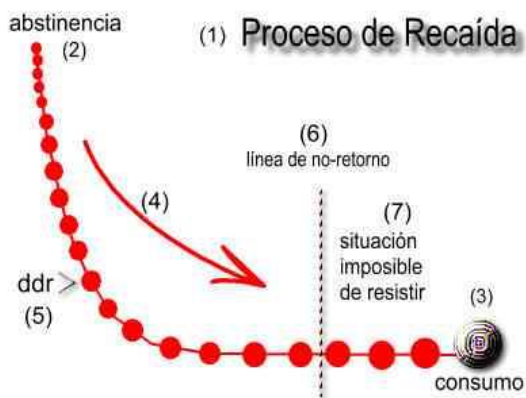


Gráfico 1. Diagrama del proceso de recaída (Alvarado, 2013, párr. 1).

Es importante especificar que en el título del presente proyecto de intervención psicosocial se utiliza la palabra “droga” para hacer alusión al término técnico de sustancias psicoactivas; esto a razón de que es el vocablo que los adolescentes utilizan dentro de su jerga o vocabulario.

Esta problemática se va a intervenir principalmente porque la adolescencia es la etapa de desarrollo más vulnerable del ser humano ya que las habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento no se tienen lo suficientemente estructuradas para enfrentar diferentes situaciones que en la cotidianidad se presentan.

6. JUSTIFICACIÓN

La farmacodependencia es un problema real que afecta seriamente a la humanidad en todos los niveles, aunque sea un fenómeno que se presenta desde mucho tiempo atrás y en todo tipo de población, los principales afectados son los adolescentes que se encuentran más vulnerables en la sociedad por las diferentes características que presenta esta etapa.

Los adolescentes movidos por su espíritu aventurero y con la presión del medio y de los amigos, cada vez más se ven inmersos en este fenómeno del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas que les hace perder su norte existencial y les afecta su salud mental y su proyecto de vida; de aquí la importancia de realizar este trabajo con esta población vulnerable y tan importante para la sociedad contemporánea pues ellos son los adultos del mañana y quizás los padres que garantizarán las generaciones venideras.

Reconociendo entonces el fenómeno de la farmacodependencia y haciendo alusión a la pertinencia social de este trabajo, en los adolescentes este se hace mucho más fuerte según la situación que les rodea, por la falta de orientación y cuidados por parte de los padres de familia, o por la poca capacidad de decisión que presentan, pues ceden fácilmente ante la presión de grupo o ante el placer momentáneo que genera el consumo, ante la provocación del entorno y su grupo de amigos, a causa de esto los padres se preocupan y buscan una ayuda oportuna para el problema de su hijo.

Cabe anotar que muchas veces es muy complicado hacer ver esa necesidad de ayuda, pero sin embargo, y a pesar del esfuerzo que cuesta, logra la familia hacerle tomar conciencia y se someten junto con el adolescente a un tratamiento en una comunidad terapéutica, se asume este en los casos satisfactorios con responsabilidad, fuerza de voluntad y buenos resultados.

El problema planteado en este proyecto está en lo que sucede en algunos adolescentes luego de haber culminado su tratamiento, vuelven a su entorno y terminan recayendo y esta vez con más fuerza, echando por la borda todo lo aprendido. Aquí vale la pena hacer un análisis de lo sucedido, para conocer en qué se falló, qué se puede mejorar y cambiar para poder alcanzar el resultado esperado y poder hablar de prevención. Conociendo las causas de esta recaída, para hacer de esto una posibilidad, es necesario la aplicación de la intervención psicosocial, que enseña a hacer un análisis del contexto, de las realidades, de estas poblaciones vulnerables, y al interventor psicosocial a involucrarse en la solución del problema, partiendo de las necesidades verdaderas de la población, que para criterio de la investigadoras y como se planteó antes, la adolescencia es la etapa más vulnerable de la evolución humana, por las crisis y cambios que enfrentan, la falta de criterios, y en general por las propias características de la fase del psico desarrollo humano. Teniendo en cuenta lo anterior se hace necesario este trabajo ya que en la Fundación La Luz se encuentra un número significativo de esta población que presenta el fenómeno de la recaída y el cual urge de estrategias que lo enfrenten y por lo menos lo atenúen y ojalá lo prevengan.

Este proyecto desea hacer un análisis de las causas de esa reincidencia en la farmacodependencia y desde varios talleres y planteamientos prácticos, hacer promoción y prevención de este problema en personas que apenas comienzan a vivir y que tienen un mundo de experiencias fantásticas por descubrir, se busca arrancarle estos adolescentes al mundo de las drogas y brindarle un apoyo integral a las familias que viven esta situación, utilizando como herramienta lo que enseña la intervención psicosocial, es decir una Atención Integral para esta población.

Se espera que a la Fundación La Luz le sirva este proyecto para enriquecer su forma de trabajo y así poder mejorar las posibles debilidades, que como toda Institución posee, y que este trabajo sea viable en el tema de la prevención de

recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas, y así satisfacer la necesidad de los adolescentes de ser entendidos en su mundo adecuadamente, desde todas las áreas, o sea de manera integral.

Adicionalmente, con este trabajo se quiere afianzar y enriquecer la formación profesional y, como seres humanos, además de cumplir con el requisito para el grado como Especialistas en Intervenciones Psicosociales, poder salir al medio y servirle a la comunidad más vulnerable y necesitada y así ofrecerles el servicio con calidad.

7. OBJETIVOS

7.1 General

Prevenir la reincidencia en el consumo de spas de los adolescentes de 12 a 18 años de edad que están vinculados en la comunidad terapéutica en la Fundación La Luz para contribuir a su incorporación social.

7.2 Específicos

- Identificar la población de los adolescentes entre los 12 y 18 años de edad internos en Fundación La Luz y a sus familias para evaluar el nivel de compromiso con el que están asumiendo el tratamiento a través de sus logros terapéuticos.
- Sensibilizar a las familias de los adolescentes entre 12 y 18 años de edad de la Fundación La luz para orientarlos sobre cómo afrontar los factores de riesgo y cómo fomentar los factores de protección, para alcanzar el éxito del tratamiento y la reinserción social y efectiva de sus hijos a su núcleo familiar y a la sociedad.
- Reforzar los planes de tratamiento con estrategias de intervención psicosocial dirigidas a los adolescentes farmacodependientes entre 12 y 18 años de edad en la Fundación La Luz, para reducir las recaídas durante y después del tratamiento.

8. REFERENTE CONCEPTUAL

8.1 Perspectiva teórica

8.1.1 La Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo a lo anterior se explicará la relevancia de enfatizar en la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)² Noriega Cabrera (2007), definiéndola desde el modelo cognitivo, que propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen como denominador común una distorsión del pensamiento, y de acuerdo a este planteamiento se genera una conducta inadecuada en el individuo. Si se traslada este postulado básico de la cognitiva se tiene que la conducta de la adicción es generada por una distorsión del pensamiento en el adolescente, sin embargo, la autora agrega que con base en un elemento que es el estímulo externo, el cual se le presenta al individuo, y este es percibido por aquel que procesa la información de acuerdo a sus esquemas o a sus creencias de manera errática (otros elementos brindados por la teoría cognitiva comportamental) generando las conductas adictivas.

La Terapia Cognitiva Comportamental, se basa en el modelo cognitivo; el cual parte de que para que la patología se presente tiene que haber un estímulo en el medio y una vulnerabilidad cognitiva; si existe sólo una es probable que la patología no se presente, es decir si se aplica a la farmacodependencia, el adolescente que un atendido un inadecuado desarrollo de sus autoesquemas y de sus estrategias de afrontamiento han venido siendo disfuncionales, por ejemplo con necesidad de aprobación y adicionalmente el medio que contiene riesgos, por ejemplo sus amigos le ofrecen sustancias psicoactivas, estos factores hacen que el adolescente desde sus falencias en su estructura psíquico-cognitiva procese

²De aquí en adelante se usará la abreviatura TCC por Terapia Cognitivo Comportamental.

mal esta información y esté más propenso a dar una respuesta positiva a la propuesta de su par de consumir spas.

Con el ejemplo anterior puede notarse que la interacción entre el medio, la vulnerabilidad cognitiva del adolescente, y otros factores intrínsecos de este individuo pueden llevar a que se tengan estrategias de afrontamiento inadecuadas para encarar las diversas situaciones y obstáculos que el medio presenta; a diferencia del individuo que no presenta la vulnerabilidad cognitiva.

Es por eso que Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como: “Los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar, tolerar o reducir las demandas externas y/o internas y los conflictos entre ellas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (1980, p. 223)”. Estos autores plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos debe contar con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema como tal; y así el individuo puede utilizar estas estrategias de acuerdo a su interacción con el entorno.

Para comprender lo anterior es importante precisar la diferencia que hay entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento:

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales que hacen frente a las situaciones y que son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos y otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997, p. 246).

Desde la Terapia Cognitiva las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis 1962 y Beck 1964). Por lo tanto la forma en que se

sienten las personas, está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. Esto puede explicar las razones por las cuales un adolescente frente a un problema que se le presenta, toma la decisión errónea de consumir spas, pues es la manera como éste “enfrenta” de manera in-assertiva los problemas de su cotidianidad.

Para comprender mejor lo anterior se debe saber que las terapias cognitivas están basadas en los siguientes supuestos básicos:

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio (ObstCamerini, 2013, párr. 5).

El estilo de abordaje de este enfoque terapéutico de la psicología se focaliza en:

- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- Es un enfoque orientado al problema y los objetivos.
- En el carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera saludable y funcional (Felipe y León, 2010, p. 245-257).

La terapia cognitivo comportamental, es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente, la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa, y métodos conductuales y emocionales asociados, mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que por

tanto su reestructuración, por medio de intervenciones psico educativas y práctica continua, puede mejorar el estado del paciente (Beck, 1983).

Inicialmente se evalúa de manera individual, se trazan las metas y se realiza el plan de intervención estructurado según las necesidades detectadas. Esta terapia permite que el paciente aprenda nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le generan molestia. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus sentimientos pues la psicoterapia cognitiva también es un apoyo frente a los sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico.

Los principios de la Terapia Cognitiva Comportamental son:

Se focaliza en el comportamiento y el pensamiento, y se aproxima a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Está orientada hacia el presente, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente el énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”.

La TCC está centrada en los síntomas y su resolución, ya que el objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales; por ello enfatiza en el cambio.

Este tipo de terapia es muy útil en los casos de conductas adictivas, ya que en éstas hay incapacidad para negarse a consumir drogas y la imposibilidad de abstenerse una vez se ha iniciado el consumo, otra de las terapias que resulta práctica es la que plantea Albert Ellis; la Terapia Racional Emotiva; la cual consiste en identificar los pensamientos generadores de apetencia o de alguna

emoción desagradable, a través de registros que constan de lo siguiente: Fecha, Situación, Pensamientos, Emoción, Conducta. Luego se pasa a una fase llamada Control Encubierto, en la que una vez identificado y detenido el pensamiento, se introducen pensamientos opuestos positivos y se ponen en práctica (Ellis, 1956).

Desde esta terapia se maneja la técnica de la reestructuración cognitiva (RC)³; la cual está dirigida al cambio de los esquemas y busca que el adolescente, con ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que puedan sustituirse por otros más apropiados o funcionales y así se minimice o elimine su necesidad emocional y conductual del consumo de SPAS. En la RC en vez de decir a los adolescentes cuáles son los pensamientos alternos válidos, el terapeuta enuncia una serie de cuestionamientos para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos disfuncionales y lleguen así a una conclusión objetiva sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989, citado en Bados y García, 2010).

8.1.2. La farmacodependencia

La farmacodependencia es una problemática bastante polemizada, estudiada e investigada, por lo tanto, existen diversas teorías, explicaciones, significados, sobre los diferentes tópicos que abarca, sin embargo, la concepción frente al problema de las adicciones químicas se puede leer desde la representación de un triángulo compuesto por las aristas spas-persona-medio.

Para dar una explicación al problema que se ha venido tratando se ha elegido la teoría cognitivo comportamental, ya que ésta se basa en reconocer como el pensamiento distorsionado origina y desencadena la conducta adictiva de la persona, y propone una forma de psicoterapia desde el reprocesamiento de la

³De aquí en adelante se usará la abreviatura RC por Reestructuración Cognitiva.

información y el cambio de comportamientos para que aprenda a reemplazar su forma de pensar errática con ideas sustitutivas más realistas.

De otro lado se debe comprender que la adicción es un estado de alteración, a veces de intoxicación, provocado por la ingestión de una o varias drogas o sustancias psicoactivas provocando en el individuo un comportamiento inadecuado y repetitivo que se siente incapaz de controlar. Una droga o psicoactivo es cualquier sustancia química, natural o sintética, que una vez ingerida altera la conducta, la percepción; modifica el estado de ánimo, aumenta o disminuye el rendimiento físico o psíquico, altera todos los sentidos, el sueño y hasta la ingesta de la alimentación necesaria para la conservación de la salud. Los trastornos son innumerables (Manantiales, 2013).

La adicción a las drogas es la intoxicación causada por distintos agentes como el alcohol, el tabaco y los alcaloides, sustancias que perturban la vida y en muchos casos llegan al extremo de destruirla. La característica más importante en la adicción es que hay un deseo irreprimito de repetir su uso, porque los usuarios confieren una sensación 'momentánea' de bienestar. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la mayoría de las personas adictas, no lo son únicamente a las sustancias psicoactivas, por esto cabe mencionar que existen adicciones comportamentales y entre ellas se pueden mencionar el juego patológico, tricotilomanía, desorden explosivo intermitente, piromanía, la cleptomanía, la compra compulsiva, entre muchas otras que afectan el comportamiento, comprometen la vida e incluso, en muchos casos son privativas de la libertad.

Otro término para designar la adicción a las sustancias psicoactivas (spas) es Farmacodependencia, que reenvía más a una dimensión farmacológica, esta puede ser definida como una conducta de intoxicación voluntaria, en la que los motivos reales de esta conducta pueden escapar completamente al sujeto. Es necesario precisar que, desde el punto de vista de su desarrollo temporal, esta conducta de intoxicación voluntaria puede ser algunas veces única, episódica o repetitiva; desde el punto de vista de sus implicaciones sociales puede ser solitaria

o colectiva con grupos de amigos, vecinos, pares académicos o laborales, esta presión ejercida por el grupo de iguales es uno de los factores que más se asocian al inicio del consumo de drogas, así como a las situaciones de abuso y recaídas.

8.1.3. Tratamiento de la Farmacodependencia

8.1.3.1 Tratamiento

Las adicciones son de vieja data y en la actualidad está tomando dimensiones inconmensurables que están dando al traste con los más altos objetivos de la familia, la sociedad y del individuo mismo. Esta dificultad que está cobijando todas las capas sociales ha motivado la creación de centros de rehabilitación con personal idóneo en el manejo de la problemática y de allí la utilización de herramientas terapéuticas que permitan la inhibición del farmacodependiente, buscando de esta manera el direccionamiento, la rehabilitación, la desintoxicación y por ende la reinserción social.

El tratamiento en drogodependencias puede definirse como una gama de intervenciones, estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole, causados por el abuso y/o dependencia de drogas, y aumentar u optimizar el desempeño personal y social.

Según el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, el término “tratamiento” se aplica al proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (CONACE, 2004, p. 9).

8.1.3.2. Tratamiento desde la Fundación La Luz y la Comunidad Terapéutica.

El tratamiento de la farmacodependencia se dirige a la minimización de la conducta compulsiva, donde inicialmente se reconoce la problemática, luego se frena el consumo de la sustancia, se brindan estrategias de apoyo para que la conducta del no consumo sea sostenible; para finalizar se procede a la vinculación al medio social desde las múltiples redes de apoyo que cada persona tiene.

La comunidad terapéutica es un sistema de tratamiento para adicciones que evolucionó de la comunidad terapéutica para trastornos mentales y de la filosofía de alcoholicos anónimos (AA). Se ha extendido por todo el mundo y múltiples adictos se recuperan en este sistema. Es un modelo de tratamiento con un espacio grupal de convivencia altamente estructurado en el cual a partir de la experiencia en el grupo y de la presión intencionalmente introducida, se activan y quedan en evidencia las patologías con el fin de la confrontación del sujeto consigo mismo y con el otro para poder interrogar y cuestionar su proyecto existencial y producir una intención de cambio, orientada al proyecto de vida, que apunte a la construcción de un estilo de vida saludable, en el que las sustancias psicoactivas no sean su ordenador existencial, sino una experiencia del pasado de la cual se ha aprendido a vivir (Jaramillo y Velásquez, 2013, p.349).

Es importante resaltar que en la comunidad terapéutica juega un papel importante la presión del grupo la cual logra confrontar a la persona y hacerla consciente de la situación que vive, de su realidad, de que necesita la ayuda y que necesita poner de su voluntad para poder llegar a un verdadero cambio, a una total transformación de su realidad y por lo tanto de su futuro. En la Fundación La Luz se pudo observar el grupo y se percibió la introyección de la norma, de la disciplina, elementos también muy importantes en la convivencia en un grupo.

A continuación se mencionan algunas acciones terapéuticas que se utilizan como herramientas para el direccionamiento terapéutico con los adolescentes farmacodependientes.

Desintoxicación: Consiste en romper el proceso de dependencia; para ello se pretende hacer ver al paciente, hasta donde sea posible y necesario, las circunstancias somáticas, psicológicas y sociales de dicha dependencia y tratar de desplegar nuevas formas de vida sin la droga mediante la organización individual, grupal y familiar. Con la supresión de la droga aparecen los síntomas de privación, estos se evitarán mediante la administración de la medicación correspondiente, que sólo será empleada hasta la supresión de dichos síntomas (Miraval, 2011).

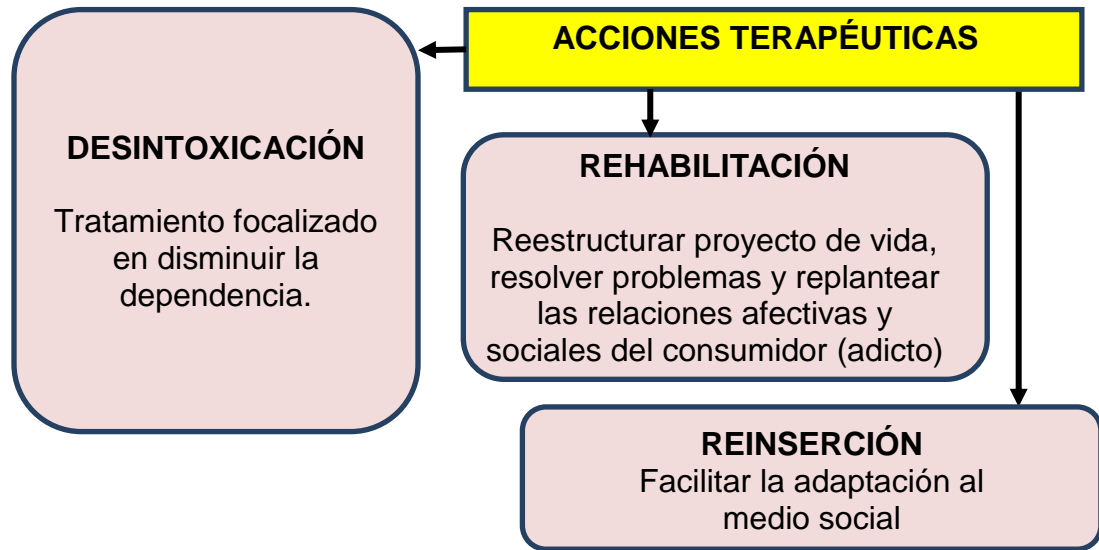
Rehabilitación: El tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente tiene que ser integral, interdisciplinario y a largo plazo, con objetivos claros y estrategias realistas basadas prioritariamente en el compromiso familiar con el tratamiento y rehabilitación en el mismo nivel que la prevención (Miraval, 2011).

Reinserción familiar y social: Se realiza cuando el paciente puede abandonar la hospitalización para incorporarse al mundo exterior, mediante un programa estructurado que es necesario para la adaptación familiar, escolar y/o laboral y social (Miraval, 2011).

Además, se lleva a cabo un seguimiento con la finalidad de vigilar y mantener los logros obtenidos, así como preservar el funcionamiento armonioso del sistema familiar y del individuo. Este seguimiento se realiza directamente y mediante consultas físicas o domiciliarias periódicas semanales o quincenales con la familia.

En el siguiente gráfico se condensa lo más relevante de dicho proceso.

Gráfico 2. Acciones Terapéuticas.



Fuente: Adaptación propia con base en Miraval (2011, p. 131-137).

Otras estrategias terapéuticas son:

- Motivación para el tratamiento y la permanencia en todo el proceso a desarrollar.
- Educación sobre los efectos a corto y largo plazo del consumo de SPA.
- Entrenamiento en conductas alternativas al consumo que ofrezcan satisfacción.
- Habilidades sociales: a) Específicas para el rechazo de SPA, evitar y eludir invitaciones de consumo y b) habilidades de relaciones interpersonales.
- Reorganizar actividades para optimizar el manejo del tiempo libre.
- Seguimiento y prevención de recaídas: identificar situaciones de alto riesgo, potenciar la autoeficacia y el autocontrol acordando acciones a realizar en caso de recaer en la farmacodependencia. Las estrategias de prevención de recaídas son herramientas que le permiten a los pacientes disminuir la probabilidad de recaer, se deben cumplir los siguientes objetivos: Aprender a identificar las situaciones que promueven deseos de consumir, Definir y aprender a controlar las situaciones de riesgo, Incorporar habilidades

asertivas frente a situaciones de probable riesgo y Aprender pautas de afrontamiento ante eventuales consumos (Miraval, 2011).

➤ Grupos de apoyo:

El propósito de un grupo de apoyo es que los miembros compartan intereses comunes y se reúnan constantemente para que se brinden un acompañamiento desde el contar experiencias cotidianas, el apoyo mutuo, intercambiar soluciones, obtener información de las diferentes organizaciones existentes que pueden ofrecer ayuda para evitar recaídas, y todo esto focalizándose en que sus miembros logren solucionar efectivamente diferentes crisis o problemas con el apoyo emocional y familiar que se consagran entre sí los pares del grupo.

La pertenencia a estos grupos permite la formación de nuevos lazos y relaciones sociales entre sus miembros, de esta manera se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes (Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2008).

Los grupos de apoyo buscan reforzar y mantener la sobriedad y los factores protectores tanto individuales como externos. Estos grupos constituyen la piedra angular del mantenimiento de la abstinencia, después que el paciente ha culminado su proceso de rehabilitación y ha egresado del programa donde realizó su tratamiento (Ministerio de la Protección Social, 2004, p. 24 – 27).

Estos grupos también brindan herramientas para potencializar las habilidades sociales, específicamente la comunicación asertiva, entendiéndose ésta como la capacidad para expresar los pensamientos y deseos de una manera oportuna,

directa, en las palabras adecuadas y con respeto a la diferencia; propendiendo siempre por el autocuidado y cuidado del otro. Una de las estrategias más importantes a utilizar es la llamada resolución de las dificultades adictivas; mediante la que se debe definir el problema, buscar alternativas para solucionar, evaluar dichas alternativas y así tomar decisiones que se lleven a la práctica de acuerdo a las situaciones que se vayan dando.

Por más que la idea de consumo prime, siempre habrá otras alternativas que desvíen la atención o el interés hacia las SPAS; como por ejemplo el tener otros lazos de amistad con personas que no sean consumidoras.

Para comprender las recaídas es importante entender el papel que juega el siguiente término en ellas: "*Craving*": entendido como el deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva que ha sido probada previamente" (Iraurgi, Trujols, Jiménez y Landabaso, 2009, p.196).

A más de lo anterior es importante saber que el síndrome de abstinencia y el Craving son situaciones distintas. El primero es producido únicamente por la abstinencia; mientras que el Craving puede darse por estímulos relacionados a la sustancia, estados emocionales y anexo a esto la abstinencia.

Se podría afirmar entonces que en el Craving existe una intensificación del deseo; el cual es principalmente subjetivo para cada individuo y por esto es importante enseñar a los adolescentes a analizar, afrontar y utilizar sus deseos y a observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo. Una estrategia a utilizar es el análisis funcional, donde se lleva un registro de las situaciones en las que se produce el Craving.

8.2 CONCEPTUALIZACIÓN FRENTE A LA PROBLEMÁTICA

8.2.1 Farmacodependencia:

Es un estado de dependencia física o psicológica a un fármaco y se caracteriza por el ansia, la búsqueda y la utilización compulsiva de fármacos, a veces incontrolable, que persisten incluso ante consecuencias sumamente negativas. La adicción física se caracteriza por la necesidad de consumir cada vez más fármacos para lograr el mismo efecto (tolerancia) y por el síndrome de abstinencia; ambos desaparecen cuando se toman más medicamentos (Morris, 2005, párr. 4).

Estas sustancias son introducidas al organismo por cualquier vía de administración, y al alterar el funcionamiento del sistema nervioso central crea también dependencia, sea física, psicológica o ambas.

Precisamente por lo planteado anteriormente es que la farmacodependencia puede considerarse como una problemática que se presenta por la acción de varios factores, por curiosidad, presión social, características de la personalidad y otros factores asociados que posibilitan que el sujeto entre en contacto con una SPA desarrollando conductas adictivas que pueden contribuir a la exposición sucesiva a la SPA hasta que se genera una dependencia.

Para trabajar la farmacodependencia mediante la *intervención psicosocial*; se debe aclarar que ésta es considerada una acción intencionada que busca generar un cambio, una transformación de una situación que según ciertos criterios (necesidad, riesgo de conflicto o daño, violencia intrafamiliar, entre otros) se considera desadaptativa o intolerante porque no se desarrolla de manera acorde desde las pautas ideales de funcionamiento e interrelación social (libertad, justicia social e igualdad social).

Desde esta perspectiva la intervención psicosocial es “la totalidad de acciones para investigar y actuar con los contenidos internos de las personas y las

condiciones externas (grupales-institucionales y comunitarias) que posibilitan sus relaciones, la satisfacción de sus necesidades y los cambios buscados en el contexto” (Bricchetto,1999); es por esto que se pretende actuar en los adolescentes tanto desde la emoción del ser individual como en sus relaciones con el entorno y demás sujetos.

En la sociedad actual se presenta mayor complejidad en las formas de relación e interacción, y esto por múltiples factores como lo son: el incremento de todo tipo de violencia, la variación en la calidad de los lazos sociales y familiares y la vulnerabilidad de algunas instituciones, incluidas las educativas, entre otros factores; es por esto que la intervención psicosocial intenta minimizar las tensiones que surgen en los individuos y en los grupos, desde diversos contextos, trata de comprender, predecir y transformar los procesos psicosociales con ayuda de los elementos de la comunidad sin dejar de lado todas las características culturales y por ende se lleva a cabo en todo tipo de entornos.

Aunque la intervención psicosocial predomina en contextos de desigualdad se quiere plantear un punto de vista esclarecedor como lo es el de Martín Baró quien dice:

Resulta absurdo y aún aberrante pedir imparcialidad a quienes estudian la drogadicción, el abuso infantil o la tortura. Lo que sí puede y debe pedirse es que analicen esos fenómenos con todo rigor y apertura total a los datos de la realidad (Martín Baró, 1998, p. 332).

En este sentido se puede afirmar que la intervención se enfoca en la lógica de la reparación, que significa la transformación desde condiciones objetivas y subjetivas, pero sin dejar de lado las potencialidades del sujeto. A éste se le puede incluir en la planificación de la intervención para que desde su perspectiva plantee acciones para prevenir o reducir el impacto de aquello que es perjudicial para el bienestar.

La técnica macro de la intervención psicosocial que se usa es la de tipo participativo, que parte principalmente desde lo psico-educativo, donde el sujeto se incluye como agente de cambio y tiene un papel participativo, este sujeto es adolescente, por tanto es imprescindible esbozar que para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴, la *adolescencia* es aquella etapa que se da entre los 12 y 19 años, considera además la existencia de dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de éstas hay cambios tanto en el aspecto fisiológico, como cambios en el perfil psicológico y por ende de la personalidad. No obstante la etapa de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales, de grupo y culturales (OMS, 1975).

Al ser la adolescencia un periodo de crecimiento en el que se dan marcados cambios psicológicos y fisiológicos que persiguen la adaptabilidad al sistema macrosocial, puede darse el desarrollo de hábitos insanos, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, entendiéndolas desde este marco como todos aquellos productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando las funciones del ser humano como el pensamiento, las sensaciones, el estado de ánimo y /o conductas (APA, 2001).

En este proyecto de intervención psicosocial a las SPAS, también popularmente se les nombra como Droga, esto a razón de que para hacer alusión al término técnico de sustancias psicoactivas es el vocablo que los adolescentes también utilizan dentro de su jerga.

Para entender la reincidencia de los adolescentes en la farmacodependencia, es pertinente comprender a fondo lo que el término de *adicción* implica, al hablar de este concepto es importante mencionar que aparece desde el año 1953, pero

⁴De aquí en adelante se usará la abreviatura OMS por Organización Mundial de la Salud.

posteriormente el XVI informe del comité de expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (1968) utilizó el término “uso indebido de drogas” el cual fue definido como el uso excesivo, persistente o esporádico de drogas, incompatible o que no está relacionado con prácticas médicas (Hospital Mental de Antioquia, 1985).

La adicción es vista también como el estado de intoxicación crónica y habitual que se da por el consumo repetido de una SPA. La OMS define la adicción como una enfermedad crónica del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de sustancias adictivas a pesar de las consecuencias nocivas que puedan generar (Guerra, 2012). Desde este enfoque puede determinarse finalmente que la adicción es una pérdida de control ante cierto tipo de conductas que tienen como particularidades la dependencia, la tolerancia, el síndrome de abstinencia, etc. Es por esto que el consumo de SPA produce múltiples consecuencias negativas en todos los niveles del ser humano, principalmente la adicción; por ende se generan dificultades familiares que son transversales a la interacción y la comunicación.

Durante el transcurso de la adicción la familia del adolescente puede experimentar estrés, irritabilidad, síntomas de ansiedad y depresión; éstos son el reflejo de los desajustes del sistema familiar frente a la problemática misma, es por eso que la familia no sólo resulta un componente esencial para el diagnóstico y tratamiento, sino que frecuentemente es un grupo que necesita tratamiento al igual que la persona farmacodependiente, y más aún porque en la adicción no hay generalmente conciencia de la enfermedad o de trastorno y en estas condiciones la participación de la familia tiene un rol de sumo valor tanto para la búsqueda de apoyo de profesionales como un vínculo directo para fortalecer o potenciar las redes de apoyo.

El consumo de drogas legales en Colombia como lo son el alcohol y el tabaco y también algunas ilegales (por ejemplo: Marihuana, cocaína, Popper, LSD, entre

otras) se ha extendido en la sociedad de manera amplia en las últimas décadas, y por ende para apoyar esta personas abusadoras o farmacodependientes, se han creado diversas ofertas de tratamiento en el contexto de la atención en salud que pretenden brindar acompañamiento en todas las esferas de la vida hasta lograr la rehabilitación. Pero lo cierto es que se presenta un fenómeno, la frecuente recaída en esta problemática, de la cual se hablará a continuación.

8.2.2. La recaída.

En el campo de las adicciones la recaída se entiende como cualquier utilización de SPAS durante o tras un tratamiento orientado a la abstinencia. Puede ser vista también como un proceso transitorio que se presenta posteriormente al finalizar el tratamiento pero que no es un común denominador.

Ruiz (2011) plantea que hay tres situaciones de alto riesgo que se relacionan con las recaídas:

- Situaciones en las que el adolescente experimenta emociones negativas, sentimiento de frustración, ira, ansiedad, tristeza, etc.,
- Dificultades interpersonales con la familia, la pareja, su círculo social, en el empleo, etc.
- La presión social, y esto desde el ámbito cultural y contextual (párr. 31).

La probabilidad de recaída disminuye, si frente a la tentación de consumo y a las situaciones de alto riesgo el adolescente tiene un afrontamiento eficaz, el cual se logra con desarrollar o fortalecer con diversas estrategias y técnicas cognitivo conductuales. Independiente de las habilidades que se pretenden desarrollar, potenciar y fortalecer en los adolescentes, es importante tener claras las características que se pueden identificar en un adolescente que está ante una recaída, entre ellas:

- Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso: pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido.
- Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación: Volver a los lugares de riesgo, volver a ver las personas relacionadas con el uso.
- Descuidar el plan de recuperación: Dejar de ir a reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta, dejar de leer o hacer ejercicio.
- Aislamiento o pérdida de contacto: con las nuevas relaciones de recuperación.
- Irritabilidad: especialmente en las relaciones significativas del adicto.
- Obsesión con la imagen o los defectos físicos: dietas excesivas, preocupación excesiva acerca del peso.
- Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes: sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
- Renacen o se exaltan los resentimientos hacia otras personas.
- Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
- Defensividad al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
- Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
- Preocupación obsesiva por el dinero y por la seguridad financiera (Fundación Manantiales, 2011, párr.30).

Es usual que los consumidores presenten estas características ya que sus emociones se alteran y por lo tanto se modifica su conducta y su actitud frente a las diversas situaciones que se le pueden presentar en la vida. Por lo tanto, la familia debe acompañar al adolescente en su proceso, conocer los factores de riesgo a los que está expuesto, los factores protectores con los que cuenta y todo aquel acompañamiento que la familia como red de apoyo puede brindar y ser consciente que cuenta con Instituciones y con profesionales que pueden ser de gran ayuda.

8.2.3. Prevención de Recaídas:

En el contexto de la farmacodependencia la prevención del consumo de drogas se define como el:

Conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien, que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social (Portal de Salud de la Comunidad de Madrid, 2013, párr. 1).

Desde este enfoque la prevención del consumo de SPAS abarca todo un programa de autocontrol mediante el que se pretende anticipar y afrontar las recaídas; tiene su fundamento en la terapia cognitivo – conductual, y sus estrategias están diseñadas para aumentar el sostenimiento del cambio de conducta.

Siendo así se afirma que la prevención abarca todo tipo de gestiones que en sí mismas armonizan, potencian y aumentan la salud, donde ésta es comprendida como un estado de bienestar físico, mental y social, en el que hay armonía individual y grupal. Dentro de la prevención a las recaídas se debe sensibilizar a los adolescentes para que se dé la toma de conciencia frente al consumo de las diferentes SPAS, y deben incluirse en la cotidianidad de los adolescentes actividades diversas.

Manteniendo el Estilo de vida saludable para prevenir la Recaída.

Son aquellas actividades de la vida diaria que se realizan de manera habitual y ayudan a mantener un estado de salud óptimo, salud física y mental, para el que se deben realizar y practicar actividades de formación y capacitación actividades como:

Deporte	Música
Baile	Departir con la familia
Amigos no consumidores,	Escribir
Leer	Cine
Televisión	Paseos con familia
Contacto con la naturaleza	Teatro
Recreación	Cultura
Pintura	Escultura
Arte	Manualidades.

Éstas son algunas alternativas con las que se puede articular el adolescente para potenciar su proceso terapéutico, su reinserción social exitosa y el mantenimiento de un estilo de vida libre del uso de spas.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Fundamentación Metodológica

En el presente proyecto se van a emplear una serie de técnicas participativas que ayudan a desarrollar diferentes actitudes y comportamientos, esto, entendiendo la participación como un proceso que ayuda a vivir una actividad o situación con entusiasmo, alegría, satisfacción sacando el mayor provecho de esta.

Se trabajará desde el enfoque de metodología participativa, ya que con miras a dar cumplimiento al objetivo central del proyecto, se necesita abordar los adolescentes de manera activa, dinámica, amable, diferente y así poder movilizar sensaciones, emociones, pensamientos, ideas positivas en estas personas que por dejarse llevar, por cometer un error, o por inquietud, han perdido tanto en una de las mejores etapas de la vida. Este proyecto busca posibilitar a través de actividades donde ellos son los protagonistas de principio a fin, generar estilos de vida libres de drogas y ojala de recaídas.

Se seleccionó el enfoque participativo para trabajar con adolescentes adictos con probabilidad de presentar recaídas post-tratamiento, porque:

Las técnicas participativas no son instrucciones o recetas que pueden seguirse mecánicamente, sino que por el contrario requieren de una fundamentación teórica y metodológica que permita dimensionar sus sentidos y finalidades, sí entendemos su aplicación como un tipo de práctica social intencionada. De esta manera, hemos querido desde esta propuesta aportar un soporte teórico, metodológico y procedimental que posibilite a los investigadores crear y recrear nuevas Técnicas Interactivas acordes a las características y condiciones del contexto, a las necesidades

de la población con quién se va a interactuar, al tiempo, al espacio y a los recursos disponibles (Ghiso, 2001, p. 49).

No se pueden entender las técnicas participativas como simples juegos, hay que ir mucho más allá y entender que lo que ocurre allí es que se retoma este como un elemento para el trabajo psicosocial, el juego ayuda a la cohesión grupal a la integración, la empatía, la confianza, la diversión, la inventiva, el trabajo creador; la revitalización de la memoria, la conciencia de corporalidad, el movimiento, el reconocimiento de los otros como iguales, la libertad y activación de la expresión; además de permitir evidenciar y reflexionar sobre la forma como los sujetos establecen acuerdos y consensos reconociendo así mismo que el desarrollo de todas estas habilidades es lo que permite un trabajo psicosocial efectivo.

Una de las razones para emplear en este trabajo las técnicas participativas es porque estas permiten que los seres humanos aprendan significados y símbolos que contribuyen a ejercer sus capacidades para conocer, relacionarse, crear y pensarse.

También se emplearan este tipo de técnicas porque posibilitan la construcción colectiva de conocimiento, porque en ella se encuentran unos sujetos llenos de conocimiento, de saberes culturales y esto hace que se les reconozca como actores de cambio, provistos de un mundo de significación, de lenguaje, de un legado cultural, de una historia, de un saber que es puesto en escena en cada intercambio con el otro construyendo el conocimiento desde la diferencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, entendemos la participación como una práctica de encuentro con el otro que posibilita la construcción colectiva del conocimiento, el reconocimiento de sí mismos y del otro; práctica mediada por el lenguaje y las dinámicas corporales. Hablar del encuentro es también hablar de conflicto, de diferencias, de dificultades; es por ello que la interacción no desconoce las relaciones de poder, de subordinación y de invisibilización del otro. En coherencia con lo anterior se configuran las técnicas interactivas, donde tanto facilitadores y grupos se encuentran en un mismo proceso.

En definitiva en las técnicas participativas emergen y se rescatan la centralidad del sujeto como aquel que es capaz de construir conocimiento e interrogarse sobre la realidad que habita, de esta manera se construye el conocimiento a partir de prácticas horizontales, democráticas que permitan la configuración de sujetos sociales, activos, que cuestionen sus realidades, que las piensen con los otros siendo el resultado de ello un intercambio continuo de sentidos y significados acerca del quehacer en el mundo, de sus proyectos y de las formas como experimentan, construyen y transforman la realidad social (Ghiso, 2001, p. 51).

Se propone, para poder realizar cada uno de los talleres la necesidad de un facilitador con las suficientes herramientas adquiridas para trabajar en equipo, y fundamentalmente, que sepa escuchar lo que el otro necesita, con la posibilidad de anticiparse en el pedido y el ofrecer una respuesta que pueda ser escuchada. Un facilitador que conozca el contexto en el cual va a actuar, con todos los elementos que le atraviesan, personales, institucionales, culturales y socio-económicos y que determinarán su desempeño. Es necesario tener en cuenta además, como aprenden los adolescentes en la participación de talleres, su experiencia de vida, su ideología, prejuicios, las formas de acercarse y percibir la realidad, que pueden ser facilitadoras u obstaculizadoras de los procesos de enseñanza.

Para el éxito en la aplicación de estas técnicas, el facilitador debe estar atento a las ansiedades y defensas que se ponen en juego en toda situación de aprendizaje, la tolerancia, las condiciones para adquirir nuevos saberes. En conclusión para realizar un buen taller se debe considerar:

- El sujeto del aprendizaje: los participantes del taller.
- Las características del objeto del conocimiento que se aborda: el objetivo, el contenido temático y las características del taller.
- Las características de las interacciones grupales en el contexto de aprendizaje: dinámica del grupo.

- Completar información que haga falta a través de la discusión de grupo
- El estímulo a la reflexión
- La correcta asistencia técnica
- La búsqueda de soluciones conjuntas (Careaga, Sica, Cirillo y Daluz, 2006, p. 8).

En conclusión, las técnicas participativas, sin dejar de reconocer que cuando existe una reunión de personas es muy probable que se den conflictos y diferencias, facilitan el trabajo en grupo debido a que posibilita la participación activa de todos los integrantes y permite la construcción del conocimiento entre todos los miembros del grupo y así se logra el objetivo de la actividad planeada generando el conocimiento que se quiere adquirir.

9.2 ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

Estrategia Diagnóstica

Son alternativas para conocer realidades específicas para intervenir, busca trabajar conjuntamente, buscar explorar a través de la voz de las personas que pertenecen a la población con la posibilidad de reflejar sus experiencias, perspectivas y puntos de vista en el trabajo grupal.

En el caso de este proyecto estas serán utilizadas a través del Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), que es entendido como aquel que permite que los grupos humanos identifiquen sus intereses y fortalezcan sus capacidades de decisión, y encuentren la solución de las propias necesidades.

DRP:

Es una rápida propuesta de estudio, de las complejas realidades sociales, permitiendo desarrollar procesos de reconocimiento de la situación

social, política, económica, cultural y ambiental de las comunidades, grupos o poblaciones con las que se interactúa.

El Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) nace como una propuesta de planeación participativa y levantamiento de información colectiva rápida, aportando a la solución de problemas como la acumulación de montañas de datos y los largos tiempos empleados para el levantamiento, tabulación, análisis de la información y definición de alternativas, las cuales al momento de ser empleadas eran obsoletas y descontextualizadas.

El DRP es un tema que cada vez toma mayor relevancia en el trabajo comunitario y social con cualquier sector poblacional; su efectividad es evidente a la hora de interactuar con grupos poblacionales profundamente vulnerados y con dificultades de lecto-escritura. Su utilidad no queda reducida exclusivamente al ejercicio investigativo y a la generación de información, pues en procesos de planeación y evaluación participativa y en capacitación en cualquier temática recobra mucho sentido. Este modelo de Diagnóstico Social presenta una serie de técnicas (Caja de Herramientas), que según su diseño e intencionalidad, permite reconocer los elementos psicosociales y técnicos en la interacción permanente de un grupo determinado y de este con su medio ambiente. Dicha caja de herramientas está conformada por una serie de técnicas base con funciones específicas, las cuales por sus características pueden ser recreadas de acuerdo a las necesidades de los diagnósticos hoy (Visión Consultores, 2010, p.4).

El diagnóstico Rápido Participativo permite entrar en contacto con la población y conocer sus necesidades desde ellos y no lo que otras personas piensan, esto en corto tiempo, lo que facilita el trabajo debido a que no se descontextualiza a la hora de realizar la intervención, y de verdad se logra un trabajo que satisface las expectativas de la comunidad y se consigue empoderarla para una verdadera transformación de la realidad.

Mapa- parlante

Es una técnica que sirve para que los participantes se identifiquen con su entorno y realidad, para a partir de ella plantear algunas alternativas que les permita soñar con un futuro mejor (Proyecto Jalda, sin año, p.31).

Para el uso de esta técnica el grupo se divide en 3 subgrupos, cada subgrupo tendrá marcadores, papel o cartulina, lápices, borradores, revistas. Con una motivación previa se lleva a los adolescentes a pensar en 3 momentos específicos para plasmarlos en el papel en manera de dibujo, mapa, gráfico.

Los momentos son el antes, durante, después del tratamiento, plasmaran en dibujos como estaban, como están, y como desean estar. Esta técnica permite analizar las condiciones en las que se inició el tratamiento, el alcance del tratamiento en el momento y la visión futura de cada adolescente luego de lo que el tratamiento logra hacer con ellos. Finalmente los trabajos se expondrán para que el grupo realice las reflexiones necesarias frente a cada momento allí plasmado y por lo tanto, esta técnica les ayudará a analizar su realidad y ser conscientes de donde se encuentran y como pueden cambiar esa realidad.

La técnica DOFA

Es un cuadro resumen que permite definir y contextualizar el problema en el ámbito de estudio a partir de cuatro marcos de análisis: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, estos marcos de análisis están divididos en dos ámbitos, interno y externo, de la siguiente forma, las fortalezas y debilidades son internas y las amenazas y oportunidades son externas.

Conviene trabajar en grupos pequeños y luego llevarlo a una reunión plenaria, para poder discutir el sentido por contraste de lo construido en cada grupo y finalmente entre todos.

Una forma de aplicar esta técnica puede ser la siguiente: se plantea el tema/objeto de estudio de forma clara y concisa. A partir de aquí el grupo hablará primero, a través de una lluvia de ideas, sobre los aspectos positivos o “de éxito” (Fortalezas y Oportunidades) que relacionan ese tema con el tratamiento que están recibiendo. Las ideas sobre las que se esté de acuerdo se van escribiendo sobre un panel. Posteriormente, también mediante lluvia de ideas se sacan los aspectos negativos o “de riesgo” del contexto que también son importantes tener en cuenta. También se ponen los consensos en panel. Al final se resume el panel definitivo, que no será sino un primer acercamiento (queda todo el proceso participativo por delante) a la realidad de los miembros del grupo (Bru Martín y Basagoiti, M. sin año, p. 8).

Sensibilización:

Son un grupo amplio de técnicas que permiten llevar al sujeto a una autorreflexión, interiorización y concientización sobre un tema o el objetivo del trabajo que se tiene planteado. Permiten al individuo darse cuenta de la realidad y personalizarse de ésta, es decir, actuar frente a la situación para cambiar la realidad y mejorarla con voluntad y conciencia.

La palabra sensibilización se utiliza para todo aquello que sirve para que la persona esté más en contacto con alguna parte de sí misma o de su mundo externo, que abra sus sentidos e incremente su conciencia respecto a ello. Es una técnica que ayuda a la persona a estar alerta a su propia experiencia, a darse cuenta de ella y que con esto descubra, se desbloquee, contacte con los otros y logre una mayor fluidez en su relación intra e inter personal.

Este modo de trabajo persigue que la persona se abra a su percepción y descubra las posibilidades que tiene dentro de sí y que no ha desarrollado y

promueve una mayor fluidez del organismo en todos los sentidos: mental, emocional y corporal (Obregón, 2009, p.1).

Ésta técnica se aplicará con los padres de familia para que entren en contacto con el medio externo que los rodea y sean conscientes de los factores de riesgo que rodean a sus hijos y también conozcan los factores protectores que les pueden brindar a sus hijos para prevenir una recaída o lograr una reinserción social.

Lluvia de ideas

Es la estrategia más sencilla de generación espontánea y libre de ideas sin que medie debate o discusión grupal, comienza con: el enunciado de los sentimientos y actitudes ante el tema lanzado por el animador se hace en voz alta y de forma desordenada “Se anotan todas las opiniones en una pizarra, a la vista de todos, y se da paso al análisis, debate y aceptación de las más valoradas, en un proceso de cierto consenso”(Medarde, 2006, p.20).

Esta técnica se trabajará en una reunión con las familias de los adolescentes se llevará a cabo esta técnica donde se dará el espacio para exponer ideas, inquietudes, preocupaciones, angustias, riesgos que logran visualizar para el momento en que sus hijos culminen el proceso. Se tratará de reunir y analizar como grupo las ideas planteadas y entre todos identificar las estrategias, las herramientas más adecuadas para afrontar esos factores de riesgo y poderlos disminuir aumentando los factores de protección. En definitiva esta técnica permitirá identificar los factores de riesgo que los padres reconocen para sus hijos y basados en estos se definirán los factores de protección para brindar un ambiente sano para el adolescente en rehabilitación.

Dibujos generadores de reflexión

La técnica se propondrá a los adolescentes y consiste en utilizar una serie de dibujos según el tema a desarrollar; los cuales se deben exponer a la vista de los participantes y seguidamente se deben plantear algunos interrogantes que permitan que los mismos analicen, reflexionen y saquen sus propias conclusiones. Por ejemplo, las preguntas que se pueden plantear son las siguientes:

- ¿Qué expresa o significa el dibujo?
- ¿Cómo se relaciona con tu realidad?
- ¿Qué nos enseña el dibujo y por qué?
- ¿Con que dibujo te sientes más identificado?

Las respuestas, opiniones y comentarios que expresen los participantes se pueden exponer en un Papelógrafo o tomarse por escrito de manera individual para luego ser analizados y realizar posteriormente una aclaración o reforzamiento de la reflexión(Proyecto Jalda, sin año).

Educativo-formativas

Se entiende por estrategias educativas las formas de trabajo que tienen una clara intencionalidad de movilizar a los sujetos de manera emocional, social, afectiva, cognitiva para promover el desarrollo de sus competencias(Proyecto Jalda, sin año).

En sesión con los adolescentes se trabajaran estas dos técnicas donde el objetivo es darles capacitación sobre conceptos como farmacodependencia, recaída, etapas del tratamiento, factores de riesgo, factores de protección, las diferentes sustancias psicoactivas y sus efectos a nivel fisiológico y psicológico.

Sociodrama

Es una pequeña representación teatral y permite mostrar elementos para el análisis de cualquier tema, basándonos en situaciones de la vida real. Las personas que van a hacer el sociodrama dialogan un rato sobre lo que conocen del tema, cómo lo viven y cómo lo entienden. Después empiezan a preparar la historia o argumento: Ordenan todos los hechos y situaciones que han discutido, definen los personajes de la historia y a quiénes les toca representarlos, así como el momento en el que debe actuar cada uno. Cuando esté lista la historia es bueno hacer un pequeño ensayo antes de la representación ante el grupo y a continuación se reflexiona sobre la obra (Medarde, 2006, p.22).

Esta técnica además de ser entretenida y de potencializar el trabajo en equipo busca también fortalecer la expresión verbal, el proceso de comunicación. Para su aplicación los adolescentes se dividen en dos grupos y plantearán una representación de dos diferentes momentos:

- Lo que están viviendo dentro del tratamiento, y la opinión y emociones que este ha generado en ellos.
- Situaciones a las que ellos creen que se van a enfrentar al terminar el proceso en la fundación, al volver a casa.

Este trabajo permitirá una forma diferente de reflexionar frente a lo que se está viviendo, y especialmente en lo que se va a vivir al salir de allí, permite analizar la opinión que los adolescentes tienen del tratamiento recibido, las fortalezas y temores que tienen al salir a la realidad (Medarde, 2006, p.22).

Línea del tiempo

Una buena herramienta para trabajar con adolescentes es hacer una Línea del Tiempo, sobre la cual la gente reunida va dibujando o escribiendo en un papel

continuo, en una pared por ejemplo, los acontecimientos que creen más destacables de los últimos años. Si es usada entre un grupo de personas que inician un proceso, es una forma de que vayan ayudando a reconstruir como han visto los precedentes del tema a debate. Se puede hacer por años o por meses, o por aquellos grandes acontecimientos que marcaron el tema propuesto.

Se pueden poner, por ejemplo, bajo la línea del desarrollo histórico aquellos aspectos que se consideren más objetivos y medibles, y encima de la línea los que se puedan considerar más de opinión, o con distintas versiones.

Hay muchas formas de hacer una Línea del Tiempo, y la innovación es algo que ayudará a que el colectivo se sienta más protagonista. Por eso no se trata de hacerla perfecta según un manual, sino más bien tal como la gente vaya proponiendo. Seguro que la inventiva o iniciativas de dibujo de unas personas estimula a otras.

Es importante que se recojan todas las versiones y que no se entre en disputas sobre si esto fue así o de tal otra forma. Vale la pena poner algunas de las afirmaciones entre interrogantes, a la espera de poder saber mejor cómo fue (Alberich, 2009, p.13).

Esquema de Plan Operativo:

Objetivos	Estrategias	Acciones	Indicadores/ Meta	Recursos
Caracterizar la población de los adolescentes entre los 12 y 18 años de edad internos en Fundación La Luz y sus familias para evaluar el nivel de compromiso con el que están asumiendo el tratamiento a través de sus logros terapéuticos.	Diagnóstica	DRP La técnica DOFA Mapas parlantes	<u>Nº de adolescentes comprometidos</u> Nº de adolescentes en tratamiento. El 65% de los adolescentes en tratamiento están comprometidos con su rehabilitación.	Humanos: Facilitadores y adolescentes Físicos: Salón 0 auditorio Marcadores Papel periódico Papelógrafo Hojas Lapiceros Financieros:
Sensibilizar a las familias de los adolescentes entre 12 y 18 años de edad de la Fundación La luz para orientarlos sobre cómo afrontar los factores de riesgo y como fomentar los factores de protección, para el éxito del tratamiento y la reinserción social efectiva de sus hijos.	Sensibilización	Dibujos generadores de reflexión <i>Lluvia de ideas (brainstorming)</i>	<u>Nº de familias sensibilizadas</u> Nº de familias asistentes. El 60% de las familias asistentes están sensibilizadas frente a los factores de riesgo y de protección.	Humanos: Facilitadores y adolescentes Físicos: Salón 0 auditorio Marcadores Papelógrafo Papel periódico Hojas Lapiceros Financieros:
Reforzar los planes de tratamiento con estrategias de intervención psicosocial dirigidas a los adolescentes farmacodependientes entre 12 y 18 años de edad en la Fundación La Luz, para reducir las recaídas durante y después del tratamiento.	Educativa-formativa	Sociodrama La línea del tiempo	<u>Nº de adolescentes que no recaen</u> Nº de adolescentes que están en tratamiento y reinsertados. Se disminuye el porcentaje de los adolescentes que recaen en un 10%.	Humanos: Facilitadores y adolescentes Físicos: Salón 0 auditorio Salón 0 auditorio Marcadores Papelógrafo Hojas Lapiceros Financieros:

9.3 Indicadores y Metas de Gestión

- El nivel de compromiso de los adolescentes entre 12 y 18 años de edad de la Fundación La luz con el que están asumiendo el tratamiento después de analizar sus logros terapéuticos aumenta en un 50 %.
- Las familias de los adolescentes entre 12 y 18 años de edad de la Fundación La luz afrontan los factores de riesgo y fomentan los factores de protección, para el éxito del tratamiento y la reinserción social efectiva de sus hijos.
- Se refuerzan los planes de tratamiento en un 50% con estrategias de intervención psicosocial dirigidas a los adolescentes farmacodependientes entre 12 y 18 años de edad en la Fundación La Luz, para reducir las recaídas durante y después del tratamiento.
- El porcentaje de recaídas de los adolescentes disminuye en un 10%.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizará por medio de una encuesta que valorará cada etapa del proyecto de la siguiente manera:

ENCUESTA

Con el propósito de crear mejores proyectos es para nosotros muy importante conocer su opinión frente a las siguientes afirmaciones

Instrucciones: Marque con una x la casilla del número que considere conveniente, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- 1: Insatisfecho
- 2: Medianamente Satisfecho
- 3: Satisfecho
- 4: Totalmente satisfecho

1. Las actividades desarrolladas en este proyecto cumplieron sus expectativas.

1	2	3	4
---	---	---	---

2. La atención y la disposición de las facilitadoras.

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Cumplimiento del tiempo asignado a cada una de las actividades.

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Frente a las temáticas trabajadas.

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Espacios en los cuales se realizaron las actividades.

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Materiales y recursos utilizados para realizar las actividades.

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Pertinencia del proyecto.

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Logro de los objetivos del proyecto.

1	2	3	4
---	---	---	---

10. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

10.1. Cronograma de Diseño

CRONOGRAMA DISEÑO								
TIEMPO ACTIVIDADES	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V	Mes VI	Mes VII	Mes VIII
Título	x							
Plataforma de gestión		x						
Referente contextual y legal			x					
Caracterización de la población				x				
Planteamiento del problema					x			
Justificación					x			
Objetivos					x			
Referente conceptual						x		
Diseño metodológico							x	
Programación de actividades								x
Presupuesto								x
Referencias bibliográficas								x
Asesorías	x	x	x	x	x	x	x	x
Evaluación: Diagnostico (ED), Monitoreo (EM) y Resultado (ER)	ED	EM	EM	EM	EM	EM	EM	ER

10.2. Cronograma de Ejecución.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN												
Tiempo Actividades	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes V	Mes VI	Mes VII	Mes VIII	Mes IX	Mes X	Mes XI	Mes XII
DRP	x	x										
DOFA			x	x								
Mapas parlantes					x	x						
Dibujos generadores de reflexión							x	x				
Lluvia de ideas (brainstorming)									x	x		
Sociodrama											x	
La línea del tiempo												x
Evaluación: Diagnostico (ED), Monitoreo (EM) y Resultado (ER)	ED	EM	EM	EM	EM	EM	EM	EM	EM	EM	EM	ER

11. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO GLOBAL DEL DISEÑO DEL PROYECTO					
RUBROS	FUENTES				TOTAL
	Estudiante		Externa		
Personal	\$12.000.000		\$960.000		\$12.960.000
Material y suministro	\$1.286.000				\$1.286.000
Salidas de campo	\$45.000				\$45.000
Bibliografía	\$30.000				\$30.000
Equipos	\$600.000				\$600.000
Otros					
TOTAL	\$13.961.000		\$960.000		\$14.921.000
DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL					
Nombre del Interventor	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo		Total
			Estudiante	Externa	
Tatiana Zapata	Interventor	5 horas x \$25.000 hora	\$4.000.000		\$4.000.000
Ana María Otálvaro Yepes	Interventor	5 horas x \$25.000 hora	\$4.000.000		\$4.000.000
Juliana Montoya	Interventor	5 horas x \$25.000 hora	\$4.000.000		\$4.000.000
Cesar Augusto Jaramillo	Asesor	1 hora x \$60.000	\$60.000	960.000	\$960.000

		hora			
TOTAL					\$12.960.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO

Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Computador	\$600.000		\$600.000
Servicio de internet	\$60.000		\$480.000
Fotocopias	\$30.000		\$30.000
Pasajes	\$22.000		\$176.000
TOTAL			\$1.286.000

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO

Descripción de las salidas	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Transporte a la Fundación La luz x \$15.000 por estudiante	\$45.000		\$45.000
TOTAL			\$45.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

Descripción de compra de material bibliográfico	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
600 Fotocopias x \$ 50 cada una	\$30.000		\$30.000
TOTAL			\$30.000

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS

Descripción de compra de equipos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	

Computador (depreciación)	\$600.000		\$600.000
TOTAL			\$600.000

DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS			
Descripción de otros gastos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
TOTAL			

PRESUPUESTO GLOBAL DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO			
RUBROS	FUENTES		TOTAL
		Externa	
Personal	\$24.360.000		\$24.360.000
Material y suministro	\$1.395.000		\$1.395.000
Salidas de campo	\$45.000		\$45.000
Bibliografía	\$30.000		\$30.000
Equipos	\$600.000		\$600.000
Otros			
TOTAL	\$24.360.000		\$26.430.000

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL					
Nombre del Interventor	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo		Total
			Estudiante	Externa	
Tatiana Zapata	Interventor	6 horas x 25.000.00		\$7.800,000	\$7.800,000
Ana María Otálvaro Yepes	Interventor	6 horas x \$25.000		\$7.800,000	\$7.800,000

Juliana Montoya	Interventor	6 horas x \$25,000		\$7.800,000	\$7.800,000
Cesar Augusto Jaramillo	Asesor	1 horas x \$60.000		\$960.000	\$960.000
TOTAL				\$24.360.000	\$24.360.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO

Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Computador		\$600.000	\$600.000
Servicio de internet		\$60.000	\$480.000
Fotocopias		\$30.000	\$30.000
Pasajes		\$22.000	\$176.000
Marcadores		\$20.000	\$20.000
Cintas		\$5.000	\$5.000
Papel periódico		\$10.000	\$10.000
Tablero		\$40.000	\$40.000
Tijeras		\$6.000	\$6.000
Hojas		\$16.000	\$16.000
Colbón		\$12.000	\$12.000
TOTAL		\$1.395.000	\$1.395.000

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO

Descripción de las salidas	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Ida a la Fundación La luz		\$45.000	\$45.000
TOTAL		\$45.000	\$45.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

Descripción de compra de material bibliográfico	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Fotocopias		\$30.000	\$30.000
TOTAL		\$30.000	\$30.000

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS			
Descripción de compra de equipos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
Computador		\$600.000	\$600.000
TOTAL		\$600.000	\$600.000

DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS			
Descripción de otros gastos	Costo		Total
	Estudiante	Externa	
TOTAL			

REFERENCIAS

Alberich, T., Basagoiti, M. y Bru Martín, P. (2009). *Metodologías participativas*. Madrid. Recuperado de:

http://aragonparticipa.aragon.es/attachments/657_manual_medotologias_participativas.pdf

Alvarado, S. (2013). *El proceso de recaída*. México: Rehab in México Adicciones. Recuperado de: <http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html>.

Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*.

Barcelona. Recuperado de:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.

Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas de España. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1424>.

Blanco, H. (sin año). *Terapia Racional Emotivo conductual*. Recuperado de: [http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-\(TREC\).pdf](http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-(TREC).pdf).

Bru Martín, P. y Basagoiti, M. (sin año). La investigación acción participativa como metodología de mediación e integración socio- comunitaria. Recuperado de: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_investigacion.Pdf.

Careaga, A. Sica, R. Cirillo, A. y Daluz, S. (2006). *Aportes para diseñar e implementar un taller*.

CONACE. (2004). Lineamientos técnicos: Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. Santiago de Chile, Chile. [Versión PDF]. Recuperado de: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/03/Lineamientos_Tecnicos_VF2.pdf

Congreso de la Republica de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: Colombia. Panamericana.

Congreso de la república de Colombia. (2011). Ley número 1453. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley145324062011.pdf>

Congreso de la república de Colombia. (2012). Ley 1566. Bogotá, Colombia. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2012/ley_1566_2012.html

Ellis, A. (2013). *Los fundadores de la psicoterapia cognitiva: Ellis y Beck*. Recuperado de: <http://www.redsanar.org/drfobia/terapias/manual2.htm>

Felipe, E. y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological.V.* 10, 2, pp. 245-257. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Fundación La Luz (2013). *Quienes somos*. Recuperado de: <http://fundacionlaluz.co/>

Fundación Manantiales. (2011). *Abordajes de las adicciones - Las etapas de la recuperación*. Recuperado de: http://www.manantiales.org/abordajes_de_las_adicciones_las_etapas_de_la_recuperacion.php

Ghiso A. (2001). *Técnicas Interactivas para la Investigación Social Cualitativa*. Colombia. Recuperado de: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/563/Tecnicas_interactivas_completo.pdf

Guerri C. (2012) *Bioquímica de las adicciones*. S.A. España. Recuperado de: http://www.sebbm.com/dossier172_intro.htm

Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/apartado05/otros03.html>

Hospital Mental de Antioquia. (1985). *Servicio de Farmacodependencia*. Medellín: Centro de Documentación Fundación Universitaria Luis Amigó.

Hourmilougué, M. (2001). *Temática de las drogas-adicciones. Serie de informes técnicos, ONU*. Recuperado de: <http://tematicadelasdrogas.blogspot.com/2008/07/qu-es-la-adiccion.html>

Iraguri, I., Trujols, J. Jiménez, J. M. y Landabaso, M. (2009). *Fiabilidad y validez de la versión abreviada en español del CocaineCravingQuestionnaire-Now (CCQ-N-10)*. En *Adicciones* Vol. 21 Núm. 3. pp. 195-202. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/195-202%20iraurgi.pdf>.

Jaramillo, C. A. y Velásquez, E. (2013). *"Aportes de la Comunidad Terapéutica al Abordaje de las Adicciones"*. En: Adicciones, Aspectos Clínicos y Psicosociales, Tratamiento y Prevención. Medellín, Colombia: CIB Fondo Editorial /ISBN: 978-958-8843-01-8. pp. 349-355.

Lazarus, R, Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

López, I. (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-R; Asociación Americana de psiquiatría, APA*. España. Masson.

Medarde, C, Verdejo, C, Verdejo, E, Maletín M. (2006). *Taller de metodologías y dinámicas participativas*. Recuperado de: <http://www.intervida.org/recursos/Manual%20-%20Din%C3%A0miques%20participatives.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2004). *Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia*. Colombia. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Guia%20Atencion%20Farmaco%20Dependencia.pdf>

Miraval, E. (2011). *Farmacodependencia y Alcoholismo*. Colegio Médico del Perú. Recuperado de: <http://www.cmp.org.pe/component/content/article/70-guia-medica/882-farmacodependencia-y-alcoholismo.html>

Morris, S. (2005) *El peligro del abuso de fármacos y de la farmacodependencia. A publication of the amputee coalition of America in motion*. Vol (15) Número 4. Recuperado de: http://www.amputee-coalition.org/spanish/inmotion/jul_aug_05/hooked.html

Noriega, A. (2007). *Abordaje de la farmacodependencia desde la terapia cognitivo conductual*. Chimbote. Perú. Recuperado de:

<http://artinotas.blogspot.com/2007/10/abordaje-de-la-farmacodependencia-desde.html>.

Obregón, A. (2009). *Técnica de sensibilización*. México. Recuperado de: <http://estudiosengestalt.files.wordpress.com/2012/08/tc3a9cnica-de-sensibilizacic3b3n-en-gestalt.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (1975). *El embarazo y el Aborto en la Adolescencia. Informe de una reunión de la OMS*. Ginebra. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583_spa.pdf.

Organización mundial de la salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Estados Unidos. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Portal de salud de la Comunidad de Madrid. (2013). *Prevención de adicciones*. Madrid: Comunidad de Madrid. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142328768577&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142328768577

Portal de Salud de la comunidad de Madrid, (2013). *Prevención de Drogodependencias y otros trastornos adictivos (S.A)* Madrid. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actuaciones_FA&cid=1142285611119&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228185&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura.

Proyecto jalda. (S.A). (sin año) *Manual de técnicas participativas*. Bolivia. Recuperado de: http://www.redmujeres.org/biblioteca%20digital/manual_tecnicas_participativas.pdf

Ruiz. J. (2011). *Conductas adictivas y recaídas*. Colombia. Recuperado de: <http://jrblan.wordpress.com/2011/05/03/conductas-adictivas-y-recaida/>

Vega, A. (1987). *Las drogas ¿un problema educativo?*. España. Cincel S.A.

Visión consultores. (2010). *ABC del diagnóstico rápido participativo*. Colombia.

Recuperado

de:

<http://www.terciarioscapuchinosan jose.org/documentos/ABC%20DEL%20DIAGNOSTICO%20RAPIDO%20PARTICIPATIVO.pdf>

ANEXOS

ANEXO A - PROGRAMA LOS DOCE PASOS DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS

1. Admitimos que éramos impotentes a nuestra adicción y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer en un Poder Superior a nosotros que podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, *tal como lo concebimos*.
4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios elimine todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos a Dios que nos quite nuestros defectos
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estamos dispuestos a enmendarlo.
9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar el contacto consciente con Dios, *tal como lo concebimos*, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratar de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.