

**FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN PROCESOS DE RECUPERACIÓN DE
USUARIOS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN OFRECIDO POR EL PROGRAMA
ADULTOS DE LA FUNDACIÓN HOGARES CLARET EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

AUTORES:

**CARLOS MARIO PULGARÍN ISAZA. CÓDIGO 220122296
CARLOS MARIO CORRALES RAMIREZ. CÓDIGO 220131011**

ASESORA:

MARIFELLY GAITAN ZAPATA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CLARETIANA [UNICLARETIANA]

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y RELIGIOSAS

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN, FEBRERO DE 2017

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
TRABAJO SOCIAL**

TABLA DE CONTENIDO

	Pg.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 PREGUNTA INVESTIGACIÓN.....	12
1.1.1 SUB PREGUNTAS.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	13
1.3 OBJETIVOS.....	15
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
1.4 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.5 CONTEXTO.....	19
1.5.1 Reseña Histórica de la Fundación Hogares Claret.....	19
2. MARCO DE REFERENCIA.....	21
2.1 Comunidad Terapéutica.....	26
2.1.1 Historia de la Comunidad Terapéutica.....	26
2.1.2 Concepto de Comunidad Terapéutica (CT).....	30
2.2 Escala Adictiva.....	31
2.2.1 Experimental.....	31
2.2.1 Ocasional o Social.....	32
2.2.3 Funcional.....	32
2.2.4 Disfuncional.....	32
2.3 Las Terminologías de la Comunidad Terapéutica.....	32
2.3.1 Farmacodependencia.....	33
2.3.2 Farmacodependiente.....	33
2.3.3 Factores Sociales.....	34
2.3.4 Reeducción.....	34
2.4 La Familia.....	34
2.5 Definición Terapia Psicológica.....	34

2.6 La Adultez.....	34
2.7 Factores de Riesgo.....	38
2.8 MATRIZ DE CATEGORÍAS.....	39
2.9 MARCO LEGAL.....	40
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
3.1 Tipo de Investigación.....	44
3.2 Enfoque Metodológico.....	46
3.2.1 Observación Estructurada.....	47
3.2.2 El Cuestionario.....	48
3.2.3 La Encuesta.....	48
3.2.3 La Entrevista	48
3.3 Fases de la Investigación.....	48
3.3.1 Revisión Bibliográfica.....	48
3.3.2 Socialización del a Idea	49
3.3.3 Trabajo de Campo	50
3.3.3.1 Cronograma de Actividades.....	52
3.3.4 Análisis de la Información:	
Razones para iniciación en los procesos del consumo y	
sus factores de riesgo en lo individual (Rompimiento del	
vínculo familiar, desestructuración familiar y distanciamiento	
del individuo)	54
3.3.4.1 Familias extensas y nucleares como un eje importante para el	
estudio de los factores de riesgo.....	57
3.3.4.2 El tiempo de consumo y sus factores de riesgo ¿es un daño	
irreversible? Aquí se puede hablar de los factores de riesgo	
institucional y terapéutico.....	59
3.3.4.3 El efecto de las drogas y sus consecuencias factores de riesgo	
terapéuticos e institucionales.....	61
3.3.5 Las Causas del Abandono y los Factores de Riesgo que Inciden.	
Factores de riesgo terapéutico e institucional.....	62

3.3.6 Informe de la Propuesta.....	65
3.3.7 Socialización.....	65
Población Beneficiaria.....	65
3.3 Resultados Esperados.....	65
3.4 Consideraciones Éticas.....	65
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	67
5. PROPUESTA.....	72
6. CONCLUSIONES.....	72
7. BIBLIOGRAFÍA.....	73
Anexos.....	80
Anezo uno.....	80
Anexo dos.....	86
Anexo tres.....	91

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Fundación Hogares Claret programa Adultos Casa Claret desde el 1997 hasta el 2013 ha venido realizando cambios sustanciales en su modelo de intervención para adultos, con el fin de mejorar el modelo de intervención, calidad en el trabajo administrativo, metodológico, teórico, interdisciplinar y practico en relación a las dinámicas y los contextos sociales cambiantes ante las problemáticas que se generan desde las dinámicas sociales y los principales factores de riesgo que inciden en esta problemática tales como: el microtráfico, prostitución, la violencia intrafamiliar, al abandono de padres o madres, la presión social, desestructuración familiar, entre otros que siguen aumentando un alto índice de drogadicción en la ciudad de Medellín.

A raíz de las problemáticas expuestas la Fundación Hogares Claret, en especial el Programa Adultos Casa Claret, salud pública, la dirección de estupefacientes, actores gubernamentales y sector privado se han visto en la necesidad de generar un servicio a los usuarios que necesitan ayuda para mejorar su calidad de vida.

Por tanto la institución ha generado cambios y evaluaciones al programa adultos durante los últimos 18 años, para el año 2010 se reúnen en una mesa de trabajo el grupo interdisciplinar de la Fundación Hogares Claret en el cual se generan los siguientes interrogantes: ¿qué vamos hacer?, ¿Qué se puede proponer? ¿Qué cambios metodológicos y técnicas nuevas se pueden implementar?, como respuestas a estos cuestionamientos se crea el Instituto de la Familia Claretiana con todo el equipo de profesionales de los hogares en Medellín (trabajadores sociales, psicólogos y profesionales en desarrollo familiar) además de una caja de biografías, se retoma lo sistémico, la importancia del subsistema y supra sistema, donde su familia y su contexto son fundamentales para el proceso de reeducación entre el usuario y su vínculo familiar, porque es importante entender lo que pasa con sus familias y el ¿por qué se ha dado el problema de la drogadicción (factores de riesgo)? generando un desorden en la estructura familiar. Nace la mesa de familia grupo creado para intervenir las problemáticas identificadas en los programas desde hace siete años y se continua

con el proceso de reestructuración de los 4 módulos de intervención y terapia que la fundación maneja en su programa llamado instituto de la familia.

Es importante señalar que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ha contribuido a disparar los índices de violencia en la ciudad debido a que los grupos armados se financian con la venta de estas sustancias psicoactivas, que además, contribuyen al desplazamiento forzado de los campos (que se están quedando solos), el desplazamiento intraurbano, que además generan desempleo y mendicidad, son causas directas del crecimiento de los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). En la siguiente cita se evidencia la importancia de identificar cuáles son los factores que más influyen en las recaídas y abandonos:

No obstante, parece bastante evidente que los factores relacionados con el abandono tienen que ver con una combinación de las características individuales y situacionales, con especial énfasis en los procesos o parámetros del tratamiento. Es decir, la retención y el abandono son el resultado de una interacción compleja entre determinadas características de los pacientes y los parámetros del tratamiento. (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 9)

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la venta de estupefacientes, la prostitución, los problemas psicosociales, el abandono de niñas y niños, las fracturas en las dinámicas familiares, la deserción escolar, las pandillas y los combos en los barrios, el micro tráfico, la ausencia del padre o la madre en el vínculo familiar, los problemas afectivos, entre otros son causantes de este flagelo del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Cada día vemos como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se ha convertido en una problemática que afecta lo individual, educativo, laboral, familiar y social. Lo cual hace plantear la necesidad de buscar mecanismos que ayuden a minimizar los factores de riesgo. Por tanto es bueno citar lo que “Muchos autores especialistas en materia de drogas y en especial Climent C y Guerrero M (1990) han

facilitado la comprensión y el manejo de los factores de riesgo, clasificándolos en cuatro categorías: Factores Individuales, Familiares, Sociales e Institucionales.” (González González, 2005, p. 4) y además también se debe tener en cuenta lo que plantean Secades y Fernández:

(...). los factores relacionados con la retención y, sobre todo, las estrategias de intervención para incrementar los niveles de retención en los programas de tratamiento. Se proponen tres tipos de estrategias: las relacionadas con los pacientes, con los parámetros del tratamiento y las que tienen que ver con los terapeutas. (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 1)

Ante estos planteamientos sobre los factores de riesgo se tomaran los siguientes; individual, el institucional y el equipo terapéutico, en los cuales se fundamentara el trabajo para identificar los factores que inciden en las recaídas y abandonos en Casa Claret. Por lo tanto es necesario generar proyectos de intervención que limiten el riesgo y que además ayude a sensibilizar a la sociedad sobre el posible daño al consumir sustancia psicoactivas.

No se llega a la farmacodependencia por una sola razón, existen muchas causas y factores para llegar al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), por lo que se podría afirmar que la farmacodependencia es multicausal tal como lo plantea Rivolta (2012) el “Ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, están por encima de los otros, ni son la única causa del consumo, siempre podremos hablar de probabilidad pero no de determinantes”. (p. 4) siendo estas causas las que se deben intervenir.

La drogadicción es un fenómeno que no es exclusivo de un grupo o estrato social, económico o cultural determinado. El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) afecta a toda la sociedad en su conjunto.

Las drogas se convierten en la vía de escape para evadir la realidad, en una búsqueda equivocada de alivio a los problemas personales, familiares y sociales. Se convierte además en la alternativa para llenar los vacíos existenciales como una salida artificial para satisfacer dichas carencias.

Como ya se había afirmado, cabe señalar que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) no es consecuencia de un solo factor, sino por la conjunción de varios de ellos. Es preciso aclarar que no necesariamente todas las personas que reúnen estas características son adictas, pero si son aspectos muy importantes a tener en cuenta a la hora de pensar en acciones para un programa de prevención en adicciones, así lo explica (Rivolta, 2012):

Los factores de riesgo son aquellos agentes interpersonales, sociales o individuales que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo; mientras que los factores de protección pueden reducir, neutralizar o bien, eliminar ese riesgo, donde para prevenir los riesgos durante los años escolares, están prevenir conductas agresivas. (p.4)

Se llama factor de riesgo para el consumo de sustancias a aquellas situaciones de orden personal, familiar, social, educativa laboral, entre otras que predisponen a la persona al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) que “En general, la mayoría de estos estudios parten de tres asunciones sobre la retención (Carroll, 1997): –La retención tiene que ver con la adaptación o el ajuste entre el paciente, el contexto, el clínico y el tratamiento.” (Secades Villa & Fernàndez Hermida, 2000, p. 4)

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente se hará un desglose de los factores de riesgo identificados en las siguientes áreas tomadas de (Navarro botella, 2000) y (Pons Diez, 1999):

INDIVIDUALES:

- | | |
|----------------------|---|
| ✓ Baja autoestima | ✓ Aislamiento |
| ✓ inseguridad | ✓ Falta de orientación y metas para la vida |
| ✓ Bajo auto concepto | ✓ Ausencia o confusión de valores |
| ✓ Bajo auto criterio | ✓ Evasión de la realidad |
| ✓ Baja autoeficacia | ✓ Baja tolerancia a la frustración |
| ✓ Conducta agresiva | |

- ✓ Dependencia emocional

- ✓ Uso inadecuado del tiempo libre

FAMILIARES:

- ✓ Minimizar fallas o dificultades
- ✓ Sobreprotección
- ✓ Exceso de confianza
- ✓ Comunicación ausente o disminuida
- ✓ Roles difusos
- ✓ Falta de supervisión de los padres
- ✓ Relaciones tensas o violentas

- ✓ Mala relación con padres o entre hermanos
- ✓ Disfuncionalidad familiar
- ✓ Falta de afecto
- ✓ Autoritarismo
- ✓ Ausencia de límites
- ✓ Padres consumidores
- ✓ Familias monoparentales o extensas
- ✓ Conflictos familiares frecuentes
- ✓ Violencia intrafamiliar

SOCIALES:

- ✓ Sitios de alto riesgo
- ✓ Ocupación inadecuada del tiempo libre
- ✓ Presión de grupo
- ✓ Pobreza extrema

- ✓ Amigos consumidores
- ✓ Rechazo de compañeros
- ✓ Facilidad de acceso a las sustancias
- ✓ Publicidad sobre drogas legales

EDUCATIVOS:

- ✓ Falta de motivación
- ✓ Falta de comunicación con padres de familia
- ✓ Rechazo o aislamiento del grupo
- ✓ Prácticas duras o autoritarias
- ✓ Promoción del individualismo y la competitividad

- ✓ Dificultades de adaptación
- ✓ Ausentismo escolar y pasividad
- ✓ Mal rendimiento académico
- ✓ unido a auto concepto bajo
- ✓ Falta de motivación, desinterés hacia lo escolar entre sus iguales

- ✓ Poca competencia, fracaso escolar y abandono temprano de los estudios
- ✓ Intereses y niveles de aspiración bajos
- ✓ Falta de abordaje de la prevención del uso de drogas
- ✓ Traslados frecuentes del puesto de trabajo

LABORALES

- ✓ Presión laboral
- ✓ Competencia
- ✓ Rendimiento vs productividad
- ✓ Jornadas de trabajo muy prolongadas
- ✓ Ritmos de trabajo muy intensos
- ✓ Sobrecarga de trabajo
- ✓ Niveles de tensión altos
- ✓ Condiciones de clima extremas
- ✓ Inestabilidad en el puesto de trabajo
- ✓ Presencia de consumidores en el trabajo
- ✓ Presión de compañeros laborales

Las evaluaciones que se realizan aportaran información que permita identificar por medio de los indicadores las características y factores de riesgo que más inciden en las recaídas de los usuarios, además de las mejoras al modelo terapéutico que se indagaran desde herramientas metodológicas para la recolección de estos datos, que llevaran a dar un diagnóstico oportuno e inmediato a las expulsiones, abandonos, ingresos y reingresos de los usuarios adultos.

Al no realizar evaluaciones o investigaciones externas más periódicas del modelo no se han generado las retroalimentaciones necesarias para cualificar y retroalimentar el programa en todos sus ámbitos, ya que estas necesitan una constante evaluación y seguimiento de lo que se está haciendo dentro del programa y el impacto que este genera anualmente, entonces la investigación se centra en hallar las debilidades no solo cualitativas, sino las cuantitativas que proporcionen un mejor funcionamiento de método de intervención del programa Adultos Casa Claret. Que apunten a una mayor retención y prevención de recaídas.

1.1 PREGUNTA INVESTIGACIÓN

Cuáles son los factores de riesgo que inciden en las recaídas y abandonos de los usuarios que pertenecen al modelo de intervención ofrecido por el programa adultos de la Fundación Hogares Claret en la ciudad de Medellín entre 20 y 30 años de edad contra la farmacodependencia como alternativa de prevención y recuperación entre los años 2014 y 2015 en sus dos primeras fases?

1.1.1 SUB PREGUNTA:

- ¿Qué tanto influye los abandonos de los usuarios entre 20 y 30 años de edad del programa adultos Casa Claret en sus dos primeras fases de tratamiento, los factores de riesgo relacionados con lo individual, el institucional y el equipo terapéutico?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La importancia de realizar esta investigación en el programa adultos Casa Claret de la Fundación Hogares Claret es identificar los factores de riesgo que inciden en los abandonos durante las dos primeras fases del modelo de intervención terapéutico que favorecen los egresos irregulares y reincidencias en el consumo de sustancias adictivas, lo metodológico, administrativo, teórico, práctico y las nuevas técnicas de intervención como la equino familia y las constelaciones familiares enfocadas en la recuperación tanto de los usuarios como del sistema familiar y su estructura.

Dado que el propósito del presente ejercicio investigativo es la realización de un análisis de los factores de riesgo asociados a los abandonos y consumo en el modelo de intervención para farmacodependientes en el programa adultos de la Fundación Hogares Claret a los usuarios entre 20 y 30 años que se viene implementando desde el año 1997 en su modelo terapéutico, en tanto que se procure un acompañamiento que busque la resignificación y la construcción de un proyecto de vida libre de drogas en los usuarios, en la búsqueda de un sentido de vida que les permita reintegrarse con responsabilidad a los diferentes sistemas (familiar, educativo, laboral, social. entre otros), se considera pertinente que se tenga en cuenta la integralidad, y factores de riesgo tanto en lo personal, institucional e intervención del equipo terapéutico, grado de adicción del usuario, tipos de drogas consumidas, salud física y mental.

Por consiguiente dicha propuesta pretende que en el campo disciplinar del Trabajo Social de la Fundación Universitaria Claretiana [UNICLARETIANA], brinde a la universidad y la Fundación Hogares Claret, con los profesionales en formación aportes y elementos consecuentes del tema trabajado, mediante una herramienta de consulta que permita a los estudiantes contextualizar la problemática desde un modelo de intervención, lo que en suma se constituya en dejar un material de consulta para investigación de otros trabajos futuros relacionados con el tema, que posteriormente logre consolidarse como un importante laboratorio social para el estudio de este tipo de problemáticas, de tal modo que sus resultados sean referenciados como fuente de consulta y posibilite la construcción de un modelo metodológico que aporte tanto a la

Universidad, la institución y los profesionales un valioso aporte a tan creciente problemática, contribuyendo con la resocialización de los abusadores de sustancias psicoactivas.

Ejercicio que se vislumbra desde un interés profesional y académico que posibilite un aporte a la reducción de los altos índices de deserción y de reincidencia “Diversos estudios empíricos han demostrado que existen procedimientos eficaces para reducir las tasas de abandono, tanto en los tratamientos psicológicos o médicos en general, como en los programas de abuso de drogas en particular.” (Secades Villa & Benavente, 2000, p. 9) de los usuarios durante las dos primeras fases del proceso de intervención, además de adquirir conocimientos referentes al tema de farmacodependencia, lo que permitirá como Trabajadores Sociales en formación la asimilación de conocimientos que aportaran al quehacer profesional, lo que en suma coadyuvará a que los resultados de este ejercicio aporten a la consolidación de un modelo de intervención acorde con las necesidades de cada uno de los usuarios y obtener una mayor respuesta positiva al tratamiento permitiendo una recuperación oportuna y de calidad, lo que al final de cuentas se consolide como un programa que permita una alternativa diferente de tratamiento, un plan que permita la posibilidad de iniciar y de generar nuevos conceptos teóricos que aporten al estudio, trabajo e intervención de las adicciones enfocándose en los factores de riesgo, dando el primer paso a futuras investigaciones que mejoren los procesos de intervención en farmacodependencia.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Evaluar cuáles son los factores de riesgo que inciden en las recaídas y abandonos de los usuarios que pertenecen al modelo de intervención ofrecido por el programa adultos de la Fundación Hogares Claret en la ciudad de Medellín en sus dos primeras fases de tratamiento en la recuperación de hombres entre 20 y 30 años de edad contra la farmacodependencia como alternativa de prevención y recuperación entre los años 2014 y 2015.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuáles son los factores de riesgo individuales que afectan a los usuarios entre 20 y 30 años de edad que son atendidos por farmacodependencia en el programa adultos Casa Claret entre los años 2014 y 2015.
- Determinar que posibles responsabilidades hay en el equipo terapéutico y el modelo de intervención en los abandonos de los usuario ocurridos durante las dos primeras fases del tratamiento.

1.4 ANTECEDENTES

El programa Adultos de la Fundación Hogares Claret Casa Claret es un programa de tratamiento de reeducación en farmacodependencia que en diciembre de 1996 fue llamado Hogar La Luz, este modelo terapéutico desde 1997 ha llevado a cabo hasta el 2013 más de una revisión del modelo además de su sistematización, en el año de 1999 se realizan algunos cambios sustanciales y se replantean algunas terapias y técnicas para la intervención de sus usuarios con el fin de mejorar su calidad de vida y cumplir con el objetivo principal de rehabilitar al adulto para que este pueda reinsertarse a la sociedad.

A partir de este año la Fundación Hogares Claret ha trabajado fuertemente con otras instituciones a nivel nacional con el fin de mejorar su modelo de intervención y aportar desde su participación. Para el año 1998 se separan algunos programas “los juveniles van a la Libertad y los adultos se integran al Programa Adultos La Luz, estableciéndose el Programa Adultos en su totalidad, ya con la sede en el edificio contiguo al Centro de Convenciones La Luz”. (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 41) para el año de 1999, el Hogar tras diferentes cambios sustanciales para enfrentar las dinámicas de la época y realizar así un trabajo más centrado en el adulto, el programa cambia de nombre del Hogar La Luz a “Casa Claret, para diferenciarlo del Centro de Convenciones y de la Fundación La Luz”. (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 42)

Para el 2002 el programa de adultos cambia de nuevo y se une el programa femenino conformándose “Programa Residencial Mixto adultos ubicado en el Hogar Casa Claret, km. 8 Vía a Santa Elena.” (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 42) y para el 2004 el programa mixto vuelve a cambiar quedando de nuevo solo para hombres adultos.

En el programa adultos solo han habido tres investigaciones las cuales se realizaron entre el 2000 y el 2003 por estudiantes de la Universidad de Antioquia, una de las cuales es de la facultad de Ingeniería industrial, las otras dos evalúan el modelo desde psicología y trabajo social que hace un planteamiento investigativo desde la actualización del modelo terapéutico.

Se realiza una investigación en las diferentes bases de datos (Universidad de Antioquia, Dialnet, Redalyc, Scielo, Biblioteca Virtual-Banco de la República y Google Académico) con respecto a la temática y se halla muy poca información, trabajos que hablen con respecto a los factores de riesgo, sobre recaídas y egresos irregulares en comunidad terapéutica, teniendo en cuenta la poca información relacionada con el tema de investigación se realiza rastreos como; revisión documental, búsqueda en la web nacional e internacional y asesoría con el señor Carlos Ramírez profesional en Desarrollo Familiar con más de 20 años de experiencia en farmacodependencia, coordinador general del Instituto de la familia y de Equino Familia en el país, el cual facilita bibliografía con respecto al tema de investigación.

Concede una entrevista donde se destaca lo siguiente; explica que es un área que es poco explorada, la investigación bibliográfica que fue profunda y se revisó todo el material, solo se encontraron 8 referentes que hablan sobre lo que se va a investigar y estos solo se enfocan en los factores de riesgo que ya se habían considerado en el trabajo, es importante contrastar la información hallada, explicar la importancia de los factores de riesgo para tal investigación y así sustentar lo que se desea investigar, y el análisis final se podrían dar unos resultados que respalden lo que se planteó en el proyecto.

Se realizan 8 reseñas halladas a partir de los textos “Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias” (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000) y (Secades Villa & Benavente, 2000) “Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes” se realiza la búsqueda bibliográfica encontrando 20 autores, la mayoría son empíricos ya que hablan desde experiencias realizadas con pequeñas poblaciones donde ejecutan experimentos desde

los siguientes factores de riesgo (institucional, personal y con respecto a los educadores), entre ellos De Leon, G. (1991). González González, O. (2005). Rivolta, S. E. (2012). Navarro Botella, J. (12 de Noviembre de 2010 Ministerio de la Protección Social. (Octubre de 2004). Desde estos tres elementos es la base para el trabajo que está en construcción.

1.5 CONTEXTO

1.5.1 Reseña Histórica de la Fundación Hogares Claret

En la década de los años ochenta, cuando el problema del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) empezó a crecer de manera alarmante en Colombia, comenzaron a surgir modelos de tratamiento para enfrentar y dar respuesta a esta situación.

Los antecedentes históricos de la creación de la Comunidad Terapéutica en el país, se remontan al año de 1984 con el sacerdote Claretiano Gabriel Antonio Mejía Montoya, quien con el apoyo de voluntarios y de la Congregación de los Misioneros Claretianos, inició un recorrido por diferentes programas terapéuticos del mundo, para conocer y recoger experiencias que posibilitaran la consolidación de un proyecto en nuestro país, con el ánimo de dar respuesta efectiva al problema de la farmacodependencia, que bien se había acentuado en nuestro medio durante la década de los ochenta. Al tiempo que incursionaba en diferentes campos terapéuticos y construía las bases del proyecto en Colombia, desde el inicio de su fundación, se encargaba de enviar a República Dominicana a personas con problemas de farmacodependencia, que quisieran superar el terrible flagelo de las drogas, en el programa de Hogares Crea de ese país.

El 12 de Mayo de 1988 nace en Medellín, Colombia, el primer programa terapéutico de la Fundación Hogares Claret, apoyado por la congregación de los Misioneros Claretianos. El Padre Gabriel Antonio Mejía Montoya junto con un grupo de personas coordina y dirige el naciente proyecto. Se implanta en la ciudad un programa de rehabilitación y reinserción. Posteriormente y después de dos años de discusión, análisis y experimentación, con la asesoría profesional se implementa un modelo autóctono basado en las experiencias de las Comunidades Terapéuticas de DAYTOP (EEUU), del PROYECTO HOMBRE «Progetto Uomo» (Italia y España) y de HOGARES CREA de República Dominicana.

La meta es encontrar un modelo de intervención donde el hombre sea responsable de la construcción de su propia transformación, guiado por una opción: LA VIDA. El 15 de Julio de 1990 son aprobados los estatutos de la Fundación, por el Ministerio de Salud de Colombia.

La Fundación Hogares Claret, apunta entonces a la restitución de los derechos y a la recuperación del ser, brindando opciones de vida y de vinculación social, a los niños, niñas, jóvenes y adultos con diversas problemáticas, a través de una propuesta de atención flexible, la cual se ha ido adecuando a las particularidades de cada población según su problemática, género y/o edad, mediante un modelo de atención ecléctico, holístico o integral, basado en los enfoques sistémico y humanista.

El programa para adultos también llamado “Casa Claret”, funciona donde anteriormente eran las instalaciones del “Centro de la Era De la Meditación, llamado antes Mahartshi Mahesh Yogui”, nombre de su fundador, quien adquirió esta propiedad con el fin exclusivo de convertirla en un centro de meditación que permitiera reducir las conductas sociales negativas. De ahí la presencia del programa adultos, que se lleva a cabo en este lugar desde el 6 de diciembre de 1996. A partir de esta fecha se le ha hecho modificaciones bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica Mixta (egresados y profesionales), concentrando además un gran número de residentes. El Programa Adultos cumple poco más de 30 años, pero su realización ha tenido lugar en varias sedes. Actualmente funciona en uno de los corregimientos del municipio de Medellín

2. MARCO REFERENCIAL

Las causas por las que se puede llegar al consumo de sustancia psicoactiva (SPA), son multicausales, por tal motivo la función del trabajador social en la prevención de adicciones es de suma importancia ya que se desempeña como orientador en los diferentes grupos poblacionales, en la búsqueda de alternativas de solución para la problemática que se está interviniendo. Por tal razón es importante realizar un esbozo de los referentes teóricos que hablen sobre la fundamentación del modelo terapéutico y como este a través desde los saberes epistémicos se han tomado para hacer frente a la problemática que genera la farmacodependencia en el ser, por tal razón cuando se afecta su estructura, su sistema familiar y social es afectado, debe ser intervenido y tratado para volver a recuperarlo, entonces cuando se habla sobre esta situación de degradación mental y física se hace referencia a la Teoría General de Sistemas:

(TGS) se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias. En tanto paradigma científico, la TGS se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. En tanto práctica, la TGS ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades. (Arnold & Osorio, 1998, p. 1)

La teoría general de sistemas se refiere a que su conjunto este en armonía y si una de sus partes no está en consonancia con el todo de su conjunto sistémico, esto conlleva a que el adicto dañe la estructura y genere una desintegración en su dinámica familiar. Ante esta necesidad de reconstruir el sistema familiar esta teoría es fundamental para los modelos de intervención con el fin de reeducar al joven e incluirlo de nuevo en su familia, la sociedad y su comunidad.

El modelo de intervención y los fundamentos de esta teoría es necesario tener en cuenta estos cuatro fundamentos importantes que se enfocan desde el modelo terapéutico con el fin de implementar las técnicas y herramientas más efectivas para impactar en su tratamiento de farmacodependencia, las cuales serían; “El todo es más que la suma de las partes. El todo determina la naturaleza de las partes. Las partes no pueden comprenderse si se consideran en forma aislada del todo. Las partes están dinámicamente interrelacionadas o son interdependientes” (Sánchez, S.f, p. 4).

Ante las adversidades y las problemáticas que cada vez se generan por las dinámicas que influyen en las recaídas de los usuarios, es importante remitirse a otras teorías que ayudan a fundamentar los métodos de intervención, es tener claro que los conceptos epistémicos son fundamentales para los profesionales y para la elaboración de los modelos, ya que un programa sin su marco teórico, conceptual y jurídico no tendría firmeza y no justifica lo que está haciendo y lo que se desea hacer, esta aclaración se realiza con el fin de que cada proyecto, programa e investigación deba ser fundamenta y explica desde la epistemología.

Por tanto los inicios epistemológicos de la intervención terapéutica se regían en quien era el culpable y casi siempre el adicto termina siendo el responsable de la desintegración de sus sistema estructural familiar por tanto hay que señalar que no debe ser así, ¿por qué se refiere sobre esto?, es porque el Positivismo¹, el Fundamentalismo² y el Estructuralismo³ hablan sobre sus conductas, por lo que quien

¹ El positivismo; “es una corriente de pensamiento cuyos inicios se suele atribuir a los planteamientos de Auguste Comte, y que no admite como válidos otros conocimientos sino los que proceden de las ciencias empíricas. (...) Para Kolakowski (1988) el positivismo es un conjunto de reglamentaciones que rigen el saber humano y que tiende a reservar el nombre de “ciencia” a las operaciones observables en la evolución de las ciencias modernas de la naturaleza. Durante su historia, dice este autor, el positivismo ha dirigido en particular sus críticas contra los desarrollos metafísicos de toda clase, por tanto, contra la reflexión que no puede fundar enteramente sus resultados sobre datos empíricos, o que formula sus juicios de modo que los datos empíricos no puedan nunca refutarlos.” (Cascante, 2010, p. 1).

² El funcionalismo: “El funcionalismo estudia la sociedad sin tener en cuenta su historia (sincrónica); estudia la sociedad tal y como la encuentra, intentando comprender como cada elemento de la sociedad se articula con los demás, formando un todo y ejerciendo una función dentro de esa sociedad.

tenga el problema es quien debe ser intervenido, la intervención ha ido cambiando gracias a las evaluaciones realizadas en los últimos años por el grupo interdisciplinar de Hogares Claret.

Pero en los estudios que ha hecho el grupo de profesionales de la fundación evidencian que no es solo trabajar con los métodos, hay que ir mas allá y tratar de crear nuevas miradas y técnicas para intervenir el sistema familiar porque trabajar con las familias de los usuarios es más complejo, por qué las realidades vividas son diferentes y complejas, pueden ocasionar en el usuario una toma de decisiones que lo lleva en este caso el consumo de sustancias psicoactivas.

La teoría general de sistemas en la que se basa la intervención, se debe manejar un sentido de comunicación y combinarlo con algunas técnicas que generen un mejor conocimiento del adicto como lo es la “metáfora”, fundamental para el trabajo que realiza en sus terapias, por tanto la familia debe ser mirada sistémicamente.

El proceso que se hace con el adulto debe complementarse con la familia para identificar los posibles factores de riesgo en su historia con el propósito de diseñar un plan de trabajo que aporten a mejorar las técnicas de intervención para comprender las situaciones que vive cada adulto, por tanto no se puede dejar de lado la importancia de las teorías epistémicas que están en los programas de atención terapéutica, entonces no sería lógico hacer la terapia al sujeto sin incluir también a su núcleo familiar.

El funcionalismo nace como reacción al evolucionismo y al particularismo histórico. Parte del hecho de que la cultura es una totalidad orgánica en la que sus diversos elementos son inseparables (holístico) y que se hayan interconectados, teniendo cada uno de ellos una función específica en el conjunto. La religión, la economía, la producción, los rituales, etc, forman un todo interconectado. De hecho, cuando piensan en una sociedad, la perciben como si fuera un organismo biológico en el que las partes forman un todo.” (Herrero, 2002, pàg. 1).

³ Estructuralismo: "Es un movimiento heterogéneo que inicialmente aparece como una metodología científica, convirtiéndose luego en una ideología filosófica que pretende elaborar teorías objetivas y verificables, a través del control científico a las ciencias del espíritu. En el estructuralismo el hombre pasa de ser sujeto de la historia y de la cultura, a ser objeto que se conoce por la objetividad y la neutralidad científica. (...) El estructuralismo plantea la manera de comprender al hombre para pasar a mirarlo como objeto de observación y análisis, como cualquier otro objeto de la ciencia, porque el inconsciente precede a lo consciente. (...) Actualmente el estructuralismo sigue planteando al hombre como un ser potencial, y a la vez objeto de conocimiento, a partir del cual se sigue dando el despliegue de las ciencias, puesto que es el único que cuestiona y modifica las estructuras” (Profesorenlinea, s.f).

Para fundamentar lo que se viene hablando con respecto al modelo de intervención que utiliza la Fundación Hogares Claret en la rehabilitación del usuario, es importante hablar sobre las siguientes teorías que respaldan el modelo:

El enfoque estructural de Salvador Minuchin; se enfoca en “estudiar al individuo en su contexto social, basándose en la existencia de características organizacionales del sistema y en la posibilidad de transformar esa estructura” (Sánchez P. T., 2010, p. 1).

Su teoría la remite a tres axiomas importantes desde donde fundamenta que el contexto social es importante para determinar lo que hace el individuo por tanto estos tres postulados son:

- La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste mediante secuencias repetidas de interacción.
- Las modificaciones en la estructura de un sistema contribuyen a la producción de cambios en los comportamientos y consecuentemente en los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
- Cuando se trabaja con un individuo o con su familia, su comportamiento se incluye en ese contexto socio-cultural. (Sánchez P. T., 2010, p. 1)

Paul Watzlawick; quien habla de la teoría de la comunicación humana y del constructivismo radical, teoría la cual se utiliza en la Terapia familiar, Terapia sistémica y, en general, de la Psicoterapia desde 1960, Paul lleva toda su postulado teórico y se fundamenta en axiomas en los cuales la comunicación es importante, las relaciones entre los individuos son fundamentales y estos son llamados metacomunicación, la comunicación del ser humano es digital y analógica y estas relaciones pueden ser simétricas y complementarias (García, 2011).

Por ende esta teoría ayuda al profesional a identificar desde las relaciones humanas entre los usuarios, las políticas institucionales, las las terapias familiares a

identificar sus factores de riesgo y construir alternativas para evitar tales factores que inciden en su estructura funcional.

La terapia narrativa: creada por Michael White según (S.n, 2013) plantea lo siguiente;

La terapia narrativa se caracteriza por el profundo énfasis que se le da a las historias, a los contextos en que se desenvuelven los individuos, en la ética de la terapia y a las realidades sociales que influyen en el significado que las personas dan a sus experiencias (...).

La terapia narrativa nace de muchos aportes diferentes, siendo importantes los planteamientos de Michel Foucault respecto de cómo se ejerce el poder, los aportes de Gregory Bateson respecto de la cibernética aplicada a las ciencias sociales, Bruner en relación de la construcción del significado a través del lenguaje, y los fundamentos epistemológicos del construccionismo social, además de la incorporación de “la analogía del texto” y el uso de la metáfora en el quehacer terapéutico (...). (p. 1)

Estos referentes teóricos son importantes a la hora de hablar del modelo de intervención de la Fundación de Hogares Claret, donde el usuario lleva su proceso, psicológico, emocional, funcional, estructural que desde diferentes perspectivas epistémicas, se trabaja la importancia del ser, su entorno, sus situaciones de vida, su pasado, la relación con el otro, la normatividad, la medicina, proyecto de vida, sus necesidades, el trabajo con su hogar, acompañamiento a sus familias, lo cual el usuario se sienta acogido y amado, sin ser juzgado.

La importancia de la estructura del usuario y de su sistema familiar son fundamentales para el modelo de intervención de Hogares Claret, es importante tener en cuenta las siguientes definiciones tales como están mencionadas en el modelo terapéutico de la Fundación las cuales son importantes para poder realizar esta investigación, además de los significados se expondrán algunos conceptos como; conceptos de Comunidad terapéutica, tipos de consumidores y las terminologías de la comunidad terapéutica.

2.1 Comunidad Terapéutica:

Según como se plantea en el Plan de Atención Institucional (PAI) de la fundación Hogares Claret, la comunidad terapéutica:

Es un sistema microsociaI terapéutico para la recuperación de adictos surgida de la iniciativa y creatividad de Charles Dederich en San Francisco en 1958. Este modelo difiere en varios aspectos de la comunidad terapéutica en salud mental creada por Maxuell Jones en 1952, cuya estructura es más permisiva y democrática que la utilizada para enfrentar el problema de la farmacodependencia con los adictos transgresores “por naturaleza”, el modelo es jerárquico y autoritario. (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 26)

2.1.1 La comunidad Terapéutica

Para comprender lo que es la comunidad terapéutica se debe conocer su historia, sus objetivos y sus precursores, además de cuál ha sido su evolución hasta nuestros días, se podría afirmar que las drogas han estado presentes en la historia de la humanidad, asociada a ritos y cultos como medio para contactarse con la naturaleza su uso estaba restringido solo a sacerdotes y médicos en las diferentes culturas, pero ya en la modernidad no son usadas en cultos y ritos, el hombre la empieza a utilizar para evadir su realidad, primero inicia a consumir para sentirse bien, luego lo hace para no sentirse mal.

En el presente trabajo se hace una referencia histórica sobre como nace la comunidad terapéutica y se van implementado diferentes modelos de intervención terapéutica para enfrentar el creciente flagelo que es la farmacodependencia, por tanto es importante iniciar un recuento histórico para conocer la evolución y la manera como se va implementado, la creciente necesidad de atender esta enfermedad mental la cual desde le tratamiento es posible curarla y reeducar al farmacodependiente, por tanto en

el texto sobre estas experiencias de Perú como lo plantea (Sevilla Carnero, et al., 2010) se toman los siguientes apuntes importantes para este trabajo de investigación:

El Dr. Frederick Glaser en sus estudios de Los orígenes de la Comunidad Terapéutica sin Drogas: una Historia Restrospectiva hace un rastreo de los orígenes de lo que significa la Comunidad Terapéutica (CT) hasta sus más remotos orígenes citando a Phito Judaeus quien en 25 años A.C. ya describe las actividades de una comunidad que habitaba en Egipto, cerca de Alejandría. (p.8)

También cuenta que, en un Rollo del Mar Muerto, llamado la Regla de la Comunidad o El Manual de Disciplina se describe el problema por el cual la gente ingresaba en dicha comunidad llamada Qumran y que es casi una transcripción de lo que vemos hoy en día como modo de vida, cultura y sufrimientos de los cientos de jóvenes adictos que son asistidos actualmente en las comunidades (Sevilla Carnero, et al., 2010).

Haciendo una visión histórica de las comunidades terapéuticas nos lleva retrospectivamente por Alcohólicos Anónimos, el Grupo de Oxford, la Asociación Cristiana de Jóvenes, la Reforma Protestante y ciertos grupos cristianos primitivos hasta llegar a los Esenios (Sevilla Carnero, et al., 2010).

La práctica de intervenciones de ayuda mutua recién se hace notoria en las primeras comunidades cristianas sometidas a una inhumana persecución en los tiempos del Imperio Romano. En pequeños grupos, sus miembros confesaban públicamente sus pecados y recibían diversos consejos y ayuda, así como la penitencia pertinente. Así nacen las comunidades monásticas donde se establecen las primeras reglas para alcanzar un objetivo común dirigido hacia el mantenimiento de la fe.

Por tanto, las CT tienen dos milenios de antigüedad y fuertes raíces religiosas, pues el consumo de sustancias estaba delimitado principalmente, por ciertos rituales religiosos, celebraciones, privilegios ligados a las castas, la preparación para las guerras, etc. sin generar exageraciones o consumos masivos (Sevilla Carnero, et al., 2010, p. 8).

Sistematización del modelo de comunidad terapéutica para personas con problemas de dependencia a las drogas. Con los antecedentes históricos ya vistos, pasamos a 1900, en Inglaterra donde se conforma el Grupo Oxford, su intervención se caracteriza por ser religiosa basada en la lectura de la biblia y el buen comportamiento (Sevilla Carnero, et al., 2010).

Es en 1935, que se funda Alcohólicos Anónimos (AA), partiendo de las experiencias de Oxford basada en la autoayuda y el apoyo mutuo para alcanzar la recuperación, en este modelo de comunidad terapéutica no se permite la intervención de profesionales, “Propugnan la práctica de valores como la autenticidad, la confianza en un Ser Superior, así como, el propósito de ayudar a otras personas que sufren de alcoholismo”. (Sevilla Carnero, et al., 2010, p. 9).

Luego de AA surge Narcóticos Anónimos (NA), a finales de los años cuarenta en Los Ángeles California.

La comunidad terapéutica como forma de tratamiento surge a mediados del siglo XX, para ser más preciso, en la década de los 50. Ante la sobrepoblación de los centros psiquiátricos, el psiquiatra Maxwell Jones propone que los pacientes salgan de sus habitaciones y tengan una participación más activa, participación en grupos y diferentes tareas en el hospital psiquiátrico, lo que obliga a que se definan normas de convivencia. El trabajo de Maxwell Jones, es el origen a lo que más tarde se conocería con el nombre de comunidad terapéutica para farmacodependientes, es importante hacer referencia a lo que plantea (Palacios H, 2013) sobre los referentes más importantes de los conceptos de Maxwell, donde esboza lo siguiente:

El planteamiento operacional de dichos principios se traduce en la liberación de sus pacientes de la opresión institucional al permitirles que puedan influir en su propio ambiente y sus tratamientos. Crea nuevas y mejores condiciones medioambientales y relacionales, entre pacientes y personal e involucra a familiares y amigos en esta tarea creando una conexión hacia el exterior del hospital lo que permite a sus pacientes crecer y desarrollarse en un ambiente facilitador y de carácter libertario. (p. 4)

En el campo de las adicciones, en 1958, unos pocos años después de la experiencia de Maxwell Jones, un alcohólico rehabilitado de Alcohólicos Anónimos, Charles Dederich, en California, Estados Unidos, inicia un programa con personas heroinómanas y sustituye lo religioso de alcohólicos anónimos por ideologías más seculares, aunque aún muy basadas en el carisma del personaje fundador. Egresados de Synanon, fundaron la Comunidad Terapéutica de Daytop, en Nueva York, en 1963, incluyendo profesionales entre sus operadores. En este sentido, Daytop marca el verdadero comienzo de expansión de las Comunidades Terapéuticas por el mundo, así como su posterior evolución en instituciones altamente sofisticadas. Posteriormente, se origina en Italia otro gran movimiento de Comunidades Terapéuticas denominado Proyecto Hombre, que valiéndose de la formación y experiencia norteamericana, agrega estratégicamente nuevos instrumentos terapéuticos más acordes a la realidad cultural y familiar europea y latina. (Palacios H, 2013, pp. 4-5)

En 1958 Pastor protestante David Wilkerson funda un centro de rehabilitación religioso, conocidos en la actualidad como comunidades teoterapéuticas y;

Por último, cabe mencionar que en 1961, nace en Puerto Rico el CISLA (Centro de Investigación sobre las Adicciones) otra rama de centros que más tarde se transformarían en Comunidad Terapéutica, lo que dio origen a los actuales Hogares Crea, que se han extendido abundantemente, sobre todo en la América Central y el Caribe, habiéndose prolongado también a varios países sudamericanos, con una metodología definida en parte por las enseñanzas de la escuela de Erick Erickson. (Palacios H, 2013, p. 5)

Es el doctor Maxwell Jones que según (Palacios H, 2013) plantea; como ya se ha firmado quien utiliza por vez primera el concepto de Comunidad Terapéutica en 1952, se da cuenta que una de las fortalezas del grupo está en la actuación Psicofarmacológica con las capacidades de cada persona, es lo que conocemos hoy como presión y cohesión de grupo que genera alrededor de quien está en crisis un colchón afectivo, que a su vez se convierte en contención.

Es en los años 50 donde se puede ubicar el inicio de la CT moderna, con Charles E. Dederich, quien a través de AA alcanza la sobriedad, en el garaje de su casa en Los Ángeles funda un grupo de AA, con la modalidad de familia prolongada, a su grupo de AA se suman consumidores de heroína, a raíz de esto los heroinómanos empiezan a vivir juntos, es así como se conforma la primera CT.

Se constituye Synanon como la primera Comunidad Terapéutica para la rehabilitación de farmacodependientes debido a que muchos de los usuarios de Synanon habían tenido experiencias poco gratas con tratamientos psicoterapéuticos, por lo que consideraban que la intervención de la psicología era contradictoria, por este motivo no se incluyó en la CT.

En 1963 es fundada en la ciudad de Nueva York Daytop Village, por el doctor Daniel Casriel y Monseñor William B O'Brien, quien más tarde fue fundador y presidente de la Federación Mundial de Comunidades terapéuticas, es Daytop uno de los programas más antiguos de los Estados Unidos, se considera que es una de las CT más exitosas en su modelo de intervención.

En 1969 el Progetto UOMO (Proyecto Hombre), toma algunos elementos de Daytop incluyendo elementos de culturas europeas y latinas que estuvieran más acordes con sus realidades.

Es así que las CT en los años 90 se consolidan, los profesionales se empiezan a interesar e inician pasantías en las CT, para luego integrarse a ellas, se obtienen logros significativos en el trabajo de profesionales y operadores alcanzando así un mayor número de egresados sobrios.

2.1.2 Concepto de comunidad terapéutica (CT): La comunidad terapéutica (CT) es un espacio micro social, con un ambiente controlado que permite al usuario vivir situaciones que experimentaría en su interacción en los diferentes subsistemas de los que hace parte, pero en un ambiente artificial que está transversalizado por la norma. Un principio que es fundamental en la comunidad terapéutica es la autoayuda, es decir; que los usuarios en tratamiento son los principales gestores del proceso de cambio, la

ayuda mutua quiere decir que los usuarios asumen también un rol importante en la recuperación de sus compañeros. La comunidad terapéutica más generalizada es la “mixta” que vincula en sus equipos interdisciplinarios profesionales en el área psicosocial y ex adictos formados y capacitados para acompañar los procesos terapéuticos de los usuarios:

Es un modelo de trabajo y participación que colabora con las personas considerando las capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación o recuperación. El modelo considera relevantes para la persona aspectos tales como su familia y la red social como base de su trabajo terapéutico. El vivir y trabajar en una comunidad terapéutica significa el poder compartir experiencias dentro de un marco de respeto, de valores y derechos inalienables del ser humano y en un ambiente de solidaridad y fraternidad. (Certificación internacional para consejeros de instituciones miembros de la FLACT. CICAD-OEA, 2010)

Para un mejor entendimiento, atención e intervención, según periodicidad del consumo de SPA se han dividido en varios tipos a saber:

2.2 Escala adictiva: La adicción a sustancias adictivas es un proceso que se desarrolla con el tiempo y que es progresivo, está dividido en varias fases (Disfuncional, Funcional, Ocasional o Social y Experimental) que en la mayoría de los casos pasa de forma inadvertida, pues los síntomas son poco evidentes, estas fases muestran la severidad de este proceso y el impacto que tiene en la vida del consumidor o adicto. Estas fases se pueden usar para que se entienda mejor el grado de adicción del usuario y su severidad para la identificación de las necesidades del usuario en su tratamiento, a continuación se hablara de ellas:

2.2.1 Experimental: A este tipo de personas no se les puede considerar propiamente un farmacodependiente, pues su contacto con las drogas se ha motivado por curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan droga por ser una experiencia novedosa, esta conducta se manifiesta comúnmente

dentro de la adolescencia, debido a que es una etapa de cambio donde el adolescente busca nuevas sensaciones o efectos indirectos que son provocados por el consumo de la misma. (Centros de integracion Juvenil, s.f., p. 6)

2.2.2 Ocasional o Social: “A este grupo pertenecen aquellas personas que usan droga en situaciones pasajeras, tales como asistir a una fiesta o bien, para aliviar tensiones depresivas; sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia”. (Centros de integracion Juvenil, s.f., p. 6)

2.2.3 Funcional: “Son aquellas personas que hacen uso de las drogas para realizar actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando productivamente; sin embargo, se ha establecido una dependencia tal, que no puede realizar sus actividades sin dejar de consumir drogas.” (Centros de integracion Juvenil, s.f., p. 6)

2.2.4 Disfuncional: son las:

... personas que constantemente necesitan consumir droga y que han dejado de funcionar social y productivamente, su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades son dedicadas a la obtención y consumo de las mismas, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento de su vida obligados por la necesidad de evitar los trastornos orgánicos que aparecen de la privación y lo que significa un deterioro de su vida social, familiar, personal y sus posibilidades de recuperación son mínimas. (Centros de integracion Juvenil, s.f., pp. 6-7)

2.3 Las terminologías de la comunidad terapéutica: A continuación se hará referencia a los términos o conceptos que se manejan o se tienen en cuenta en el desarrollo del modelo de la Fundación Hogares Claret, en el programa adultos Casa Claret.

2.3.1 Farmacodependencia: El adicto tiene algunas características fundamentales que se trabajan en la farmacodependencia las cuales son la dependencia física y psíquica, los mecanismos de la dependencia física como la tolerancia y el síndrome de abstinencia, por tanto estas nociones son importantes tenerlas para el tratamiento ya que la adicción genera en su organismo daños físicos y mentales;

El uso y abuso de sustancias psicoactivas es uno de los fenómenos más complejos de nuestra sociedad actual. La particularidad de la farmacodependencia es precisamente la probabilidad que ésta tiene de deteriorar a la persona física, psíquica y socialmente.” (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 20)

y,

“se define como un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.” (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 28)

2.3.2 Farmacodependiente:

Las investigaciones mundiales en el estudio de la farmacodependencia han coincidido en la obtención del perfil de un farmacodependiente, que se aplica también a cualquier persona que aunque no consume fármacos, tiene propensión. Así: inmadurez, dependencia, pensamiento mágico, rebeldía, dificultad para enfrentarse al sufrimiento y a la frustración, sensación de desamparo, crisis adolescente, inestabilidad emocional, provenir de un hogar en el que se viven condiciones difíciles, carácter inhibido y tendencia al hedonismo. (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 31)

2.3.3 Factores sociales: “Los problemas colectivos, cambios sociales inesperados, desesperanza en algunas poblaciones, combinados con la permisividad, aceptación y ausencia de restricción legal son factores que pueden incidir en el consumo llevando a lo posible dependencia de estas sustancias.” (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 31)

2.3.4 Reeducción:

“El proceso de reeducación consiste en una profunda transformación del vivir íntimo del sujeto, de su modo de entenderse a sí mismo, a los otros y a las cosas, de su manera de ponerse en relación con la realidad y el proceder, por ende en la discriminación de sus actividades o de sus comportamientos.” (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 31)

2.4 La Familia:

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente. (Osorio Villa, 2012, p. 26)

2.5 Definición Terapia Psicológica

La terapia psicológica, o simplemente terapia, es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, que tiene el paciente pero que no sabe cómo aplicarlos o no logra identificarlos plenamente. (Osorio Villa, 2012, p. 26)

2.6 La Adulthood: Las características más visibles de la adultez son las siguientes: La intención de la independencia, El sentido de la responsabilidad, la Autonomía, su Madurez, la Adaptabilidad, el Sentido de Vida, el género y su Proyecto de Vida (Proyecto de Atención Institucional, 2010). Entonces:

La visión que se tiene del adulto es optimista. Se considera que es un individuo que ha alcanzado una madurez y autonomía suficientes como para organizar su vida de una manera responsable y eficaz en la mayoría de los casos. No es posible definir con claridad las edades límites de la etapa adulta. Durante largo tiempo estos límites están determinados por la época, la cultura, el grupo social del que el adulto hace parte. (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 36)

Además de los conceptos que maneja la Fundación Hogares Claret para el programa adultos, las herramientas metodológicas de trabajo, los talleres participativos, reflexivos y terapéuticos” se utilizan la terapia breve, la equino terapia familia propuesta e implementada por los profesionales de la Fundación desde hace 7 años, Bert Hellinger (constelaciones familiares)⁴, Maharishi Mahesh Yogi (meditación trascendental)⁵ y Michael Withe (dese la narrativa) trabajo que se realiza con adultos y las familias, estos métodos están enfocados en los cuatro módulos de trabajo con el adicto y la familia.

La metodología de estos técnicas parten del análisis y del contexto social que vive cada familia en su contexto social, su bienestar social, la violencia, las drogas, el desempleo, la pobreza, la mala distribución de tierras, los problemas familiares; patológicos psicológicos y genéticos, el mercado, la globalización, la economía, etc... Estos factores de riesgo juegan un papel principal a la hora de abordar y enfrentar estas problemáticas desde un modelo que sea eficiente y ayude a incluir de nuevo al adulto a su sistema familiar y social, por tanto estas consecuencias pueden causar que los sistemas familiares sean cambiantes y halla desorden en su estructura, llevando al sujeto a ser el problema del sistema y generar un rompimiento de este degradándolo.

Por tanto el Hogar realiza ese proceso de crecimiento e investigación, para realizar la fundamentación de los módulos, sus técnicas que hoy en día se utilizan y que con el tiempo deben enriquecer las nuevas teorías y métodos para mejorar la intervención.

⁴ Constelaciones familiares. Recuperado en : <http://www2.hellinger.com/es/>

⁵ Meditación trascendental. Recuperado en: <http://www.meditaciontrascendental.es/maharishi>

Estos cuatro módulos están elaborados para trabajarlos durante un año y se realizan durante 8 secciones por cada módulo:

- I. **Dinámica interna familiar y dinámica institucional:** roles, funciones, enfoques intergeneracional, positivista y el genograma.
- II. **Familias coactivas:** se trabajara las relaciones coactivas, los trastornos asociados al consumo y comportamientos asociados.
- III. **Administración del hogar y apoyo social:** evidenciar las redes de apoyo con que se cuenta en el medio a la vez que se trabaje el emprendimiento y economía familiar.
- IV. **Grupos de apoyo:** Se realizará trabajo terapéutico a la luz de las técnicas propias y aplicables de la comunidad terapéutica y otras que sean de manejo de los profesionales encargados, esto se realizara con el fin de propiciar un espacio de crecimiento personal, las técnicas utilizada serán, la terapia de grupo, la gestal, el aquí y el ahora y técnicas alternativas; consultadas con anterioridad con la coordinación.

También se utiliza como técnica; la confrontación, la sensibilización, las asesorías, las orientaciones, la entrevista familiar, los talleres reflexivos, grupo gestáltico, grupo de encuentro, biodanza, psicodrama, y técnicas bioenergéticas además se utilizan plenarias, video foros, terapias de grupo y otras técnicas de trabajo con grupos, dentro de la metodología de taller e intervención grupal (atención multifamiliar). Todas estas herramientas permiten abordar al sujeto en su proceso de reeducación para alcanzar las metas propuestas por la fundación terapéutica y sus procesos de intervención con el sujeto y objeto.

A nivel individual:

- Ofrecer atención a las familias, a través de la técnica de expresión de sentimientos
- Ofrecer diferentes alternativas de acción, ante la situación a intervenir, teniendo en cuenta las particularidades de cada familia, grupo o individuo.

A nivel colectivo:

- Presentar propuestas de prevención a escuelas, colegios, juntas de acción comunal, instituciones gubernamentales, grupos de auto ayuda, empresas, entre otros.
- Fomentar y promocionar ante líderes comunitarios para que se conozca la prestación del servicio, además de atender la población que los requiera.

Promoción social:

- Talleres según la necesidad y el nivel de prevención que se requiera y a quien las solicite.
- Realizar filtros en instituciones, empresas o grupos en zonas de riesgo o alta vulnerabilidad.

Orientación:

- Identificar situaciones o casos donde se necesite orientación especializada en lo familiar, relaciones de pareja y remitir a las instituciones adecuadas para su intervención.
- Dar respuesta e información sobre desconocimiento o dudas en relación a adicciones, tratamientos, intervenciones y servicios.

2.7 Factores de riesgo: Los factores de riesgo son importantes cuando se habla sobre farmacodependiente o consumidor de sustancias psicoactivas, por tanto este concepto debe ser el principal eje de tratamiento terapéutico, ya que desde él se plantean el modelo de intervención, Secades y Fernández hablan con respecto a los factores de riesgo y hacen un resumen importante de diferentes teóricos que desde sus experiencias hablan que “los factores relacionados con la retención y, sobre todo, las estrategias de intervención para incrementar los niveles de retención en los programas de tratamiento.” (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 1) y por ende es importante reseñarlos como elemento fundamental en este trabajo de investigación.

En la tabla siguiente tomada directamente de (Secades Villa & Benavente, 2000, p. 2) se presentaran los autores que hablan desde sus experiencias que son importantes para el desarrollo del trabajo y se tomaran los cuales que hablan sobre los tres factores de riesgo escogidos para el trabajo; individual, el institucional y el equipo terapéutico.

Tabla 1. Factores del tratamiento relacionados con el abandono	
<i>Categorías</i>	<i>Estudios</i>
Estabilidad de los terapeutas	Craig, Rogalski y Veltri (1982), McCaul y Svikis (1991), Caballero (1993)
Apoyo familiar	Secades, Fernández Rodríguez y Fernández Hermida (1998) Higgins et al.(1994), Ochoa, Cebollada e Ibáñez (1994) Stanton et al. (1984), De Leon (1991), Sisson y Azrin (1986), Panyard, Wolf y Dreachslin (1979), Simpson (1979), Torrens, Castillo y Pérez-Sola (1996), Conner et al. (1998),
Contexto terapéutico (residencial/ambulatorio)	Alterman et al. (1994), Bell et al. (1994), Roberts y Nishimoto (1996), D'Ippoliti et al. (1998)
Tipo de tratamiento: farmacológico/libre de drogas	Carroll et al. (1998), Maremmani et al. (1994)
Dosis del fármaco	Torrens Castillo y Pérez-Sola (1996), Del Río, Mino y Perneger (1997), Magura, Nwakeze y Demsky (1998).pg2(para lo teorico y la concretacion del porque realizar un analisis a los factores de riesgo-ponerlo en una tabla de dos columnas)

Los factores de riesgo son elementos cruciales a la hora de identificar del porqué de los abandonos y recaídas en los usuarios en sus dos primeras fases de su proceso de rehabilitación.

Los factores de riesgo ante los estudios que se han realizado y lo mencionado es importante plantear que este tema en el momento teóricamente tiene unos fundamentos empíricos muy fuertes, además en lo indagado en la búsqueda bibliográfica se ha encontrado que la información es poca en Colombia. Entonces los factores de riesgo familiar, social, educativo, laboral, entre otros son las principales causas del consumo y un riesgo para llegar a esta enfermedad mental tal como lo habla Rivolta, De Leon, G., González González, O., Navarro Botella, J., Secades, Fernández Rodríguez y Fernández Hermida y el Ministerio de la Protección Social., y otros autores ya mencionados en la tabla anterior. (Para cambiar por los autores que vamos a trabajar)

2.8 MATRIZ DE CATEGORÍAS

CONCEPTO	CONCEPTO DERIVADO	ESCUELA TEÓRICA	BIBLIOGRAFÍA
Teoría General de Sistemas		Sistémica	(Arnold & Osorio, 1998, Pág. 1)
El positivismo El funcionalismo		Positivista Funcionalismo	(Profesorenlinea, s.f). (Herrero, 2002, pàg. 1). (Cascente, 2010, p. 1).
El enfoque estructural de Salvador Minuchin		Estructuralismo	(Sánchez P. T., 2010, Pág. 1).
Teoría de la comunicación humana	La terapia narrativa	Constructivismo	(García, 2011). (Roizblatt et al, 2005).
FARMACODEPENDIENTES	Comunidad terapéutica Tipos de consumidores Farmacodependencia Farmacodependiente Factores sociales Reeducación	Sistémico	(Proyecto de Atención Intitucional (PAI), 2010, Pág. 26) (Osorio Villa, 2012)
ADULTOS	La Familia Terapia Psicológica	Sistémico	(Osorio Villa, 2012)
FACTORES DE RIESGO	individual, el institucional y el equipo terapéutico	Sistémico	(Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, pág. 9) (González González, 2005, Pág. 4) (Rivolta, 2012, Pág. 4)

2.9 MARCO LEGAL

El marco jurídico por el cual se rige la el programa de Adultos Casa Claret está contemplado en el proyecto institucional, por ende es importante hacer un esbozo de las principales leyes jurídicas que acoge la fundación para su buen funcionamiento administrativo y legal, ante esto se exponen algunos puntos esenciales:

La Fundación Hogares Claret es esencialmente una institución de beneficio social. Una ONG, privada, sin ánimo de lucro, con personería jurídica No. 07945 de junio de 1990. Cuenta con la Declaración de Requisitos expedidas por la Secretaría de Salud Departamental y se presenta por programas. Además de las licencias sanitarias para todas las instalaciones y licencias de funcionamiento, expedidas por ICBF. (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 13)

Además de la ley 1098, la ley 1315 regida por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC)⁶ a esto se suma la resolución 1315 del Ministerio de Protección Social para habilitación de los centros de farmacodependencia, El Decreto 1011 de 2006 con el fin de garantizar la calidad y atención de la salud, la Resolución No. 00001998 de 31 de mayo de 2010 para la habilitación de los servicios de salud (Proyecto de Atención Institucional, 2010, p. 13).

Para la elaboración del PAMEC se recomiendan las siguientes normas y documentos técnicos (Proyecto de Atención Institucional, 2013, p. 36):

- Decreto 1011 de 2006, título IV.
- Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud MPS versión 7.

⁶ Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC), <http://www.wftc.org/mission.html>

- Guías básicas para la implementación de las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud MPS versión 2007.
- Resolución 1446 de 2006
- Sistema de Información.
- Seguimiento a Riesgos.

Los riesgos se fundamentan en (Proyecto de Atención Institucional, 2013, pp. 36-37):

- El marco del Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASO)
- Ley No. 1616 del 21 de enero de 2013, “por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”. Art. 9º: Promoción de la Salud Mental y Prevención del trastorno mental en el ámbito laboral. De acuerdo con lo establecido en la:
- Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el art. 9º.

Los empleados se acogen según a lo que plantea el (Proyecto de Atención Institucional, 2013, p. 37) desde:

- Código Laboral Colombiano
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Acuerdo No. 10 de marzo 15 de 2012 por medio del cual se modifica el Manual Deontológico y Bioético de Psicología.

El manejo de las historias clínicas se rige por la (Proyecto de Atención Institucional, 2013, p. 37):

- Resolución 1995 de 1999.

Para la implementación y desarrollo del Plan de (Proyecto de Atención Institucional, 2013, p. 37):

- Ley 9 de 1979 “Código Sanitario Nacional” ”en su artículo VIII “Desastres” establece las normas para tomar las medidas necesarias que prevengan los desastres y atenúen sus efectos.

Para el manejo de residuos ordinarios, sólidos y líquidos peligrosos (Proyecto de Atención Institucional, 2013, p. 38):

- Resolución 879 de 2007.
- Decreto 440 de 2009.
- Decreto 2676 de 2000.
- Decreto 1713 de 2002.
- Resolución 1164 de 2002.
- Ley 1979.
- Decreto 4741 de 2005.

Para garantizar el abastecimiento y la buena calidad del agua, en miras del año 2015, en Colombia, rige (Proyecto de Atención Institucional, 2013, p. 38):

- El Decreto 1575 de 2007, que establece el sistema para la protección y control de la calidad del agua.
- Resolución 2115 del 22 de julio de 2007 la cual señala las características, instrumentos básicos y frecuencias del sistema de control y vigilancia de la calidad del agua.

Para el control de plagas y roedores (Proyecto de Atención Institucional, 2013, p. 38):

- El artículo 259 de la Ley 9 de 1979 “Código Sanitario Nacional” establece que todos los establecimientos dedicados a la producción, manipulación,

transformación, conservación, almacenamiento y suministro de materias primas y alimentos deben protegerse contra plagas, utilizando plaguicidas y sistemas de protección que cumplan con la reglamentación dictada por el Ministerio de la Salud.

- El artículo 29 del Decreto 3075 de 1997 en el capítulo VI “Saneamiento” indica que en el plan de saneamiento básico “los antrópodos y roedores deberán ser objeto de un programa de control específico, el cual debe involucrar un concepto de control integral, éste apelado a la aplicación armónica de las diferentes medidas de control conocidas, con especial énfasis en las radicales y de orden preventivo”.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

Esta propuesta investigativa tienen como objetivo realizar un estudio evaluativo con el fin de aportar a la identificación de los factores de riesgo más relevante que inciden desde lo individual, institucional y el equipo terapéutico. En el proyecto de investigación es necesario precisar los métodos y técnicas de producción que permitan arrojar datos reales y medibles apropiados al tema de investigación. Aunque el método que se considera apropiado es el cualitativo que se basa desde los hechos y cualidades de los sujetos que habitan en una comunidad o grupo, estas son productora y reproductora de conocimiento, esta metodología puede aportar elementos que ayudaran a la construcción de la investigación desde su entorno. Es importante que:

(...) el investigador (sujeto) debe separarse de su objeto de estudio para poder generar conocimiento objetivo sobre él; hay una realidad de naturaleza objetiva, y los valores del investigador no deben influir en el proceso de conocimiento. (...) Los investigadores cualitativos, en cambio, postulan que la realidad es subjetiva e intersubjetiva, y ellos mismos, en tanto actores sociales intervinientes, contribuyen a producir y reproducir el contexto de interacción que desean investigar. (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005, p. 35)

Esta herramienta aportara desde lo teórico y epistémico para realizar un análisis reflexivo y responsable para identificar cuáles son esos factores de riesgo que más inciden en los procesos de reeducación de los adultos del programa de Casa Claret aportando a la institución y a los investigadores desde su práctica a generar nuevos conocimientos desde los sujetos, esta investigación cualitativa debe apoyarse en la cuantitativa herramienta complementaria para la verificación de los datos recolectados, por tanto “En la investigación cuantitativa, los supuestos epistemológicos también son relevantes; sin embargo, no se reflexiona tanto sobre ellos debido a que se asumen

como generales, como parte constitutiva de la práctica de investigación.” (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005, p. 36) según lo citado; para esta investigación es importante tener en cuenta los datos estadísticos a la hora de verificar lo que ha pasado con los usuarios que abandonan, inciden o reinciden en sus dos primeras fases del proceso terapéutico.

Hay diferentes estrategias metodológicas, entre las que encontramos:

La cuantitativa que utiliza los métodos experimentales, la encuesta y el análisis cuantitativo de datos secundarios, con las siguientes técnicas de producción de datos: Cuestionarios, Recopilación de datos existentes (censos, encuestas, estadísticas continuas) y la revisión de documentos, textos, entre otros. De la metodología cualitativa se utilizará el método de estudio de caso se realizará con una muestra de 12 usuarios entre los 20 y 30 años del programa Casa Claret de una población aproximadamente de 60, con las técnicas de producción de datos: Entrevistas, Observación no participante, Observación participante, Análisis de documentos (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert). Con el objetivo de realizar un análisis y comparar los datos que arroje la investigación, tanto desde lo planteado por la institución en la implementación del modelo de intervención para con los usuarios consumidores de SPA, además se considera que para obtener mayor información que permita un adecuado análisis de los resultados para las conclusiones finales y recomendaciones luego de una apropiada triangulación con los métodos y técnicas de producción de datos que aporta la metodología cuantitativa.

Para identificar cuáles son los factores de riesgo que más inciden en la deserción e incidencia y que se acomode a los diferentes perfiles de los usuarios consumidores de SPA. Ya que en el contexto de la comunidad terapéutica se evidencia altos índices de deserción y recaídas de los usuarios egresados. Además brindará elementos metodológicos y conceptuales que podrán ser utilizados y consultados por los estudiantes de la Fundación Universitaria Claretiana (UNICLARETIANA) que se quieran acercar a esta problemática mediante los semilleros de investigación. Por tanto se opta

por un estudio evaluativo desde lo cualitativo y el análisis del material recolectado generen los resultados esperados.

3.2 Enfoque metodológico

Acorde al objeto de estudio sobre farmacodependientes, el enfoque metodológico que se adoptó fue la cualitativa y cuantitativa ya que estos dos elementos permiten realizar un acercamiento a la investigación para la interpretación de los datos que se vayan recogiendo durante esta, el periodo en el cual se realiza esta investigación es entre los años 2014 y 2015, acorde a lo mencionado sobre la investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se realiza la investigación desde este enfoque metodológico a partir de toda la información que se fue recolectando desde una caracterización en su contexto en la fundación Hogares Claret, entre otros autores que desde diferentes investigaciones hablan sobre el tema de factores de riesgo, farmacodependencia y algunos conceptos derivados de esta. Por tanto “Los enfoques metodológicos determinan el diseño del trabajo de una Tesis y, además, representan el posicionamiento del investigador frente a la realidad a investigar.” (Palazzolo & Vidarte Asorey, 2013, prr. 11) y:

(...) de aquí, ha ido naciendo, en los últimos 25 o 30 años, una gran diversidad de métodos, estrategias, procedimientos, técnicas e instrumentos, sobre todo en las ciencias Humanas, para abordar y enfrentar esta compleja realidad. Estos procesos metodológicos se conocen hoy, como el nombre general de Metodologías Cualitativas.” (Martínez M., 2006,p. 2)

Ante lo citado la elección del caso obedece a que hay muy pocas evaluaciones del modelo sistematizadas expuestas en los antecedentes, por lo tanto hay poca información al respecto que se pueda utilizar en el actual trabajo como punto de partida, en la comunidad Terapéutica para farmacodependientes se realizara una evaluación cualitativa y cuantitativa la que integra la experiencia del ex adicto (operador) con la

participación de profesionales en el área social diferentes especialidades el que ha tenido un mayor impacto, sin embargo, aun en este modelo de Comunidad Terapéutica, se presentan significativas cifras de abandonos o egresos irregulares y reincidencias en el consumo de psicoactivos en usuarios que se encuentran en las dos primeras fases, el aporte que se pretende dar es la identificación de los posibles factores de riesgo a nivel familiar, social y educativo laboral que inciden en estas cifras (abandonos, recaídas y reingresos) , para que la investigación pueda trascender o aportar aquellos elementos teóricos y metodológicos que afecten de una manera no objetiva el proyecto y los usuarios y se le dé más importancia a estos factores hallados, con el objetivo de optimizar los servicios ofrecidos y se aumente el impacto en la permanencia y sobriedad en sus egresados.

El estudio de caso: Se utilizara como herramienta investigativa para ahondar en aspectos importantes del tema de investigación, en la evaluación del modelo de intervención utilizado en la Fundación Hogares Claret y su influencia en la recuperación de los usuarios consumidores de SPA. Para ello se realizará **entrevistas** (usuarios, familias y miembros del equipo), **encuesta** (usuarios y equipo interdisciplinar), **cuestionario de evaluación de actividades** (área profesional), **revisión documentos seguimiento** (textos, entre otros), **entrevista de factores de riesgo a Orientación y Referimiento** (encargado del área) en los usuarios entre 20 y 30 años activos entre 2014 y 2015.

Para la recolección de la información se implantarán las siguientes técnicas de recolección de la información:

3.2.1 Observación estructurada: se utilizará esta técnica porque arrojará datos tanto cualitativos como cuantitativos en la institución objeto de estudio con base en un esquema de aspectos que se quiere obtener información: Nivel de cumplimiento del objetivo del programa.

3.2.2 El cuestionario: se utilizará para que los investigadores recolecten información de los usuarios que pertenecen a los diferentes grupos de los programa optimizando el tiempo para Obtener la información requerida para ello se realizarán preguntas abiertas. Adicional se realizarán preguntas de profundización.

3.2.3 La encuesta: se realizará una encuesta con preguntas cerradas tanto a personal administrativo y asistencial de las Instituciones como a usuarios con el fin de recolectar datos que permitan arrojar información estadística acerca de la utilidad del programa.

3.2.4 La entrevista: se realizaran varias entrevistas con el fin de recolectar información importante de los usuarios, familias y profesionales individuales que arrojen brinden información para para el análisis.

Las herramientas para la recolección de la información serán: Diario de campo, etnografía (observación), grabadoras y procesador de texto. Cuya información permitirá ser organizada y sistematizada para posterior análisis.

3.3 Fases de la investigación: a continuación se presentan los momentos y etapas que se vivieron durante el proceso de investigación:

3.3.1 Revisión bibliográfica.

Ante las situaciones que se presentaron durante la búsqueda de la información para sustentar la importancia de los factores de riesgo, el equipo investigativo recurrió a la búsqueda en diferentes bases de datos virtuales y documentos en la fundación Hogares Claret donde se halla muy poca información con respecto al tema de investigación, se recurre a buscar información por parte del equipo de trabajo terapéutico de la fundación y la entrevista con uno de los profesionales de la fundación con 20 años de experiencia.

Se halla información importante sobre lo explorado con respecto a esta temática de farmacodependencia que es muy poco explorada. Durante la entrevista se le expone las 8 reseñas que se hallan a partir del texto que él presta para buscar quien habla sobre los factores de riesgo, encontrando desde esa bibliografía 20 autores que en su mayoría son empíricos y hablan desde experiencias realizadas con pequeñas poblaciones (usuarios) donde realizan experimentos desde los siguientes factores de riesgo (institucional, personal y con respecto al equipo terapéutico).

Durante la entrevista el da la opinión de replantear el trabajo y enfocarse directamente en estos tres factores de riesgo y poder enfocarse en la investigación directamente en las etapas de ingreso de los usuarios y así poder identificar cuáles son esas razones que influyen en las recaídas y abandonos.

Se indaga sobre las 8 reseñas de las cuales se toman los siguientes siete autores; De Leon, G, González González., Ministerio de la Protección Social., Navarro Botella, Rivolta , S. E., Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J. R. y Secades Villa, R., & Magdalena Benaventede información importante para el analisis de la informacion ya que se refieren a la importancia del tratamiento desde lo individual, el institucional y el equipo terapéutico información secundaria importante para el análisis de la indagación primaria.

3.3.2 Socialización del a idea

Para el presente trabajo investigativo se realizaran dos acercamientos al programa Adultos Casa Claret. El primer acercamiento será para de forma muy general exponer al equipo clínico en reunión de staff el trabajo que se pretende realizar y obtener los permisos necesarios para continuar con el proyecto.

En el segundo acercamiento se dará a conocer el proyecto utilizando una presentación en Power Point, para dar a conocer el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, sub preguntas, objetivo general, objetivos específicos, la

justificación, el cronograma de actividades, además del consentimiento informado y el levantamiento del acta.

El tercer momento se realizara con los usuarios de la fundación con el fin de exponer el proyecto de investigación para que se enteren sobre que se trata este y cuál es el objetivo principal y exponerles la importancia de realizar este, ya que desde las experiencias de vida de cada uno darán un peso grueso a investigación desde los datos e información que se van recolectar tanto cuantitativos como cualitativos.

3.3.3 Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizara a partir de las siguientes herramientas; la encuesta, la entrevista, la observación no participante y un cuestionario.

Por tanto se realizara la recolección de información por grupos los duales, los cuales se dividirán dependiendo los espacios libres que se tengan durante el transcurso de día, constara de la siguiente forma para poder cumplir con cada una de las herramientas:

- Se realizara un taller de intervención con el grupo para tener un acercamiento a su proceso y además ellos se vayan identificando con la investigación la cual se va a realizar durante el año en el hogar.
- Se realizara la entrevista y el cuestionario con doce usuarios (organizado por grupos) donde cada uno de los investigadores realiza esta actividad a los usuarios del programa de Casa Claret que estén en sus dos primeros procesos terapéuticos.
- Se realizara la entrevista al grupo interdisciplinar terapéutico (trabajo social, psicología y educadores) donde se recolectara información valiosa la investigación y la indagación de los factores de riesgo en el área profesional.

- Se realizara desde el formato de observación no participante con el fin de evaluar sus competencias profesionales desde su trabajo terapéutico.
- Orientación y referimiento organizar entrevista
- Rastreo documental

3.3.4 Análisis de la información.

Razones para iniciación en los procesos del consumo y sus factores de riesgo en lo individual (Rompiamiento del vínculo familiar, desestructuración familiar y distanciamiento del individuo)

Lo que plantea Arnold & Osorio con respecto a la estructura sistémica familiar; es que esta debe estar siempre en armonía y cada una de sus partes aporten a la dinámica familiar en busca de estabilidad que fortalezca sus relaciones interpersonales y entre los subsistemas que lo conforman; el conyugal, filial, parental para que se fortalezcan y sean un sistema integrado, y consolidado como lo plantean (Arnold & Osorio, 1998) desde la teoría general de sistemas.

Ante lo hallado durante la investigación se puede decir que la mayoría de sus familias dentro de su estructura cuando uno de sus integrantes es consumidor, estas se convierten en coadictas generando cambios en la conducta, desequilibrio familiar, emocional, conyugal, la pérdida de normas, justificación del consumo, soledad, culpa, entre otros. Ante esto la familia y los factores de riesgo desde lo individual deben ser intervenidos ya que son los principales causantes de la enfermedad y durante el proceso el adicto debe ser atendido para volver a estabilizar su estructura y el joven consumidor pueda reintegrarse a los diferentes sistemas en que interactúa, tales como: el sistema; familiar, social, educativo laboral, político, económico y cultural.

Los doce usuarios entrevistados mayores de 18 años, en la entrevista en el Anexo uno, en la pregunta cinco; los doce entrevistados por diferentes situaciones familiares y sociales incurrieron en la experimentación como un factor de riesgo individual y esto conllevó a su carrera del consumo evidenciando lo siguiente: se identifican algunos de los factores de riesgo desde lo individual que predisponen a estos para que una de las partes del sistema familiar inicie un proceso de consumo y estos son; la falta de acompañamiento familiar, la depresión, la ausencia de padres, algún integrante en la cárcel, la separación de padres, un abandono, el poco reconocimiento entre padres e

hijos, el maltrato físico y verbal, la soledad, la poca integración familiar, la experimentación, las mentiras familiares, entre otros... serían factores de riesgo que potencialmente se convirtieron en situaciones determinantes en su problema de adicción. Por ende estos factores de riesgo individuales deben estar bien identificados en el proceso de tratamiento.

Estas razones pueden llevar a cada individuo a interferir con la estructura familiar, se genere una crisis la cual conlleva a diferentes problemáticas y situaciones que desintegren las relaciones parentales.

De estos usuarios se puede recoger lo siguiente: con respecto a los vínculos familiares; nueve pertenecen a familias de diferentes tipologías: monoparental, extensa y ampliadas, mientras dicen que no vivían con sus familiares y uno no responde, lo cual se podría decir que estructuralmente sus familias son cambiantes en la vida de los usuarios, porque algunos han vivido con: tíos, hermanos, abuelos, padres, entre otros. Durante el transcurso sus vidas en sus primeras etapas de su ciclo vital han tenido diferentes tipologías familiares, lo cual podría ser un factor de riesgo individual "Por todo lo anteriormente analizado es que podemos afirmar que los factores de riesgo familiares son los más significativos. Se determinó que los factores de riesgo familiar son fuertes componentes al momento de probar la droga." (Rivolta , 2012, p. 2). Ante estas situaciones pudieron haber incurrido en su consumo y este conllevar a la pérdida de su familia, su proyecto de vida, el trabajo, la educación, a una buena salud mental, del tiempo libre y el rompimiento de los vínculos familiares.

Para continuar con este análisis de lo investigado, es importante saber que hacían en sus tiempos libres ya que son otro factor de riesgo individual esencial en esta investigación, para corroborar la información en el Anexo uno pregunta seis ¿Qué hacían sus tiempos libres? se realiza la siguiente ponderación de los cuales; dos trabajaban, dos consumían alcohol, tres juegos de ocio, uno estar en la casa, otro salir con amigos, dos estudiaban, otro ir a visitar prostíbulos e ir a la playa, otro ir a discotecas, uno era deportista, otro escuchar música, ver películas, leer, chatear y cinco consumir, ante esto

cada situación ha conllevado a que la mayoría de ellos realizan actividades diferentes en las cuales se puede identificar que dos trabajaban y el resto pasaban con más tiempo libre realizando diferentes actividades (estar con novias, con amigos, solos, con personas negativas y otras compañías) que afectan los sistemas familiares, sociales, educativo-laborales, culturales y académicos; es importante considerar estos factores de riesgo en las entrevistas iniciales y de motivación, con el objetivo de direccionar su tratamiento y que se obtengan mayores resultados, minimizando así los egresos irregulares y reincidencias en el consumo durante su intervención.

Estas acciones que además de desestructurar el sistema familiar, también rompen la integración que se da entre sus relaciones como individuo (entre padre hijo, madre hijo, hijo padres) dependiendo del subsistema que lo conforma y que establecen unas condiciones de vida determinantes para la estructura familiar; que se divide en subsistemas los cuales tienen unas características propias que permiten una regulación y su actuación enmarcada en valores y principios que le garanticen su equilibrio y coherencia con el medio o el entorno donde conviven. Esta interacción permite establecer los comportamientos funcionales o disfuncionales que pueden afectar al individuo y su sistema familiar, además de lo cultural, lo biológico y social.

Para complementar lo que se ha venido exponiendo con respecto al rompimiento de los vínculos entre el individuo y su familia desde lo sistémico, es importante tomar lo que nos plantea González cuando se refiere a los factores de riesgo individuales:

Al hablar de los factores de riesgo sociales, asociados al consumo de drogas se pueden mencionar que existen una serie de elementos que motivan al individuo al consumo, entre ellas tenemos el grupo de amigos, el amigo íntimo drogadicto, la disponibilidad más cercana a las drogas, la crisis de valores, déficit de áreas y alternativas recreativas. Todas estas condiciones de riesgo se analizarán individualmente para así poder entender mejor el peligro que ocasiona a los individuos, alguna de ellas.” (González González, 2005, p. 5)

Que hacen parte de los individuales y estos deben ser importantes para fortalecer durante el proceso terapéutico al usuario, como un ser importante en lo social y familiar, además de fortalecer los vínculos familiares y se puedan identificar durante sus tres primeras etapas sus factores de riesgo y construir los factores de protección que fortalezcan su proceso.

3.3.4.1 Familias extensas y nucleares como un eje importante para el estudio de los factores de riesgo.

Para la mayoría de los usuarios entrevistados la ruptura de los vínculos se pueden convertir en un factor de riesgo que los predispone al consumo de sustancias psicoactivas, por falta de acompañamiento, apoyo, dialogo y comunicación lo cual conlleva una afectación de los vínculos familiares, Rivolta en sus planteamientos cuando habla que de los factores de riesgo familiares, es importante conocerlos y saber su génesis, lo confirma el hecho de que en la familia se pueden encontrar los factores de riesgo que afectan su estructura por causa del consumo o reincidencia en uno de sus miembros, de allí la importancia y necesidad de encontrar en lo personal lo que les lleva a evadir su realidad o profundizar en las relaciones y roles familiares en búsqueda de estos que atentan contra su dinámica.

Las tipologías que se evidenciaron en las encuestas antes de iniciar su consumo de drogas, en el Anexo uno se identifican que algunos vivieron con algún familiar; tíos, hermanos, abuelos, entre otros. Conllevando a que estas diferentes tipologías familiares las siguientes: nucleares, monoparentales, compuestas y extensas, en algún momento de su vida pudo haber sido para los usuarios un hecho traumático, ya que su estructura familiar desde niños no fue funcional, esto conlleva a que la familia se desestructurara y cambiaran los roles, y/o en algún momento de la vida no estuvieran padre ni madre y el hijo tendría que crecer solo siendo permeable a diferentes factores de riesgos sociales, culturales, académicos, laborales, políticos, familiares, entre otros... conllevando a que cada uno de ellos tomara la decisión de consumir para suplir sus vacíos emocionales o evadir sus realidades.

Ante lo mencionado no se quiere decir que la no funcionalidad de la familia sea la única causante del consumo, pero que en algunos casos puede ser un factor de riesgo individual, esto se plantea desde lo sistémico cuando hace referencia al papel de cada individuo dentro de la familia como una parte de esta y el rol que debe cumplir, para que estén en armonía y para enfrentar las dificultades que se puedan presentar. Por tanto dentro del proceso que se lleve en la institución terapéutica la familia debe ser un pilar fundamental en el proceso y no se convertirse en un factor de riesgo institucional ni terapéutico ya que todos hacen parte del tratamiento y si uno de estos falla el proceso podría estar igualmente en riesgo, por ende es importante que las familias (extensa, nuclear u otra tipología) que estén en el proceso terapéutico de Casa Claret sean un factor protector para el usuario.

Es importante anotar que (González González, 2005), (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000), (Proyecto de Atención Institucional, 2010), (Proyecto de Atención Institucional, 2013), (Osorio Villa, 2012), (Sánchez C. C., s.f) y (Rivolta , 2012), ven el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como un problema global que de ser intervenido desde los tratamientos (privados y públicos), estos deben estar enfocados a eso, en un trabajo encaminado a la familia como factor primordial, el usuario como la necesidad o el problema del sistema y lo terapéutico como a herramienta que da respuesta a la necesidad del enfermo consumidor.

La familia, el modelo institucional y lo terapéutico deben aportar desde su acompañamiento al proceso de la reeducación del usuario, ya que la realidad que vive cada paciente se debe reconstruir desde sus propias realidades y sus hechos como una equivocación que tiene una solución, y un cambio para así reconstruir la armonía familiar y esta pueda volver a unir sus vínculos afectivos familiares, filiales y parenterales.

3.3.4.2 El tiempo de consumo y sus factores de riesgo ¿es un daño irreversible? Aquí se puede hablar de los factores de riesgo institucional y terapéutico.

“(…) los que permanecen en el tratamiento pueden diferir de los que se van antes de tiempo. Por lo tanto, la relación entre el éxito resultado y la retención podrían reflejar factores de auto-selección de clientes en lugar de efectos del tratamiento”. (De Leon, 1991, p. 232) ante esto el tiempo de consumo en los usuarios es diferente antes de iniciar un proceso terapéutico, ante esta situación es importante que el primer contacto de la institución con el drogodependiente se genere un diagnóstico tal como lo plantea De León; que el primer contacto con el usuario se deben identificar sus factores de riesgo desde lo individual, su tiempo de consumo para direccionar su intervención y sobre este tema se hablara más adelante ya que sus problemáticas son multicausales.

Hablar del tiempo de consumo es importante, ya que desde ahí se puede evidenciar que tan avanzada esta la enfermedad en cada uno de los usuarios y esto conlleve a un buen tratamiento según como lo plantea Secades y Fernández cuando se refiere a un tratamiento donde la retencion depende de un buen diagnostico inicial, “Es decir, la retención y el abandono son el resultado de una interacción compleja entre determinadas características de los pacientes y los parámetros del tratamiento.” (Secades Villa & Fernàndez Hermida, 2000, p. 9)

Cuando el consumo es abusivo, los riesgos en el usuario aumentan desde lo físico, mental, espiritual y su proyecto de vida, perdiendo el sentido y haciendo un daño social que muchas veces estas situaciones degradan al ser humano y lo llevan a sus extremos perdiendolo todo.

Ante lo mencionado el tiempo de consumo de estos 12 usuarios entre los 20 y 30 años; se podría decir que el promedio de consumo de cada usuario por la muestra tomada de los 12 usuarios es de aproximadamente 15 años ver Anexo uno pregunta cuatro. El tiempo de consumo si es fundamental, porque el cuerpo necesita además de una desintoxicación, un tratamiento terapéutico y psicosocial que ayude al

reconocimiento y aceptación de su enfermedad que ayude a limpiar su mente, cuerpo, alma desde cuatro pilares⁷ (espiritualidad, meditación trascendental, intervención familiar y pedagogía Scout) los cuales se fundamentan para intervenir y no se presenten como un factor de riesgo desde lo terapéutico e interfiera en las evasiones o los egresos irregulares que se dan gracias a un mal diagnóstico o poco conocimiento de la historia de vida de cada usuario, y se lleve a cabo un protocolo de atención tal como lo plantea el modelo terapéutico y si esto ocurriera los factores de riesgo institucionales podrían también interferir con los procesos ya que la fundación trabaja con la finalidad de que el usuario recupere su vida integralmente y si esto no se cumple pondría al modelo a replantear que pasa con los egresos irregulares y que está fallando desde la atención, por eso es importante realizar un buen diagnóstico a cada usuario para que evitar estos factores de riesgo. A continuación se presentan algunos interrogantes que podrían ser factores de riesgo tanto en lo institucional como el equipo terapéutico.

¿Qué llevo a consumir a estos usuarios?, dentro de la investigación se halla lo siguiente con respecto al porque inician su carrera dentro del mundo de las drogas, los cuales serían sus factores de riesgo individuales: los doce usuarios plantean lo que los llevo a consumir; influencia de amigos, falta de aceptación, tener mucho tiempo libre, consumo de uno de los padres y querer ser igual, descuido de los padres, evadir la realidad, despecho, experimentación, separación de los padres, maltrato físico, violencia intrafamiliar, ausencia del padre y la depresión.

Ante las situaciones que estos usuarios exponen y dan razones del porque llegaron a consumir, se puede analizar que el estudio de factores de riesgo desde lo

⁷ Nos basamos en la **Comunidad Terapéutica** cuyo propósito es la autoayuda y ayuda mutua. Es un modelo pedagógico - educativo, articulado con cuatro grandes elementos que se manifiestan a lo largo de todos los programas, ellos son: [Espiritualidad \(Formación en valores\)](#), Educación basada en la Consciencia ([Meditación Trascendental y yoga](#)), [Intervención familiar y Pedagogía Scout](#), cuatro pilares fundamentales que convierten el modelo Terapéutico en un escenario de integralidad, en el que no sólo se rescata el ser, sino su estructura de valores y sentido de vida. Tomado de: Fundación Hogares Claret. Recuperado en: <http://www.fundacionhogaresclaret.org/index.php/nuestros-pilares>.

individual son fundamentales para identificarlos, se evidencian que estas situaciones son multicausales y los diferentes hechos que cada cual expone no son una evidencia determinante de los hechos, así como lo plantea Rivolta el “entorno. Ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, están por encima de los otros, ni son la única causa del consumo, siempre podremos hablar de probabilidad pero no de determinantes.” (Rivolta, 2012, p. 4) por tanto las probabilidades pueden ser muchas y no un hecho no puede ser medido ni visto como un determinante de la situación ya que esta debe ser estudiada por el equipo técnico para enfocar su tratamiento hacia un proceso que cumpla con los objetivos propuestos.

Ante los factores de riesgo individual del usuario y su deseo de cambiar su vida se puede evidenciar que hay factores de riesgo familiares, sociales e individuales que pueden ser fundamentales durante el trabajo en las dos primeras fases de su proceso, ya que en estas el objetivo es identificar cuáles son los posibles causantes de su adicción, y aquí es donde cobra importancia la primera entrevista del usuario.

3.3.4.3 El efecto de las drogas y sus consecuencias factores de riesgo terapéuticos e institucionales.

Los efectos de las drogas son diferentes de acuerdo a su clasificación lo que ha dejado secuelas a nivel psicológico, social y familiar, por esto es importante identificar cual es la sustancia problema, teniendo en cuenta que todos son poli-consumidores de SPA, esta información es importante en la medida que aporta elementos significativos para la retención, prevención de recaídas y abandonos de los usuarios durante sus primeras fases, tema que se hablara más adelante en el capítulo dos.

Se logra identificar que las drogas más usadas entre los usuarios y que generan mayor grado de adicción son: el basuco, el licor, la heroína, el perico, la cocaína y la marihuana. El consumo de estas sustancias afectan la forma de ver, sentir y percibir el mundo a su alrededor. Para acceder a la sustancia objeto de su adicción realizaban diferentes actividades; trabajar, manipular, robar, vender drogas, vender objetos personales, pedir y mentir.

¿Qué perdieron con el consumo y que fue lo que más los afectó? lo que perdieron con el consumo y lo que más los afectó fue; lo social, lo laboral lo académico, lo familiar, lo político y lo cultural, en la mayoría de ellos su gran falencia fue la irresponsabilidad y la falta de aceptación de su problemática, ya que el consumo con el tiempo lo llevo a perder sus familias y a ser señalados por sus condiciones de consumidores.

3.3.5 Las Causas del Abandono y los Factores de Riesgo que Inciden. Factores de riesgo terapéutico e institucional.

“En definitiva, la definición del concepto de abandono terapéutico hace referencia a la interrupción de un determinado tratamiento antes del tiempo programado y por decisión del paciente.” (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 2)

Como lo plantea el autor es en estas dos primeras fases (factor de riesgo terapéutico) donde se presentan los egresos irregulares, lo que significa que es aquí donde se deben incrementar estrategias de retención efectivas para que el impacto sea mayor y se disminuyan las altas cifras de deserción.

No obstante, parece bastante evidente que los factores relacionados con el abandono tienen que ver con una combinación de las características individuales y situacionales, con especial énfasis en los procesos o parámetros del tratamiento. Es decir, la retención y el abandono son el resultado de una interacción compleja entre determinadas características de los pacientes y los parámetros del tratamiento. (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 9)

Las tres principales causas de abandono de los programas tienen sus orígenes en los factores de riesgo (institucional) relacionados con lo personal, el modelo de intervención y la injerencia de los terapeutas en los procesos grupales e individuales. Estos factores de riesgo (equipo terapéutico) son el poco compromiso personal, la presión familiar para realizar estos procesos, la excesiva autoridad de los educadores y/o poca formación, además de la heterogeneidad de los usuarios en el programa o

comunidades terapéuticas, que además tiene que ver con el modelo de intervención y la necesidad real de los usuarios:

Existe una fuerte evidencia de que la mayoría de los abandonos ocurren en su mayoría en las primeras fases de tratamiento (Baekelend y Lundwall, 1975; De Leon, 1991; Kooyman, 1993/1996; Secades, Fernández Rodríguez y Fernández Hermida, 1998) y de que estos abandonos son, además, los más graves los que tienen peor pronóstico.” (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 5)

Y

“Se proponen tres tipos de estrategias: las relacionadas con los pacientes, con los parámetros del tratamiento y las que tienen que ver con los terapeutas”. (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 1)

La motivación del usuario es fundamental para que se den buenos resultados, es necesario tener en cuenta en el proceso de ingreso en la parte motivacional, porque se ingresa, si hay un deseo real de cambiar el estilo de vida o hay otras presiones que obligan a los internamientos, como la familiar, de ser así estos procesos están condenados al fracaso y por supuesto a los abandonos prematuros de los programas. Como bien lo plantea (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000):

Entre las *variables individuales* se pueden distinguir, a su vez, tres tipos: variables *sociodemográficas*, variables de “*estado*” (que se refieren al perfil general de gravedad) y variables “*dinámicas*”, que se corresponderían con los aspectos disposicionales del paciente, tales como la motivación hacia el cambio y la actitud general ante el tratamiento. (p. 3)

Además:

También se habla, dentro de las variables individuales, de las variables *fijas*, que incluyen las demográficas y los antecedentes (de la historia del individuo) y las variables *dinámicas* que se refieren a las circunstancias y la motivación bajo las

cuales los pacientes ingresan en el programa de tratamiento. (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 3)

La motivación juega un papel importante en los procesos individuales, como por ejemplo la familia pues no están al margen de las situaciones dificultosas que se generaron por la adicción de uno de sus miembros, el buen uso del tiempo libre y aficiones que reporten al usuario o cliente estabilidad en el proceso, los programas además deben implementar actividades especiales al iniciar los procesos especialmente con el objetivo de motivar al usuario y reducir los abandonos irregulares. “Los sujetos que permanecen más tiempo en el programa son aquellos que cuentan con más aficiones, es decir, que ocupan mejor su tiempo libre y organizan de manera más eficaz los momentos en los que no hay actividades programadas durante el tratamiento.” (Secades Villa & Fernández Hermida, 200, p. 5)

Por otra parte, la implicación activa de la familia en el proceso terapéutico funciona también como un factor protector frente al abandono prematuro. El efecto beneficioso de la colaboración familiar sobre la evolución de los pacientes en los programas de tratamiento ya cuenta con una amplia evidencia empírica por ejemplo, Conner et al., 1998. (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 5)

Los procesos al igual que los diferentes modelos de intervención terapéutica deben estar en continua revisión de otra forma podrían convertirse en un factor de riesgo institucional, esto incluye el tiempo de duración, pero reducir el tiempo implica mejorar la intervención y cualificación de los equipos, esto implicaría también buscar e implementar otras estrategias y alternativas que aporten a los procesos para complementar el apoyo y acompañamiento de la psicología y el trabajo social, esto implica no oponerse al cambio. “Diversos estudios empíricos han demostrado que existen procedimientos eficaces para reducir las tasas de abandono, tanto en los tratamientos psicológicos o médicos en general, como en los programas de abuso de drogas en particular.” (Secades Villa & Benavente, 2000, p. 9)

3.3.6 Informe de la propuesta

Una vez terminada la propuesta de investigación se realizara un informe que contenga las conclusiones y propuestas que consideró el equipo de trabajo al departamento de formación e investigación de la Fundación Hogares Claret, dirección regional y nacional, así como al equipo del Programa Adultos Casa Claret.

3.3.7 Socialización

La información resultante del proyecto de investigación será socializada con el equipo interdisciplinar del Programa Adultos Casa Claret en la reunión del staff que se realiza los días martes en la mañana.

3.4 Población beneficiaria

La población beneficiaria no solo son los usuarios del Programa Adultos Casa Claret de la Fundación Hogares Claret y sus familias, el mismo programa se beneficia de los resultados pues encontraría elementos que contribuyan a la consolidación del modelo de intervención tan reconocido y no solo a nivel nacional, pues es llevado a toda Latinoamérica a través de su escuela de formación, y por extensión se benefician los usuarios de otras comunidades terapéuticas.

3.5 Resultados esperados

Se espera de este proyecto de investigación que ayude a construir un marco y orientación para el Programa Adultos de la Fundación Hogares Claret y otras Comunidades Terapéuticas (CT), elementos para diseñar las políticas adecuadas para la intervención a todas las personas que necesitan tratamiento para este grave problema de farmacodependencia y para sus familias.

3.6 Consideraciones éticas

Para todo este proceso investigativo se contará con la autorización de la institución mediante documento escrito, la información que se recopile durante este proceso de investigación, se mantendrá bajo estricta confidencialidad salvaguardando las identidades de quienes van a participar en esta investigación, sin dar nombres, o pistas que delaten su identidad para no comprometer a ninguno de los usuarios ni profesionales de las institución. Se aclara que la participación de estos es voluntaria y una vez finalizada la investigación se dará a conocer los resultados a esta institución.

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Conocer el grado de adicción y el tipo de sustancias que consume el usuario en la entrevista inicial es de suma importancia, para ello la escala adictiva y su ubicación en ella permitiría elaborar un plan de acción y de intervención que reduciría la posibilidad de un egreso irregular o incidencia en el consumo, pues la retención y el abandono “son el resultado de una interacción compleja entre determinadas características de los pacientes y los parámetros del tratamiento.” (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 9).

Se convierte en una opción importante si se tiene en cuenta que en la muestra que se toma el tiempo de consumo es muy alto, lo que implica que la intervención desde lo terapéutico y lo psicosocial se debe particularizar, con el objetivo de generar conciencia y compromiso en el usuario, lo que aportaría a una mayor retención y superación del usuario de las primeras etapas que es donde se presentan la mayor cantidad de abandonos. Como bien lo plantea (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000) al afirmar que “la retención y el abandono son el resultado de una interacción compleja entre determinadas características de los pacientes y los parámetros del tratamiento”. (p. 9).

No solo en el Programa Adultos de la Fundación Hogares Claret se presenta este fenómeno, es una situación que se presenta comúnmente en las comunidades terapéuticas en general, planteado por los siguientes autores:

Existe una fuerte evidencia de que la mayoría de los abandonos ocurren en su mayoría en las primeras fases de tratamiento (Baekelend y Lundwall, 1975; De Leon, 1991; Kooyman,1993/1996; Secades, Fernández Rodríguez y Fernández Hermida, 1998) y de que estos abandonos son, además, los más graves los que tienen peor pronóstico.” (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 5)

Todos los factores de riesgo (lo individual, institucional y el equipo terapéutico) que inciden en los egresos irregulares en el programa se enmarcan en tres aspectos: las situaciones individuales que están en la mayoría de los casos afectadas por las

relaciones familiares, el tratamiento (modelo de intervención) y la intervención de los educadores, “Se proponen tres tipos de estrategias: las relacionadas con los pacientes, con los parámetros del tratamiento y las que tienen que ver con los terapeutas”. (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000, p. 1)

En la entrevista motivacional que debe ser realizada al primer contacto con la comunidad terapéutica cobra una gran importancia, esta arrojaría información valiosa para la intervención como; la motivación personal, los antecedentes del usuario o sea la historia personal y hasta la familiar.

Es evidente por el trabajo realizado en el Programa Adultos Casa Claret que el tiempo de duración del tratamiento se podría convertir en un factor de riesgo institucional, o justificación de los egresos irregulares en las dos primeras fases, lo que debe llevar a quienes se encuentran al frente del programa y de la Fundación Hogares Claret a considerar acortar el tiempo de proceso o considerar tiempos menores para aquellos usuarios cuyo deterioro físico y psicológico es menor, teniendo en cuenta tiempo de adicción y sustancia objeto de su adicción, por lo que el programa debe tener en cuenta las necesidades de cada usuario para identificar y direccionar de una forma más efectiva la identificación de los factores de riesgo y protección, con el objetivo de determinar acciones preventivas en lo personal y sistemas en los que interactúa.

La población es muy heterogénea lo que podría afectar el trabajo individual, situación a la que se agrega que tales pacientes no se caracterizan en una importante optimización del trabajo individual de manera que se reduzcan los tiempos de internamiento o de proceso, un filtro en el modelo de intervención permitiría identificar los diferentes perfiles de los usuarios, que equivaldría a una mejor eficacia en la intervención y por ende de una mejor calidad de vida, de manera que se logre una futura reinserción efectiva a los diferentes sistemas de los que hace parte y aporta como personas “libres, sobrias y dignas”, aunado a que hay un interés creciente por los resultados que va arrojando el programa, en el sentido en que el proceso de atención, orientación y rehabilitación sean suficientemente efectivos para todos los usuarios que por varias circunstancias de su vida han llegado al mundo de las drogas.

Lo hallado durante esta investigación lleva al equipo de trabajo a centrarse en diferentes aspectos fundamentales para el mejoramiento del modelo de intervención con respecto a los factores de riesgo individual, y terapéutico (lo individual, institucional y el equipo terapéutico.), ya que las fases de tratamiento en el proceso del abuso del farmacodependiente, su sobriedad física, mental con llevan a tener claro diferentes aspectos sobre la historia de cada paciente, su inicio en las drogas, los factores familiares e individuales que influyeron para el consumo, el tiempo de consumo, los procesos terapéuticos que han tenido, tipos de drogas consumida, los factores; sociales, económicos, políticos, educativos, laborales, relacionales y espirituales afectados por el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) entre otros... son determinantes para la el programa y el equipo interdisciplinar para cumplir los objetivos propuestos, que es llegar a su reintegración a la sociedad y reestablecer la estructura de la familia coactiva como parte del proceso de la adicción, no solo del usuarios sino de su sistema familiar que debe adquirir herramientas para fortalecerse su dinámica interna y volver a ser una familia funcional.

Ante lo expresado el (Ministerio de la Protección Social, 2004) sustenta lo dicho anteriormente ya que:

(...) las fases o etapas de la terapia familiar de utilidad en el tratamiento de los consumidores/abusadores de SPA se destacan: la etapa de orientación y contacto, la cual tiene como propósito la comprensión del problema por parte de las familias y las alternativas que existen para enfrentarlo, así como brindar la esperanza de que es posible la recuperación de su miembro afectado; la etapa educativa que busca capacitar a la familia en diferentes aspectos de la enfermedad adictiva, los factores que interactúan, el proceso terapéutico, con el fin de conseguir su comprensión de la problemática y su apoyo. Igualmente busca reestructurar la actitud frente al problema y dotarle de herramientas para la solución de los problemas conexos al consumo. La etapa de evaluación familiar que se realiza individualmente e incluye a toda la familia del drogodependiente, buscando reconocer la estructura y las formas disfuncionales que deberán tratarse

y la intervención familiar propiamente dicha con la cual se busca modificar las relaciones disfuncionales y estructuras patológicas.” (p. 27)

Por lo cual las familias deben participar en su propio proceso desde los talleres y programas que la fundación brinda para el fortalecimiento del núcleo familiar y el consumidor, por ello cada uno de los teóricos presentados en el trabajo que hablan sobre los factores de riesgo (desde lo individual, institucional y el equipo terapéutico.) y su importancia de estudiarlos durante las primeras etapas son y serían la mejor estrategia para evitar en cualquier programa o modelo de atención en farmacodependencia los abandonos y recaídas en el inicio de sus procesos.

Aunado a lo que se ha mencionado en los hallazgos de la investigación y el modelo del programa de la fundación para adultos en Casa Claret es importante resaltar que es un proyecto que se enfoca en los factores protectores entre, ellos las familias, las terapias de vinculación, la identificación de los factores de riesgo, la rehabilitación física y mental desde sus cuatro pilares para fortalecer la terapia y esta sea asertiva, pero también es importante aclarar que el modelo necesita ser actualizado y realizar un estudio a fondo con respecto a las primeras entrevistas de los usuarios, donde se deben preguntar ¿Quién las realiza, ¿Cómo se realiza la orientación? ¿La identificación de los factores de riesgo? ¿Cómo se realiza la auto-selección del momento del ingreso?

Rivolta (2012) plantea en su texto como deben ser los programas y ante esto retoma lo que dicen algunos autores como; Kumpfer, 1996., Webster-Stratton, 1981, 1982, 1984., Szpocznik's, 1996., Farrington y Hawkins, 1991. Quienes hablan sobre estos donde los programas deben ser;

Programas integrales: es utilizar las herramientas necesarias para llegar a concretar los objetivos propuestos.

Programas dirigidos a toda la familia e integrados en los diferentes momentos del ciclo familiar.

Programas basados en el conocimiento de los factores de riesgo y protección.

Programas basados en las acciones de prevención.

Programas adaptados a las necesidades de cada comunidad. (p. 10)

Lo cual debe implicar un trabajo en conjunto desde el primer contacto del programa con el usuario y su familia completa en lo posible para fortalecer las fases iniciales del proceso que vivirá el usuario en el programa de atención al consumo, este se debe realizar integralmente tomando todos los aspectos relacionales del ser social, cultural, político, económico y espiritual enfocado a su proyecto de vida y su reintegración limpio y sobrio de su condición de adicto.

Para que estos tratamientos sean efectivos en los modelos de atención De León (1991) plantea lo siguiente "(...) la predicción de la finalización del programa o el éxito después del tratamiento es deficiente debido a que estos resultados son puntos en el proceso de recuperación que por lo general dependen de un tratamiento a largo plazo retención." (p. 244) basados directamente en el lugar de atención del paciente ya que este está alejado de los factores que inciden en su riesgo de consumir, ante esto la intervención debe estar centrada desde el inicio hasta el final con estrategias claras que no ahoguen al paciente, sino que lo lleven a la reflexión para su elaboración de problemáticas y recuperación satisfactoria de su tratamiento.

5. PROPUESTA

El trabajo realizado desde la investigación se enfocara en el análisis y no se realizara ninguna propuesta de intervención, ya que los resultados y hallazgos serán socializados con el equipo interdisciplinar del programa Casa Claret, por ende es importante resaltar que la investigación pretende realizar un estudio evaluativo que ayudara a identificar los factores de riesgo que más inciden en las recaídas y abandonos del programa, para la resignificación de la vida de cada uno de los consumidores que están en tratamiento.

El propósito es dejar algunas recomendaciones que fortalezcan el diagnóstico inicial desde el primer contacto del usuario con la fundación, lo cual conlleve a conocer las incidencias que lo llevaron en su caminar del consumo, así se podría bajar los índices de recaídas, abandonos y se acomode a los diferentes perfiles de los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas (SPA).

Se brindaran en el trabajo elementos conceptuales para próximas investigaciones que se deseen realizar y el trabajo está dispuesto para que otros investigadores puedan efectuar un propuesta de intervención que aporte al fortalecimiento del modelo terapéutico de la fundación orientado a los factores de riesgo.

6. CONCLUSIONES

- El trabajo realizado en la Fundación Hogares Claret programa adultos Casa Claret correspondiente a la evaluación de los factores de riesgo del modelo de intervención en la muestra tomada con doce usuarios, arrojó resultados significantes para la investigación, la fundación y para los investigadores, deja nuevos conocimientos profesionales que corresponden al área de la Farmacodependencia, elementos teóricos que ayudan a fortalecer la praxis, metodologías y conocimientos epistémicos fundamentales durante este caminar profesional en el terreno de las ciencias sociales.
- La importancia del estudio de los factores de riesgo (lo individual, institucional y el equipo terapéutico.) que durante el trabajo se centró en tres aspectos; el individual, el institucional y el equipo terapéutico que son esenciales dentro de un modelo terapéutico, la información que se toma de Gonzales, Secades, Fernández se concluye que la relación que hay entre la retención del usuario, el modelo terapéutico y sus factores de riesgo individuales y familiares son la clave para un buen proceso durante las dos primeras fases del tratamiento, ante esto las recaídas y abandonos de usuarios y su retención dependen de un buen diagnóstico inicial en sus dos primeras fases (Ingreso y Progreso. Especialmente en las etapas de acogida e identificación), por tanto el grupo interdisciplinar y quienes realicen la primera entrevista son la clave para conocer la génesis de estas familias, los factores de riesgo familiar e individual son los primeros causantes de estos abandonos durante el proceso, ante esto la mayoría de los abandonos ocurren en estas primeras fases cuando no se han identificado las causas principales del consumo y esto es hablado por Baekelend y Lundwall, 1975; De Leon, 1991; Kooyman, 1993/1996; Secades, Fernández Rodríguez y Fernández Hermida, 1998, ya que los abandonos continuos en este inicio de sus terapias son los más graves los que tienen un futuro un mal pronóstico (Secades Villa & Fernández Hermida, 2000).

- Evaluar el modelo de intervención desde los tres factores: individual, familiar y terapéutico deja a la fundación una herramienta para seguir investigando con respecto estos, ya que cada día el consumo se acentúa más siendo este el flagelo de la sociedad que debe ser atendido por el sector privado y público. Por tanto nacen algunas preguntas que pueden ayudar a fortalecer aún más este modelo que ante los cambios del contexto hay que reinventarse, evaluar y proyectar nuevas estrategias para fortalecer el modelo desde los factores de riesgo terapéuticos.
- Además es importante generar nuevos conocimientos teóricos con respecto a los factores de riesgo que inciden en los abandonos e incidencias en el consumo en las comunidades terapéuticas, con respecto al tema hay poca información e investigaciones y no solo en Colombia. La poca información que hay sobre el tema es producto de experimentos realizados en los EEUU con respecto a las altas tasas de abandonos que se presentan en las fases iniciales del tratamiento. Entre los pocos teóricos que se han preocupado por el tema están; Secades, Fernández Rodríguez y Fernández Hermida (1998), Higgins et al.(1994), Ochoa, Cebollada e Ibáñez (1994), Stanton et al. (1984), De Leon (1991), Sisson y Azrin (1986), Panyard, Wolf y Dreachslin (1979), Simpson (1979), Torrens, Castillo y Pérez-Sola (1996), Conner et al. (1998) y uno sus principales teóricos que investigan sobre la retención y lo motivos de abandono durante las primeras fases es George De León quien se podría tener en cuenta para las futuras investigaciones.
- El rastreo bibliográfico, la información recolectada con las herramientas metodológicas y análisis de la información dejan una conclusión muy importante con respecto a los factores de riesgo familiar e individual; que ambos influyen de manera negativa en el consumo de los usuarios y esto podría ser un elemento fundamental para trabajar durante la primera fase del tratamiento, teniendo en

cuenta que en lo familiar e individual se encuentran los factores que más inciden en el consumo de sustancias.

- Los factores de riesgo terapéuticos deben ser en lo posible identificados en la primera fase para poder generar un proceso efectivo y aumentar la retención, además de un diagnóstico donde se identifiquen los factores de riesgo principales individuales y familiares “con el fin de incrementar la motivación de los pacientes y, por tanto, reducir las tasas de abandono prematuro. Por último, se hace necesario la realización de investigaciones centradas en la relación entre los factores del tratamiento y la retención...” (Secades Villa & Benavente, 2000, p. 6)
- La familia está expuesta a que el incremento de sustancias en todo el país y en especial en la ciudad de Medellín afecte el funcionamiento del sistema familiar en forma directa, atentando contra los roles, valores, la comunicación, la autonomía, las relaciones personales e interpersonales, la educación formal y la informal, la salud, lo afectivo, lo laboral, lo religioso, lo cultural, entre otros... esta situación lleva a los padres y madres de familia a reconstruir su subsistema familiar dependiendo las situaciones que estas estén viviendo, sea de coacción, desintegración, exclusión, por enfermedad, abandono, maltrato, entre otras, y es por ello que en algunas ocasiones el subsistema familiar se ve afectado.
- Para concluir este trabajo de investigación sobre las recaídas y abandonos de los usuarios en sus primeras dos fases del tratamiento, la clave del proceso se enfatiza en varios elementos; un buen diagnóstico inicial, conocimiento de sus factores de riesgo individual, familiar, terapéuticos y un trabajo interdisciplinar que fortalezcan estas dos primeras fases, de un análisis constante del modelo correspondiente a la atención terapéutica y el fortalecimiento de lo metodológico con los planteamientos de los autores que se han reseñado durante esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Restrepo Zea, M. L. (2011). medellin.gov.co. Obtenido de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Publicaciones/Documentos/Encuesta%20Calidad%20de%20Vida/ECV2011/Perfil%20Comuna%2009%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%202011>
- Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *revistas.uchile.cl*, 40-49. Obtenido de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26455/27748>
- Cascante, L. G. (2010). *entremaestros.files.wordpress*. Obtenido de <https://entremaestros.files.wordpress.com/2010/02/el-paradigma-positivista-y-la-concepcion-dialectica-del-conocimiento.pdf>
- Centros de integración Juvenil, A. C. (s.f.). Obtenido de https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjFl6nzwMXQAhUBeSYKHao_AqEQFggaMAE&url=http%3A%2F%2Ftesis.uson.mx%2Fdigital%2Ftesis%2Fdocs%2F7956%2FCapitulo1.pdf&usg=AFQjCNGgJNLIT2KfThCIVII10XWyrGWr1w
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas de Vida. (Diciembre de 2010). *es.scribd.com*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/93561731/comunidades-terapeuticas>
- De Leon, G. (1991). Retention in Drug-Free Therapeutic Communities. En R. W. Pickens, C. G. Leukefeld, & C. R. Schuster, National Institute on Drug Abuse Research Monograph Aph Sries Improving Drug Abuse Treatment (pp. 225-251). New York: research monograph aph sries.

García, M. R. (2011). Pensamiento Sistémico y Comunicación . Razón y Palabra , 1-13.
Obtenido de http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/monotematico_75/29_Rizo_M75.pdf

González González, O. (2005). Factores de riesgo en el consumo de drogas en los estudiantes de la Escuela de Arquitectura, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 2000. Multiciencias, 5 (1).

Hellinger ciencia. (s.f). Obtenido de <http://www2.hellinger.com/es/home/>

Herrero, J. (2002). 01.sil.org. Obtenido de <http://www-01.sil.org/training/capacitar/antro/funcionalismo.pdf>

Instituto Erickson Madrid. (s.f). [institutoericksonmadrid.com](http://www.institutoericksonmadrid.com). Obtenido de <http://www.institutoericksonmadrid.com/milton-erickson>

Meditacion Trascendental. (2014). Obtenido de <http://www.meditaciontrascendental.es/maharishi>

Ministerio de la Protección Social. (Octubre de 2004). [mamacoca.org](http://www.mamacoca.org). Recuperado el 16 de 05 de 2016, de http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Actualizacion_guia_atencion_farmacodependencia_2_.pdf

Navarro botella, J. (2000). [google.com.co](http://www.google.com.co). Obtenido de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjt8pjrmsrQAhVGJiYKHrYrXDbgQFggkMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.pnsd.msssi.gob.es%2Fprofesionales%2Fpublicaciones%2Fcatalogo%2FbibliotecaDigital%2Fpublicaciones%2Fpdf%2Ffa>

Osorio Villa, M. M. (2012). Experiencia Profesional Dirigida en la Corporacion para Vanegas que brinda Tratamiento a Poblacion Masculina Cuya Problematica es la Sustancias Psicoactivas. Medellin.

Palacios H, J. (Marzo de 2013). [enlinea.cij.gob.mx](http://www.enlinea.cij.gob.mx). Obtenido de http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Palacios_Juan.pdf

Pons Diez, J. (20 de Junio de 1999). [cedro.sld.cu](http://www.cedro.sld.cu). Obtenido de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>

Profesorenlinea. (s.f). [profesorenlinea.cl](http://www.profesorenlinea.cl). Obtenido de <http://www.profesorenlinea.cl/universalhistoria/PensamientoHbreEvoluc/Estructuralismo.htm>

Proyecto de Atención Institucional. (2010). Manual de Tratamiento para Adultos. Medellín.

Proyecto de Atención Institucional. (2013). Centros de atención en drogodependencias (CAD) para adultos y adolescentes hogares Claret. Medellín.

Quintero, A. (24 de Julio de 2013). [hemerotecabpp.wordpress](https://hemerotecabpp.wordpress.com). Obtenido de <https://hemerotecabpp.wordpress.com/2013/07/24/bibliografia-recomendada-comuna-9-de-medellin/>

Rivolta , S. E. (2012). Caracterización de los factores familiares de riesgo en el consumo de sustancias, en estudiantes de enseñanza media . Revista de Salud Pública, XVI(2), 67-81.

S.n. (17 de Junio de 2013). cerebromuerto.wordpress.com. Obtenido de <https://cerebromuerto.wordpress.com/2013/06/17/la-terapia-narrativa/>

S.n. (S.f.). Obtenido de <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/7956/Capitulo1.pdf>

Sánchez, C. C. (s.f). [academia.edu](https://www.academia.edu). Obtenido de https://www.academia.edu/4563933/Teoria_General_de_Sistemas

Sánchez, P. T. (25 de Febrero de 2010). petosan.blogs.uv.es. Obtenido de <http://petosan.blogs.uv.es/2010/02/25/el-enfoque-estructural-de-salvador-minuchin/>

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). bibliotecavirtual.clacso.org.ar. Recuperado el 22 de Febrero de 2015, de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/metodo.html>

Secades Villa, R., & Benavente, M. (2000). Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. *Adicciones* , 12(3), 365-371.

Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 352-363. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/646/635>

Sevilla Carnero, L., Barrantes Sandoval, S., Quevedo Linares, T., Garayar Solano, L., Castro Deza, L., Motta Mariaca, J., . . . Rodríguez Falla, R. (Diciembre de 2010). es.scribd.com. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/93561731/comunidades-terapeuticas>

World Federation Of Therapeutic Communities. (s.f). [wftc.org](http://www.wftc.org). Obtenido de <http://www.wftc.org/mission.html>

ANEXOS

Anexo uno:

La información recolectada a los doce usuarios del programa Casa Claret se recolecto desde las siguientes herramientas que estarán anexas al final del trabajo;

- Encuesta dirigida a los usuarios de la fundación hogares Claret programa adultos. (Anexo uno)
- Encuesta dirigida a los usuarios de la fundación hogares Claret programa adultos recaídas, reincidencias y abandonos. (Anexo dos)
- Entrevista a los usuarios de la fundación hogares Claret programa adultos. (Anexo tres)

La información que se recolecta de la primera encuesta es la siguiente:

Nombre: MAURICIO GRAJALES Edad: 25 Tiempo en la institución: 8 meses

1. ¿Con quién vive en el hogar?:	Abuela, a veces padre
2. ¿Qué hacía sus tiempos libres	Trabaja a veces, tomaba y jugar
3. ¿Con quién permanecía en el tiempo libre	En compañía
4. ¿hace cuánto tiempo eres consumidor	7 años
5. ¿Qué causas te llevaron a consumir	Un compañero me influencio a consumir
6. ¿qué tipo de drogas consumía	Marihuana, perico y basuco
7. ¿Cuál considera que lo afectaba más	todas
8. ¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Trabajaba
9. ¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Me fue deteriorando y no fue conveniente

Nombre: PABLO ANDRES MANCO Edad: 34 Tiempo en la institución: 4 meses

1. ¿Con quién vive en el hogar?:	Vivía solo
2. ¿Qué hacía sus tiempos libres	Jugaba o está en la casa
3. ¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Con mi hijo y mis amigos
4. ¿hace cuánto tiempo eres consumidor	
5. ¿Qué causas te llevaron a consumir	Cuando estaba solo
6. ¿qué tipo de drogas consumía	Cocaína
7. ¿Cuál considera que lo afectaba más	El licor
8. ¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Trabajar
9. ¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Me quede sin trabajo por el consumo

Nombre: RAMIRO PEREZ Edad: 45 Tiempo en la institución: 4 MESES

1. ¿Con quién vive en el hogar?:	Mama, hermanos y sobrinos
2. ¿Qué hacía sus tiempos libres	Ir a piscina, jugar cartas, escuchar música, salir con amigos
3. ¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Con amigos
4. ¿hace cuánto tiempo eres consumidor	20 años
5. ¿Qué causas te llevaron a consumir	La falta de aceptación, y el tener tanto tiempo libre.
6. ¿qué tipo de drogas consumía	Marihuana, alcohol y basuco
7. ¿Cuál considera que lo afectaba más	El basuco
8. ¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Trabajaba, manipulaba y robaba
9. ¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Perdí mis trabajos por la irresponsabilidad, y otras veces no iba a trabajar por consumir.

Nombre: JHON PETER Edad: 42 Tiempo en la institución: 7 meses

1. ¿Con quién vive en el hogar?:	Consumir, visitar prostíbulos e ir a la playa
2. ¿Qué hacía sus tiempos libres	Amigos y algunos familiares
3. ¿Con quién permanecía en el tiempo libre	30 años
4. ¿hace cuánto tiempo eres consumidor	Mi papa consumía y yo quería ser igual.
5. ¿Qué causas te llevaron a consumir	Heroína, cocaína, marihuana, pepas, poper, ácidos y basuco.
6. ¿qué tipo de drogas consumía	El basuco y la heroína
7. ¿Cuál considera que lo afectaba más	Robaba, engañaba, manipulaba y vendía drogas.
8. ¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	No quería estudiar ni trabajar.
9. ¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	

Nombre: JUAN ESTEBAN ARANGO Edad: 28 Tiempo en la institución: 2meses

1. ¿Con quién vive en el hogar?:	Mis padres, 2 hermanos y una tía.
2. ¿Qué hacía sus tiempos libres	Estudiar, ir a discotecas.
3. ¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Con amigos, amigas y novia.
4. ¿hace cuánto tiempo eres consumidor	Licor 12 años, otras sustancias 9 años.
5. ¿Qué causas te llevaron a consumir	La aceptación en grupos sociales, amigos de la U, y sentirme engañado por mis padres al no decirme que era adoptado.
6. ¿qué tipo de drogas consumía	Alcohol, perico y marihuana.
7. ¿Cuál considera que lo afectaba más	Perico
8. ¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Trabajaba, robaba a mis padres y amigos me regalaban.
9. ¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Bajo mi nivel académico y laboral, perdí trabajos por irresponsabilidad.

Nombre: Oscar M. Ospina B Edad: 39 Tiempo en la institución: 9 meses

1. ¿Con quién vive en el hogar?:	Con mi mama, una sobrina hermana y cuñado.
2. ¿Qué hacía sus tiempos libres	Era deportista, luego consumía alcohol y drogas.
3. ¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Familia, amigos, esposa e hija y luego amigos y quede solo.
4. ¿hace cuánto tiempo eres consumidor	17 años
5. ¿Qué causas te llevaron a consumir	La aceptación de los amigos y el descuido de mis padres.
6. ¿qué tipo de drogas consumía	Cocaína
7. ¿Cuál considera que lo afectaba más	Cocaína
8. ¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Trabajar
9. ¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Irresponsable, faltaba al trabajo y me incapacitaba.

Nombre: ANDRES F. CORRALES Edad: 28 Tiempo en la institución: 12 Días

1.	¿Con quién vive en el hogar?:	Tía materna el esposo y dos hijos de ellos
2.	¿Qué hacía sus tiempos libres	Consumir, ver futbol, ocio
3.	¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Amigos de consumo
4.	¿hace cuánto tiempo eres consumidor	17 años
5.	¿Qué causas te llevaron a consumir	Primero el gusto queme generaba la nota y desde los 22 años por evadir la realidad
6.	¿qué tipo de drogas consumía	Marihuana, perico, pepas
7.	¿Cuál considera que lo afectaba más	Todas pero la marihuana era por la cual hacia cualquier cosa
8.	¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Lo que fuera menos vender mi cuerpo
9.	¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	No termine mis estudios y nunca he tenido un trabajo estable

Nombre: ALEJANDRO GIL CORREA Edad: 27 Tiempo en la institución: 6 MESES

1.	¿Con quién vive en el hogar?:	Con mi tío y con mi abuela
2.	¿Qué hacía sus tiempos libres	estudiar
3.	¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Con mi tío o con mi novia
4.	¿hace cuánto tiempo eres consumidor	Hace 12 años
5.	¿Qué causas te llevaron a consumir	Por despecho y por mis padres
6.	¿qué tipo de drogas consumía	Heroína, cocaína y marihuana
7.	¿Cuál considera que lo afectaba más	La heroína
8.	¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Robaba o vendía cosas de la casa
9.	¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Perdí el estudio por irresponsable

Nombre: BRANDON REALES Edad: 18 Tiempo en la institución: 4 MESES

1.	¿Con quién vive en el hogar?:	Yo vivo con mi madre
2.	¿Qué hacía sus tiempos libres	Fumar marihuana en los ratos de ocio y desperdiciar tiempo
3.	¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Con personas negativas y la mayoría de veces solo
4.	¿hace cuánto tiempo eres consumidor	Hace 5 años atrás
5.	¿Qué causas te llevaron a consumir	La experimentación o la curiosidad de saber cómo se sentía
6.	¿qué tipo de drogas consumía	Marihuana, pepas, perico, alcohol
7.	¿Cuál considera que lo afectaba más	La marihuana y era la que más me gustaba y más consumía
8.	¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Trabajaba, robaba, pedía, vendía mis cosas
9.	¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	En la parte del trabajo dejaba de ir a los trabajos y en el colegio mala disciplina

Nombre: DANIEL GONZALEZANGEL Edad: 34 Tiempo en la institución: 8 MESES

1.	¿Con quién vive en el hogar?:	Padre, hermano y hermana
2.	¿Qué hacía sus tiempos libres	Ver televisión, escuchar música, ver películas el internet, leer, chatear en redes sociales
3.	¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Mi novia, mis amigos
4.	¿hace cuánto tiempo eres consumidor	Hace 20 años
5.	¿Qué causas te llevaron a consumir	La separación de mis padres, el abuso físico y verbal que yo veía entre mis padres cuando yo era niño
6.	¿qué tipo de drogas consumía	Marihuana, cocaína, bazuco, heroína, alcohol
7.	¿Cuál considera que lo afectaba más	La heroína y la cocaína
8.	¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Trabajaba honestamente y cuando perdía mi empleo robaba en la calle y le pedía plata a mis familiares con mentiras
9.	¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Perdí 2 décimos en la U.P.B y me echaron y perdí varios trabajos por mi impuntualidad

Nombre: JORGE IVAN GILDUQUE Edad: 41 Tiempo en la institución: SIETE MESES

1.	¿Con quién vive en el hogar?:	Solo
2.	¿Qué hacía sus tiempos libres	consumir
3.	¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Solo
4.	¿hace cuánto tiempo eres consumidor	30 años
5.	¿Qué causas te llevaron a consumir	Ausencia de mi padre por haber caído a la cárcel
6.	¿qué tipo de drogas consumía	Alcohol, cocaína, marihuana, ludopatía
7.	¿Cuál considera que lo afectaba más	Cocaína, ludopatía
8.	¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Robar, manipular, decir mentiras
9.	¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Me retire de mis estudios en la universidad, perdí varios trabajos por el consumo

Nombre: CAMILO Edad: 18 Tiempo en la institución: 8 DIAS

1.	¿Con quién vive en el hogar?:	Mi mama, hermanas y sobrino
2.	¿Qué hacía sus tiempos libres	En Lacalle y pasar tiempo en trabajos pero muy pocos
3.	¿Con quién permanecía en el tiempo libre	Con las malas juntas
4.	¿hace cuánto tiempo eres consumidor	5 años
5.	¿Qué causas te llevaron a consumir	La depresión
6.	¿qué tipo de drogas consumía	Marihuana y basuca
7.	¿Cuál considera que lo afectaba más	La basuca la marihuana no porque es psicotrópica
8.	¿Qué actividades realizaba para conseguir las drogas?	Cuando no trabajaba robar
9.	¿Cómo afecto el consumo en el estudio y/o trabajo	Mal desempeño por las labores

De la información recolectada de la primera encuesta se halla lo siguiente de los doce usuarios del programa:

- De los doce usuarios nueve han tenido una relación (parental) con algún familiar, mientras dos dicen que no vivían con sus familiares y uno no responde, lo cual se podría decir que estructuralmente sus familias han sido nucleares, extensas y ausentes en la vida de los usuarios porque algunos han vivido con tíos, hermanos, abuelos, padres, entre otros. En el estado del tiempo de su vida han tenido diferentes tipologías familiares.
- La mayoría de los usuarios antes de ingresar a la fundación en sus tiempos libres realizaban las siguientes actividades, dos trabajaban, dos consumían alcohol, tres juegos de ocio, uno estar en la casa, otro salir con amigos, dos estudiaban, otro ir a visitar prostíbulos e ir a la playa, otro ir a discotecas, uno era deportista, otro escuchar música, ver películas, leer, chatear y cinco consumir, la mayoría de ellos realizan algunos diferentes actividades de los cuales se puede identificar que dos trabajaban y el resto pasaban con más tiempo libre.

- En sus tiempos libre siete compartían con amigos, dos con sus novias, cuatro con sus familias, uno de ellos con el tiempo se queda solo, dos usuarios vivían con personas negativas, otro la mayoría de veces estar solo y uno no especifica qué tipo de compañía. (permanecían mucho tiempo solos)
- Este dato es habla sobre el consumo de cada usuario donde uno no especifica su tiempo de consumo, cinco están entre los 7 y 12 años de consumo antes de ingresar al programa, entre los 20 y treinta cuatro usuarios, dos entre los 17 años. se podría decir que el promedio de consumo de cada usuario por la muestra tomada de los 12 usuarios está en 15,75 años. (la heterogeneidad-ampliar como factor de riesgo terapeutico-para la encuesta en referimiento y orientación)
- Lo que los llevo a consumir a estos usuarios fueron los siguientes motivos; a uno lo influenciaron, otro falta de aceptación y tener mucho tiempo libre, otro la falta de aceptación el cual no explica por parte de quien o quienes, otro porque su padre consumía y quería ser igual, otro con amigos, otro el descuido de mis padres, otro por evadir la realidad, otro por despecho y por mis padres, otro por experimentar, otro la separación de mis padres y el abuso físico, verbal entre mis padres, otro la ausencia de mi padre y uno por la depresión la cual no la especifica. Ante esta situación es importante conocer el factor de riesgo por el cual llegar a su primer consumo y el abuso de drogas, porque desde esta pregunta se puede evidenciar que hay factores de riesgo familiares, sociales e individuales pueden ser fundamentales en el reconocimiento de las dos primeras fases del proceso ya que en estas reconocer el causante del desequilibrio estructural de la familia. (primera entrevista del usuario)
- Las drogas que han consumido los usuarios son; ocho han probado marihuana, cuatro perico, cinco basuco, cinco cocaína, tres heroína, tres pepas, uno poper y ácidos, tres alcohol, la mayoría de los usuarios han consumido entre tres una droga, dos 2 drogas, cinco tres drogas, uno cuatro y otro siete drogas. (todos son multiconsumidores)

- Cual droga lo afectaba más: las drogas que mayor han afectado a los usuarios son; en tres usuarios el basuco, el licor en uno, la heroína a tres, otro el perico, tres la cocaína, tres la marihuana y dos de ellos esta droga es la que más les gusta de todas las otras que consumían.
- Las actividades con las cuales conseguían las drogas eran las siguientes; ocho trabajaban, tres manipulaban, ocho robaban, uno engañaba y vendía drogas, otro amigos le regalaban, otro lo que fuera menos vender mi cuerpo, otro vendía cosas de mi casa, otro pedía y vendía mis cosas, otro pedía plata a los familiares con mentiras,
- el consumo los afecto académicamente y laboral como; uno se fue deteriorando, siete perdían sus trabajos por irresponsabilidad, oro no quería estudiar, otro bajo nivel académico, otro no termino sus estudios, otro perdí el estudio por irresponsable, otro en el colegio mala disciplina, otro perdió dos décimos la mayoría de ellos su gran falencia es la irresponsabilidad.

Anexo dos:

La información que se recolecta de la segunda encuesta es la siguiente:

Nombre: MAURICIO GRAJALES Edad: 25 Tiempo en la institución: 8 meses

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Fase alta y consolidación
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? _____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias?¿Cuál fue el motivo?	Doy gracias a todos por que no he recaído y espero seguir así para no caer.
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	El padre francisco.
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Ha sido un proceso, si buena porque da su fortuna.....

Nombre: PABLO ANDRES MANCO Edad: 34 Tiempo en la institución: 4 meses

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Identificación
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? _____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias?¿Cuál fue el motivo?	No por ahora y no lo hare.
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Mi padre y mi hija.
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Si...

Nombre: RAMIRO PEREZ Edad: 45 Tiempo en la institución: 4 MESES

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Consolidación
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? _____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	No solo he estado en este programa
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias?¿Cuál fue el motivo?	Baja tolerancia a la frustración y los comportamientos y actitudes negativas.
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Yo mismo me motive a iniciar el proceso
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Si son estas las instituciones que necesitan para el tratamiento.

Nombre: JHON PETER Edad: 42 Tiempo en la institución: 7 meses

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Elaboración
---	-------------

2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? <u>5</u> , y ¿Cual fueron las razones del abandono?	Por consumir, por ir a seguir lo mismo y mucha presión terapéutica
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias?¿Cuál fue el motivo?	Por un síndrome de abstinencia y porque lo perdí todo incluyendo la familia.
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Mi padre, mi madre y tíos
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Si me ha servido el proceso porque ya pienso positivamente y he escachado mi proyecto de vida positivamente y jamás lo cambiaria, me gusta el proceso muy largo.

Nombre: JUAN ESTEBAN ARANGO Edad: 28 Tiempo en la institución: 2meses

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Fase 2 identificación.
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? <u>1</u> , y ¿Cual fueron las razones del abandono?	Retomar mis estudios Universitarios y no perder el puesto.
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias?¿Cuál fue el motivo?	No he recaído en el consumo de sustancias
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Que mi vida giraba en un mundo oscuro donde estaba perdiendo todas mis posibilidades de estudio, trabajo, relaciones familiares y afectivas, me motivo mi familia y mi expareja.
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Si, ya que con la ayuda de la fundación he podido reconocer mis debilidades en el carácter, me ha ayudado a ser más normativo y a identificar mis problemáticas asociadas al consumo.

Nombre: Oscar M. Ospina B Edad: 39 Tiempo en la institución: 9 meses

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Etapa de consolidación
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? <u>no</u> , y ¿Cual fueron las razones del abandono?	
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias?¿Cuál fue el motivo?	Si alcohol, los amigos, me encontré con unos amigos y me tome unas cervezas.
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Mi familia estaban muy preocupados por mi persona.
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Sí, pero solo la psicóloga y trabajo social, me siento muy a gusto con ellas.

Nombre: ANDRES F. CORRALES Edad: 28 Tiempo del proceso: 12 DIAS

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	acogida
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? <u>1</u> , y ¿Cual fueron las	No abandone pero recaí porque lo hice por solo mostrarle a mi familia que lo había intentado

razones del abandono?	
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias? ¿Cuál fue el motivo?	No
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Yo solo tome la decisión de pedir ayuda porque me canse delas drogas y vi que ya no disfrutaba consumir
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Sí, porque me muestran mis problemáticas y se me orienta en como corregirlas

Nombre: ALEJANDRO GIL CORREA Edad: 27 Tiempo del proceso: 6 MESES

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	acogida
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? ____1____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias? ¿Cuál fue el motivo?	No
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Mi tío
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Si porque me siento más acogido a más cosas y más responsable

Nombre: BRANDON REALES Edad: 18 Tiempo del proceso: 4 MESES

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Elaboración
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? ____2____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	En uno lo termine pero como nada más duraba cuatro meses cuando salí volví a consumir
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias? ¿Cuál fue el motivo?	No
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Pues yo mismo decidí cambiar mi estilo de vida
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Pienso que el proceso si sirve le ayuda uno en su personalidad y vida si uno tiene la disponibilidad de hacerlo

Nombre: DANIEL GONZALES ANGEL Edad: 34 Tiempo del proceso: 8 MESES

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Identificación
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? ____3____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	CARISMA y Las Granjas Termine ambos procesos
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias? ¿Cuál fue el motivo?	no
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Mi salud, mis hijos y ya estaba cansado de ser un esclavo de la droga y de perder tanto
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Sí, porque me han brindado herramientas y alternativas contundentes para trabajar las problemáticas que me llevaron al consumo

Nombre: JORGE IVAN GIL DUQUE Edad: 41 Tiempo del proceso: SIETE MESES

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	Fase: proceso Etapa: consolidación
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? ____1____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	Realice un proceso de 12 meses en 2010-2011 en Hogares Claret Programa Adultos
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias? ¿Cuál fue el motivo?	No
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Después de recaer y tocar fondo decidí volver a pedir a ayuda y hacer un replanteo
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	Sí, hay un equipo clínico idóneo, capacitado y profesional

Nombre: CAMILI Edad: 18 Tiempo del proceso: 8 DIAS

1. ¿En qué fase y etapa se encuentra usted en este momento?	acogida
2. ¿En algún momento de su vida estuvo en otros programas de rehabilitación, Sí o No? Si es un (Si) en ¿En cuántos? _____, y ¿Cual fueron las razones del abandono?	
3. ¿Durante en el proceso e le programa Adultos de la fundación hogares Claret ha recaído en el consumo de sustancias?¿Cuál fue el motivo?	No
4. ¿Qué y/o quien te motivo a iniciar este proceso de rehabilitación?	Me motivaron mi vida por mejorar
5. ¿La intervención terapéutica ha colmado tus expectativas Sí o No? ¿Por qué?	En momentos de frustración los compañeros me han ayudado mucho para seguir en el programa

La información recolectada de la segunda encuesta se halla lo siguiente de los doce usuarios del programa:

- La mayoría de los usuarios esta en las siguientes fases que son importantes para la identificación de aquellos que han evadido este y u otros programas sobre farmacodependencia; tres en identificación, cuatro en consolidación, dos elaboración, tres en acogida, estas etapas son fundamentales para la identificación de aquellos factores de riesgo que más influyen en lo institucional, personal y con lo terapéutico.
- De los doce usuarios encuestados seis de ellos se han evadido de los programas de rehabilitación solo uno de ellos del programa hace 12 meses atrás, por tanto

se evidencia que uno se ha evadido cinco veces de y recaído por consumir y por mucha presión terapéutica, uno de ellos evadió por no perder su puesto en la universidad, otro no abandono pero si recayó en las drogas por mostrarle a su familia que lo había intentado, otro evade dos veces ya que el proceso era muy corto y recaía en las drogas y el ultimo se evade tres veces de diferentes hogares y no expone el porqué.

- La mayoría expone que el proceso en la fundación ha sido muy positivo para su proceso de reeducación tres han recaído en consumir durante el proceso por baja tolerancia a la frustración y actitudes negativas, por un síndrome de abstinencia y porque perdí a mi familia y el ultimo por influencia de los amigos y tomo unas cervezas, de resto de los 9 usuarios restantes exponen que no lo han hecho.
- Los usuarios exponen quien los motivas y en su mayoría sus principales factores motivacionales son sus familiares, personales, pareja y amigos u otros. Uno lo motivo el padre Francisco, dos se motivaron ellos mismo, cinco usuarios sus familiares, otro después de tocar fondo decide cambiar.
- Las expectativas que colman a los usuarios son las siguientes con respecto a la intervención terapéutica; todos exponen que ha sido muy beneficiosa para su recuperación, algunos exponen lo siguiente, ha sido positiva para su proceso, son estas las instituciones que necesitan para el tratamiento, me gusta le proceso muy largo, me ha ayudado a ser más normativo y a identificar mis problemáticas asociadas al consumo, pero solo la psicóloga y trabajo social, me siento muy a gusto con ellas, mis problemáticas me orientan en como corregirlas, me han brindado herramientas y alternativas contundentes, hay un equipo clínico idóneo, capacitado y profesional.

Anexo tres:

La información que se recolecta de la entrevista a los usuarios es la siguiente:

Nombre: MAURICIO GRAJALES Edad: 25 Tiempo en la institución: 8 meses

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Perico
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	La desconfianza
• Social:	Que todo el mundo lo mira raro y mal por el vicio
• y educativo laboral:	No responde
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Que siempre...
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	Para mí no sería un factor de riesgo sino de protección
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Porque a veces hay muchas personas permisivas
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Porque siento...
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	no

Nombre: PABLO ANDRES MANCO Edad: 34 Tiempo en la institución: 4 meses

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	El licor y la cocaína
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Conflictos familiares
• Social:	Las personas negativas consumidoras
• y educativo laboral:	Las personas consumidoras del trabajo
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	No sé, será por la frase drogadictos por ladrones.
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	si
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Si porque en ese tiempo, por los problemas con mi pareja me llevaron al consumo
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Si porque en ese tiempo la comunicación familiar era muy pobre y mi padre también estaba lejos
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Problemas en la familia, la sociedad o por experimentar también.

Nombre: RAMIRO PEREZ Edad: 45 Tiempo en la institución: 4 MESES

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	El alcohol, la marihuana y el basuco
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
A nivel familiar:	La inseguridad familiar y conflictos familiares
Social:	Las personas negativos o consumidoras de sustancias, sitios de consumo.
y educativo laboral:	Las personas consumidoras dentro del trabajo
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Porque son personas disfuncionales y que no son productivas.
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	Si porque de alguna manera está apoyado o acolitado el consumo.
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Si porque las personas consumen más fácil teniendo un vacío afectivo

¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Si es un factor de riesgo porque no se toca desde alguna forma el problema y muchos menos salidas
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Los mencionados antes personales, lugares, cosas de los factores internos.

Nombre: JHON PETER Edad: 42 Tiempo en la institución: 7 meses

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Heroína, cocaína y pepas
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Mi padre consumía delante de muy un primo que me inducía después de abstinencia.
• Social:	En la universidad y en el calle,
• y educativo laboral:	En los colegios hay mucho juego, en las universidades y a veces por recibir.
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Porque somos adictos y hay un estigma.
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	El matrimonio porque exigen y hay personas que no les gusta eso de la presión.
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Porque dejan un vicio lleno de melancolía, que van llenándose de melancolía
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Porque no hay orientación, y a comunicación
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Personas, las prostitutas, los lugares y esas cosas.

Nombre: JUAN ESTEBAN ARANGO Edad: 28 Tiempo en la institución: 2meses

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	El alcohol, el perico
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Problemáticas familiares
• Social:	Núcleo de amigos social, establecimientos de rumba, aumento de venta de estupefaciente en Medellín
• y educativo laboral:	Ambiente de la universidad, malos resultados académicos, relaciones laborales
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Que creen que nosotros no servimos para nada, que no podemos cambiar, somos lo peor.
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	Si podría ser un factor de riesgo la dinámica permisiva familiar, ya que el adicto puede tomar ventaja de su condición y manipular a los familiares.
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Si predispone al consumo de sustancias ya que muchos de nosotros no sabemos manejar nuestras emociones y nos dejamos llevar de la tristeza y amargura fácilmente
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Si ya que uno como ser humano empieza a guardar sus sentimientos y a no expresar a los demás sus alegrías o tristezas.
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	

Nombre: Oscar M. Ospina B Edad: 39 Tiempo en la institución: 9 meses

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Cocaína, perico
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Problemas familiares, decisiones desacuerdas
• Social:	Alejamiento de los amigos y su entorno
• y educativo laboral:	Irresponsabilidad con el trabajo
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Por enfermos, por dañinos, malos hábitos, ladrones, mal ejemplo para la sociedad
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo	No, autoritario: por las reglas.

podría ser un factor de riesgo?	Si,, permisivo: nos hacen más daño
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Si por la sociedad, que se siente, por lo deprimidos que nos mantenemos
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Sí, porque uno debe comunicar lo que siente para que no ocurran estas cosas
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Malos tratos de los padres, depresión, abuso, soledad, no tener ejemplos, no corregir, despedirse de los hijos.

Nombre: ANDRES F. CORRALES Edad: 28 Tiempo de proceso: 12 DIAS

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Marihuana perico
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Mi mama y abuela son muy permisivas y me alcahuetean
• Social:	No tengo amigos sanos
• y educativo laboral:	No tengo una profesión o arte para ganarme la vida
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Porque nos siguen viendo como consumidores y nos asocian con delincuentes. Aun no confían en nosotros
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	Si en mi caso el saber que mi madre es permisiva me hace pensar que puedo seguir en las mismas sin tener consecuencias
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Si uno no tiene una personalidad fuerte y es alguien dependiente de afecto considero que si pues hay personas que dependen de sentirse queridas para no consumir
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Claro que si el no comunicar como se siente, o no arreglar un problema con otro hablando lo lleva a uno a esconderse y refugiarse en lo que conocemos que es la droga
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Un temor interno, la evasión de una realidad, el sentirse poco útil y el querer mostrarse como duro

Nombre: ALEJANDRO GIL CORREA Edad: 27 Tiempo del proceso: 6 MESES

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Heroína
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Familiares que consumen y cerca de donde venden vicio
• Social:	
• y educativo laboral:	
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	La sociedad nos ve como si no sirviéramos pa nada
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	No
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Si porque uno se llena de motivos pensando en el vicio
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Yo no comunico las cosas en mi casa por eso es que tiro tantas drogas
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Que pasan cerquita a la casa mía consumiendo drogas por mi casa

Nombre: DANIEL GONZALES ANGEL Edad: 34 Tiempo del proceso: 8 MESES

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Cocaína, alcohol, marihuana y heroína
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Falta de afecto y de unión entre los miembros de la familia, mala comunicación
• Social:	Asociarse con personas negativas que acuden a la

	delincuencia para poder tener dinero y consumir
• y educativo laboral:	Compartir espacios laborales y/o educativos con personas que consumen
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Posición social y económica, la gente tiene una imagen negativa de los adictos
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	Si, el permisivo se convierte en coadicto y permite que una haga lo que sea
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Sí, porque soy un dependiente afectivo y al fracasar en el ámbito de relación de pareja no se sabe manejarla soledad
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Sí, porque cuando reprimo y no comunico voy acumulando todo y estallo y lo transfiero al consumo
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	La intolerancia, falta de respeto hacia el otro, la prepotencia, no aceptarse tal como soy, seguir relacionándome con negativos/

Nombre: JORGE IVAN GIL DUQUE Edad: 41 Tiempo del proceso: SIETE MESES

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Cocaína, ludopatía
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Padres abandonantes, consumidores, hermanos consumidores, familias, coadictas, rompimiento de relaciones afectivas
• Social:	Búsqueda de aceptación y reconocimiento, frecuentar lugares, personas, cosas
• y educativo laboral:	Personas consumidoras en el entorno laboral
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Porque se pierde la confiabilidad en el adicto en recuperación, nadie cree en nosotros
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	Desde luego que sí, los dos puntos son extremos y son dañinos
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Absolutamente y masen nosotros los adictos que somos muy sensibles y emocionales
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Si, debido a que el reprimir, el no comunicares muy nocivo y en cualquier momento estallamos
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Si no pones limites, el permitirse cosas, la falta de aceptación, autoestima, ser deshonesto, el exceso de confianza

Nombre: CAMILO Edad: _18___ Tiempo de proceso: 8 DIAS

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Marihuana y basuco
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Llegado el caso a la desconfianza que nos echan de la casa
• Social:	Nos apartamos de la sociedad a la oscuridad
• y educativo laboral:	Perdemos educación por el en seguimiento por la adicción
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	Como rehabilitados nos discriminan porque en el día de ayer fuimos drogadictos podemos decaer y seríamos mal ejemplo para las personas que no lo han sido y no tienen respeto por ellos mismos como seres humanos
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	La autoritaria es buena pero deben tener en cuenta que nosotros somos permisivos llegado el caso
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	El afecto no es una falla para consumir el afecto nos ayuda para aprender el valor que somos todos en este mundo
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo?	La falta de comunicación es un riesgo porque la

para el consumo de sustancia por qué?	comunicación nos ayuda aprender de cada persona como de sí mismo
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	La falta de confianza en el hogar familiar

Nombre: BRANDON REALES Edad: 18 Tiempo del proceso: 4 MESES

¿Cuáles son las drogas o tipos de drogas que consume con mayor frecuencia?	Que consumía con mayor frecuencia marihuana
¿Qué factores de riesgo inciden en la farmacodependencia?:	
• A nivel familiar:	Que en tu familia allá alguien que consuma
• Social:	Que frecuentes lugares de consumo, que vivas en barrios cerca ollas o tu novia
• y educativo laboral:	Que en tu colegio se vendan o consuman drogas o que en tu trabajos tengas amigos negativos
¿Cuáles cree que son los factores por los que la sociedad margina a las personas en rehabilitación?	¿?
¿Considera que la dinámica familiar autoritario o permisivo podría ser un factor de riesgo?	Claro que si tu familia te pone muchas reglas uno se va a incomodar o si tu familia no te dice nada también te puede llevar recaer
¿Considera que el deterioro de las relaciones afectivas predispone al consumo de sustancias por qué?	Claro que si te apegas mucho a tu pareja afectiva y dependes de ella cuando se acabe la relación no sabes que hacer y eso te lleva nuevamente a consumir
¿Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancia por qué?	Si porque si tu sientes que no te escuchan o algo así te vas a sentir solo y eso te puede llevar a un consumo
¿Qué otros factores considera que pueden ser causantes del consumo de SPA?	Olvidarse de que uno es un adicto el no asistir a grupos de apoyo

De la tercera encuesta se recolecta la siguiente información de los doce usuarios del programa con respecto a los factores de riesgo y los protectores:

- Las drogas que consumen los doce usuarios encuestados con mayor frecuencia son: uno pepas, otro la ludopatía, dos basuco, tres heroína, cuatro personas el perico, cuatro el alcohol, cinco la cocaína, cinco la marihuana, ante la mayoría de los usuarios son poli consumidores de drogas sintéticas y tropicales.

Los factores de riesgo que incidieron en su consumo se encuentran en los siguientes sistemas:

- En lo Familiar: la desconfianza, los conflictos familiares, el consumo de algún miembro de la familia (padres, hermanos y primos), familiares permisivos, falta de afecto, mala comunicación, por abandono de alguno de los padres, rompimiento de las relaciones afectivas, desconfianza...

- En lo social: presión grupal, amigos consumidores, personas negativas en la universidad y la calle, lugares de rumba, la búsqueda de aceptación y reconocimiento.
 - En lo educativo o laboral: personas consumidoras del trabajo, por recibir, malos resultados académicos, las relaciones laborales con personas consumidoras, la venta de drogas en el colegio.
- Los factores por los cuales la sociedad margina una persona en rehabilitación son; por drogadictos, por ser personas disfuncionales, ladrones, que no son productivos, que no pueden cambiar, somos lo peor, por enfermos, mal ejemplo para la sociedad, nos asocian como delincuentes, no hay confianza, tienen una imagen negativa de nosotros,
 - La familia autoritaria o permisiva podría ser un factor de riesgo: para nueve de los usuarios si podría ser un factor de riesgo ya que este genera manipulación, perdida de las normas, genera perdida de la identidad, falta de comunicación, genera recaídas, soledad, falta de acompañamiento.
 - De las doce encuestas realizadas el deterioro de las relaciones afectivas que predisponen al consumo de las sustancias psicoactivas son: por personas permisivas, por los problemas en pareja, el rompimiento de relaciones afectivas, por no saber manejar las emociones y dejarse llevar por la tristeza, si no hay una personalidad fuerte, por la falta de afectividad, el apego afectivo a la pareja, depender del otro y terminar una relación afectiva puede generar una recaída.
 - Es la comunicación pobre o inexistente un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, desde esta pregunta se evidencia lo siguiente, de los doce usuarios plantean: la comunicación era muy pobre entre padre e hijo, por falta de orientación, genera no expresar sentimientos y se los guarda, lo lleva a uno a esconderse y refugiarse... en las drogas y la falta de escucha.

- Otros factores causantes del consumo de sustancias psicoactivas: problemas familiares, la experimentación, las prostitutas, la depresión, abuso, soledad, la falta de ejemplo, las normas, los temores internos, evasión de la realidad, sentirse poco útil, la intolerancia, la falta de respeto, la relación con personas consumidoras, la ausencia de límites, poca autoestima, el exceso de confianza.