

**IMPACTO DE LOS PROCESOS DE REINSERCIÓN SOCIAL CON LOS
EGRESADOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DESPERTANDO
CORAZONES DEL MUNICIPIO DE CARTAGO**

**ANLLY LEON RAMIREZ (201151210)
MAYRA LÓPEZ BUSTAMANTE (201151137)
TATIANA VANEGAS MORALES (201151088)**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PROGRAMA ACADÉMICO DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGO, JUNIO DE 2015
IMPACTO DE LOS PROCESOS DE REINSERCIÓN SOCIAL CON LOS
EGRESADOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DESPERTANDO
CORAZONES DEL MUNICIPIO DE CARTAGO**

ANLLY LEON RAMIREZ (201151210)
MAYRA LÓPEZ BUSTAMANTE (201151137)
TATIANA VANEGAS MORALES (201151088)

Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadora Social

MAURICIO ARRECHEA RODRIGUEZ
Director

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
PROGRAMA ACADÉMICO DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGO, JUNIO DE 2015
AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios, por la vida y por acercarnos al Trabajo Social.

A todas las personas que de alguna manera hicieron parte de este proceso de formación tan importante en nuestras vidas.

Agradecemos a nuestras familias por apoyarnos en cada paso que hemos dado en la vida, porque gracias ellos nos hemos convertido en las personas que somos hoy en día.

A nuestras compañeras de trabajo de grado por el apoyo y ayuda mutua durante el desarrollo de este proceso.

A nuestro director de trabajo de grado Mauricio Arrechea Rodríguez por el acompañamiento en el proceso.

A los funcionarios y egresados de la Fundación Despertando Corazones quienes facilitaron el proceso de investigación.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

1. CONSIDERACIONES GENERALES	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	19
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.5 OBJETIVOS	21
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	22
3. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO – CONCEPTUAL	33
3.1. EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMO PROBLEMA	33
3.2 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS Y REINSERCIÓN SOCIAL DESDE LA FUNDACIÓN DESPERTANDO CORAZONES	35
3.3 REINSERCIÓN SOCIAL E IMPACTO	48
4. MARCO CONTEXTUAL	53
4.1 GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE CARTAGO	53
4.2 FUNDACIÓN DESPERTANDO CORAZONES	59
5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	62
CAPITULO I	62
5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	62

CAPITULO II	73
5.2 SALUD FÍSICA Y MENTAL	73
5.2.1 SALUD FISICA	73
5.2.2 SALUD MENTAL	87
5.2.2.1 Manejo de emociones	89
5.2.2.2 Habilidades para la vida	95
5.2.2.3 Factores de riesgo y de protección	100
CAPITULO III	106
5.3. RED FAMILIAR Y REDES DE APOYO	106
5.3.1 RED FAMILIAR	107
5.3.2 RED DE APOYO	122
CAPITULO IV	128
5.4 COMPETENCIAS OCUPACIONALES	128
5.4.1 Área de educación	129
5.4.2 Área de competencias ocupacionales	135
6. CONCLUSIONES	154

7. BIBLIOGRAFÍA	159
8. ANEXOS	169

INTRODUCCIÓN

Para hablar del consumo de sustancias psicoactivas es importante hablar de las drogas como una sustancia que afecta de manera directa el sistema nervioso central del ser humano estas se clasifican en naturales y sintéticas tienen diferentes vías de injerencia como son vía, oral, nasal, intramuscular o intravenosa. El consumo tiene diferentes niveles o escalas, entre las cuales se encuentra el abuso o dependencia la cual se caracteriza por afectar de manera directa diferentes espacios y ámbitos de la vida del ser humano, considerándolo entonces como una problemática que se ve reflejada en diferentes contextos sociales.

Como respuesta a esta necesidad social se han creado diferentes instituciones que trabajan en la rehabilitación de drogodependientes dentro de las cuales se encuentra el modelo de Comunidad Terapéutica, como es el caso de esta investigación, cuyo objetivo está centrado en el abandono del uso y abuso de sustancias psicoactivas fortaleciendo en sus usuarios el cumplimiento de las normas, modificación de la conducta y fortalecimiento de la autonomía en su vida para reinserirse nuevamente a la sociedad después de cierto tiempo de tratamiento.

Por tanto, se consideró importante investigar a fondo los procesos de reinserción social de los usuarios de la Fundación Despertando Corazones del municipio de Cartago, teniendo como objetivo evaluar el impacto que estas generan en sus egresados; para lo cual fue necesario ahondar en el antes, durante y después del proceso llevado a cabo por los egresados durante la permanencia en la institución cuya modalidad es internado, siendo necesario ahondar en diferentes categorías las cuales además de ser analizadas e interpretadas desde el contexto Cartagueño permitieron dar respuesta a los planteamientos propuestos.

Teniendo en consideración lo anterior, el presente documento da cuenta de los resultados de la investigación los cuales se abordan en el presente documento, el cual está estructurado en cinco capítulos: en el primer capítulo se realizó la estructura teórica, donde se problematizó el consumo de sustancias psicoactivas a partir de investigaciones previas que permitieran entender el consumo a partir de la teoría, en el se encuentran los antecedentes, justificación, marco teórico

En el segundo capítulo se realiza la caracterización de la población teniendo en cuenta aspectos como edad actual, edad de ingreso y egreso de la Fundación, duración del proceso terapéutico, lugar de procedencia, entre otros. En el tercer capítulo se encuentra la valoración de la salud física y mental de los egresados teniendo en cuenta su estado antes, durante y después del proceso, además de las actividades llevadas a cabo por la institución en torno a estas áreas. En el cuarto capítulo de esta investigación se abordó la red familiar y redes de apoyo, donde se buscó medir la efectividad de los procesos realizados dentro del proceso terapéutico y relacionarlos con el proceso de rehabilitación, así mismo se realizó una especie de caracterización familiar del antes, durante y después del proceso teniendo la dinámica familiar de los usuarios, la participación, vinculación o influencia de las familias en el proceso.

En el quinto capítulo se abordó el tema de las competencias ocupacionales, considerándose vital para la inclusión del egresado a un medio laboral, por ende se buscó determinar el alcance adquirido de dicho tema, las acciones realizadas por la Fundación y el impacto que estas generaron en los proyectos de vida teniendo en cuenta el estado actual de los mismos.

Finalmente se presentan las conclusiones encontradas en la presente investigación, la bibliografía, los anexos y demás recomendaciones para futuras investigaciones que puedan tener lugar en el municipio de Cartago, relacionadas con el proceso de reinserción social de los egresados de la comunidad terapéutica o el tratamiento ofrecido en Despertando Corazones del municipio de Cartago Valle.

1.- CONSIDERACIONES GENERALES

El presente capítulo permitió estudiar el consumo de sustancias psicoactivas desde diferentes miradas a través de un recorrido teórico, posteriormente se describe la metodología a partir de la cual se desarrolla la siguiente investigación.

1.1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El uso de sustancias psicoactivas se remonta a miles de años en la historia, inicialmente eran usadas por las comunidades indígenas de diferentes partes del mundo por los efectos alucinógenos que causaban buscando la felicidad y siendo utilizadas para rituales y fines religiosos, con el paso del tiempo el hombre purificó los principios activos, creando y aumentando los diferentes tipos de drogas con una variación en los efectos que esta produce, cambiando así el consumo social por adicción (Pinto, 2012).

El consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) ha sido utilizado para diversos fines y en la misma medida visualizado desde diferentes puntos de vista, perspectivas y calificativos, por ejemplo Volkow (2008) plantea que a partir del momento en que la ciencia comenzó a estudiar el comportamiento adictivo en la década de los treinta, se consideraba que las personas adictas a las drogas tenían una falla moral, por lo que se puso el énfasis en acciones punitivas, así mismo El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2008) plantea que diferentes investigaciones científicas muestran la adicción como una enfermedad que afecta tanto al cerebro como al comportamiento, ya que se han identificado factores biológicos y ambientales y se está investigando las variaciones genéticas que contribuyen al desarrollo y progreso de esta enfermedad.

Por otra parte Volkow (2008) hace referencia al consumo de sustancias psicoactivas como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de sus consecuencias nocivas. También se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados, estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas.

Por otro lado López y otros (S.F, p.7) afirman que “es posible que el consumo de sustancias psicoactivas sea un fenómeno bastante complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas. Por el contrario, se considera un fruto de la interacción conjunta de diferentes tipos de factores: variables o dimensiones de la personalidad y variables sociales o contextuales (familiares, escolares y grupales)”. Es decir que el consumo se encuentra asociado a múltiples causas que propician el uso de sustancias psicoactivas, por ello no es viable atribuirle ni las causas ni las consecuencias a un solo factor. A su vez Uprimny y otros (S.F) desde la perspectiva de derechos humanos, plantean que el consumo de drogas es catalogado como una problemática que viven las personas, pero que además se deben ver como usuarios reconocidos titulares de derechos los cuales deben restablecerse en la medida que han sido vulnerados a causa del uso, consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

Lo mencionado anteriormente permite reflejar los cambios o transiciones del uso y del consumo de las sustancias psicoactivas a través de la historia, que en un inicio fueron utilizadas para diferentes fines tales como religiosos y medicinales, para luego ser usadas por otros motivos como la recreación, el ocio y otras razones propias de cada individuo. Según la Facultad de

Medicina de la Universidad de Costa Rica (2003) las sustancias se clasifican de acuerdo a diferentes intereses dados por los organismos judiciales, la industria, el origen de la sustancia y los efectos que causan teniendo como característica en común afectar el sistema nervioso central, que según Volkow (2008) interfirieren en la manera en que las células nerviosas normalmente envían, reciben y procesan la información.

Dicho lo anterior, se considera el consumo de drogas como una problemática multi-causal, multidisciplinaria y de carácter mundial, América Latina no es ajena a ésta, pues “la gran mayoría de los países de América Latina marginados por la pobreza y la violencia muestran una relación directa con el procesamiento, distribución, comercialización, consumo y abuso de drogas.

Con el aumento de la pobreza, el desempleo y la inseguridad se está generando un aumento en el consumo de drogas en todos los niveles de la sociedad” (Beleño, 2011, p.22). Siendo así, el consumo de sustancias es una problemática a nivel mundial, por ello Colombia no es la excepción “ha sido considerada solamente como un país productor de drogas, los estudios disponibles muestran que el consumo de sustancias controladas en el país es un fenómeno cuantitativamente significativo, y ha tendido aumentar en las últimas décadas. Indicadores como la entrada de nuevo consumidores o la prevalencia del consumo entre poblaciones especialmente vulnerables ha aumentado, y las cifras oficiales reportan un grupo no despreciable de personas que podrían catalogarse de consumo problemático, por presentar situaciones de abuso.

Es así como en el informe final del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013, refieren que el uso abusivo y los indicadores de uso dependiente se encontraron en unas 484 mil personas,

que estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de drogas. De cinco personas que cumplen criterios de abuso o dependencia, cuatro son varones y una es mujer.

Aterrizando esta problemática al contexto local, como estudiantes y residentes del municipio de Cartago, ubicado en el Departamento del Valle del Cauca, se ha podido visualizar con gran fuerza dicha problemática, investigaciones como proyecto de caracterización de la explotación sexual comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA) en seis municipios del Valle del Cauca. Jiménez y otros (2011) mencionan que Cartago muestra altos índices de violencia relacionados con el fenómeno del narcotráfico presente en la región desde la década de 1990, como consecuencia de ello se han impuesto valores que posicionan la cultura del dinero rápido como parte de la cotidianidad de sus gentes, por ello es reconocido por ser uno de los epicentros del narcotráfico, además su ubicación geográfica es estratégica para el transporte de la droga, dado que se encuentra en el Valle del Cauca y limita con tres departamentos, Risaralda, Caldas y Quindío, es por ello que existe un fácil acceso a las drogas, tal como lo muestra el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Valle del Cauca (Cumsille, 2009) que incluyó una exploración sobre la oferta/disponibilidad de sustancias ilícitas o la facilidad para conseguirla, más de la mitad de las personas de la muestra (55%) declaran que es fácil conseguir marihuana, la tercera parte (33,9%) creen que es fácil conseguir bazuco, y la cuarta parte (25,8%) dicen que es fácil conseguir éxtasis.

Como consecuencia de la asequibilidad tanto para el acceso como para el consumo de SPA esta problemática ha pasado afectar otros espacios y ámbitos de la vida del ser humano que según Barbieri y otros (2011) las áreas que puede afectar son: la comunicación, la situación emocional, el

bienestar, la sexualidad y el tiempo libre, así mismo otros autores plantean que el consumo de Sustancias Psicoativas (SPA) afecta las diversas áreas recalcando el daño personal, extendiéndose al círculo familiar incluso social, incluso trae consigo problemas de salud física que se encuentran en su mayoría interrelacionados con enfermedades de salud mental, teniendo una mayor implicación conductual en la adolescencia y juventud que son las edades tempranas (Alcivar y otros, 2015).

En el marco de lo anunciado, el Estado Nacional y Local se encuentra en la obligación de velar por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, creando y sosteniendo procesos para el apoyo y acompañamiento a esta población, en el caso del municipio de Cartago se cuenta con instituciones que brindan tratamientos y acompañamientos que apunta a resolver el problema del consumo de sustancias psicoactivas de manera integral, trabajando sobre diferentes áreas como: la personal, familiar y social para lograr la reinserción social del consumidor efectivamente.

Dentro de estas instituciones se encuentra la Fundación Despertando Corazones (FUNDESCO) cuyo objetivo general es garantizar la atención integral a los niños, niñas y adolescentes consumidores de SPA y a las familias, restableciendo así los derechos vulnerados a través de estrategias en la formación y educación con acciones de información, prevención, rehabilitación y capacitación que permitan el reintegro, mantenimiento social y familiar sin consumo de sustancias psicoactivas, desarrollando su proyecto de vida con el fin de poderlos vincular a los diferentes espacios sociales como son: El área de salud, laboral, educativo, familiar y social; buscando de esta manera la reinserción de dicha población dentro de la sociedad.

Por tal motivo surge la inquietud de evaluar el impacto de los procesos de reinserción con los egresados de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago, ya que se visualiza el consumo de sustancias psicoactivas como un problema que el Estado busca resolver mediante un tratamiento realizado por diferentes instituciones como las comunidades terapéuticas, donde se incluye el proceso de reinserción como parte de las etapas del tratamiento, que según este ente mide su efectividad en la sobriedad. Esto con el fin de saber si el tratamiento implementado por la institución y la estrategia del Estado es positiva en el municipio de Cartago.

1.2- ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN

Este apartado permitió plasmar información relevante que hace referencia a los principales temas de estudio, teniendo en cuenta investigaciones previas, cómo se ha definido y cómo se han estudiado; para esto se hizo una búsqueda y una recopilación de diferentes fuentes bibliográficas que permitieran dar cuenta del tema y posteriormente se clasificaron autores que llegaban a conclusiones similares para agrupar dicha información a partir de estudios realizados con anterioridad, relacionados con el tema de consumo de sustancias psicoactivas, reinserción social y textos sobre comunidad terapéutica, que constituyen las grandes categorías de este apartado:

▪ Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

El consumo de SPA es una problemática a la que hacen referencia algunos autores como Ledoux y otros (2000), Medina y Rubio (2012), Canales (2012), quienes plantean que este es un problema de salud pública que afecta en la mayoría de casos a la población adolescente, ya que en esta etapa del desarrollo humano hay una tendencia a ir en contra de la norma y los límites, por el deseo de independencia. El consumir sustancias

drogodependientes constituye diferentes aspectos negativos, bien sea de carácter individual, político, familiar, social, de salud y seguridad pública que actúan como posibles detonantes de esta situación y conllevan a que el adolescente se incorpore al mundo de las drogas, por tal motivo al realizar un tratamiento para el abandono del consumo de sustancias se debe abarcar de manera integral.

Otros autores como Calvete y Estévez (2008), González y Andrade (2012), Salazar y Arrivillaga (2004) y Dustin (2013), plantean en sus investigaciones algunas temáticas puntuales como la asociación entre el estrés, esquemas cognitivos, impulsividad y consumo de drogas que fueron indagados mediante encuestas a 657 adolescentes (367 mujeres y 290 hombres), cuyos resultados arrojaron que los acontecimientos estresantes al igual que la grandiosidad y el autocontrol insuficiente se asociaban significativamente al consumo de sustancias psicoactivas, además de existir episodios de depresión que disminuyen la efectividad de las habilidades de supervivencia y la posible ausencia o inadecuada estructuración de un proyecto de vida.

▪ **Comunidad terapéutica**

Hernández (2010), Nizama y otros (1995) plantean que las Comunidades Terapéuticas en adicciones son caracterizadas por poseer un equipo de profesionales que guían terapéuticamente a las personas adictas con el fin de generar relaciones interpersonales y actividades que puedan ser utilizadas con fines terapéuticos que conlleven a la modificación de conductas y comportamientos inasertivos buscando obtener un nuevo aprendizaje a partir de la comunicación y las relaciones establecidas con personas que tengan situaciones similares funcionando como grupos de autoayuda y ayuda mutua.

Fiestas y Ponce (2012) argumentan que la Comunidad Terapéutica es una organización democrática que se encuentra estructurada por medio de un sistema de límites, normas y valores éticos que proporcionan un desarrollo integral al adicto para su integración social, ya que se brindan herramientas como la motivación, habilidades para la vida y afrontamiento eficaz de las situaciones que se presentan.

Las comunidades terapéuticas trabajan con el propio sujeto y su familia, ya que un estudio reveló que estas constituyen una parte importante del proceso que ayuda a la continuación del tratamiento, pero muchas veces esta no se vincula, es decir, egresa y se inserta en una familia que no tiene los patrones adecuados para brindarle ayuda a la persona que se encuentra en el proceso de inserción a la sociedad, pues aunque adquiere habilidades individuales, sociales y comunitarias dentro de la institución muchas veces en la realidad la sociedad no le permite ejercer o demostrar lo aprendido. Esto conlleva a pensar en nuevas formas de reinserción y vinculación a la sociedad que sean efectivas, como por ejemplo redes de apoyo (familiares, educativas, laborales, sociales y culturales), así mismo asistencia y participación en programas de reinserción social.

▪ **Reinserción social**

Algunos autores como Tello, Serrani y Tovar (2007), López y Pérez (S.F), Rodríguez y Nute (2013), Fundación Atenea (2012), Ferrando (1994), Aramendi (S.F), García (2007) y EMCDDA (2003) han realizado investigaciones sobre el tema de reinserción social como un esfuerzo de integración de los drogodependientes a la sociedad, entendiéndola desde un punto de vista limitado y débil puesto que la sociedad es prejuiciosa y predispuesta para señalar y estigmatizar a aquel que ha sido abusador o

adicto a las drogas, ya que es visto como el “anormal” que causa desequilibrio en los patrones sociales, siendo así víctima en ocasiones de una diferenciación social a raíz del consumo, lo que trae como consecuencia exclusión o marginación. Dicha problemática se asocia a otras como el robo, la extorsión y el comercio sexual que conllevan a que estas personas sigan siendo eje de vulnerabilidad.

Otros autores como Solveig (S.F), Rubio (2001) y la Fundación Ede (2011) permiten ver la reincorporación como un proceso complejo, ya que durante la etapa de consumo y de rehabilitación existen pérdidas en redes familiares, pérdida de habilidades sociales y cognitivas que hacen parte de los obstáculos presentados al momento de la reinserción social. Por tal motivo y con la intención de favorecer la reintegración del individuo es necesario desarrollar estrategias que permitan la reconstrucción de las redes sociales resquebrajadas y la incorporación a nuevas redes formales de apoyo, así mismo la vinculación al ámbito laboral y/o escolar que beneficien el desarrollo de la autonomía emocional y económica, el reconocimiento social y el sentimiento de independencia, todo esto a través de la reincorporación o reinserción.

Teniendo en consideración lo mencionado anteriormente, el punto de ruptura de esta investigación es por enfoque ya que se realizó una revisión evaluativa del impacto de los procesos de reinserción aplicados desde el modelo de Comunidad Terapéutica a los consumidores de SPA que recibieron tratamiento en Despertando Corazones, lo cual evidencia que este estudio no se desarrolló como una investigación convencional o tradicional como comúnmente se hace, si no como una evaluación de procesos; además de ser por contexto, ya que en la única comunidad terapéutica de la

localidad de Cartago no se ha analizado el impacto de los procesos de reinserción aplicado.

1.3- JUSTIFICACIÓN

El siguiente apartado pretende mostrar la importancia de esta investigación desde diferentes aspectos como lo es la unidad de análisis, ya que se realizó una evaluación sobre los procesos de reinserción a partir del punto de vista del egresado, sus vivencias, su sentir, y no desde la mirada del experto o de las instituciones.

Así mismo fue significativa para el contexto Cartagueño por la dinámica y la historia que Cartago acarrea, pues como se mencionó anteriormente el municipio es considerado como un puente estratégico para el transporte, venta y consumo de sustancias psicoactivas a nivel regional y nacional, a lo cual se le suman otras problemáticas como “...la mendicidad, el trabajo infantil, el uso de niños, niñas y adolescentes en actividades de delincuencia, entre las que se encuentra el tráfico de estupefacientes, la presencia de muchas zonas en las que hay ejercicios de diferentes modalidades de prostitución, la existencia de un fenotipo que corresponde a cánones de belleza preestablecidos por la sociedad de consumo y la existencia de un buen número de hombres que se dedican a diferentes oficios y entre los que se encuentran “capos” del narcotráfico y mandos medios, que buscan a niñas menores de edad para conseguir “favores sexuales” o pagar por intercambio sexual” (Jiménez y otros 2011).

Dichas situaciones visibilizan y aumentan la problemática a nivel local, no obstante, son pocas las instituciones que trabajan para contrarrestar estas dificultades, pues en el municipio solo se cuenta con tres fundaciones Nueva Alianza, El Shaday y Despertando Corazones que se rige bajo el modelo de

Comunidad Terapéutica y una clínica Psiquiátrica (Unidad de conductas adictivas “PSICO”).

Esta investigación es importante para Trabajo Social porque le permite al profesional del área revisar el método de intervención específico a partir del impacto generado en las vidas de cada uno de los egresados, y en este sentido pensar una metodología de intervención alternativa que incluya las fortalezas de dicho proceso y se complemente con las experiencias y los aspectos a mejorar que se evidencian desde la investigación para lograr una intervención efectiva que apunte al bienestar social de los sujetos desde esta disciplina.

Por otra parte, es de utilidad para las fundaciones o centros de rehabilitación del municipio de Cartago, porque son las encargadas de realizar los procesos que buscan la reinserción social del individuo, lo que permite conocer el impacto generado en la vida de los egresados a partir los procesos llevados a cabo, y a su vez es importante para la sociedad civil, instituciones, estudiantes, funcionarios públicos o todo aquel que desee ampliar su conocimiento y comprensión sobre los procesos de reinserción social aplicados en las Comunidades Terapéuticas y su efectividad, lo cual permite tener otro punto de vista y generar futuras acciones.

1.4- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La Fundación Despertando Corazones representa un espacio importante en Cartago, ya que es la única institución del municipio que trabaja bajo el modelo de Comunidad Terapéutica para la reinserción social por consumo de sustancias psicoactivas, la cual constituye una problemática vigente a nivel local que puede resultar efectiva o no, por lo tanto es necesario evaluar el impacto generado en los egresados, en este sentido la pregunta de esta

investigación es: ¿Cuál es el impacto de los procesos de reinserción social agenciados por la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago?

1.5- OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el impacto de los procesos de reinserción social agenciados por la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago (V).

Objetivos específicos

- Caracterizar la población egresada de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones.
- Valorar el efecto del tratamiento desarrollado en el área de salud física y mental con los egresados de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones.
- Medir la efectividad de las estrategias terapéuticas para la reincorporación a la red familiar y redes de apoyo con los egresados de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones.
- Determinar el alcance adquirido en competencias ocupacionales por los egresados de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta investigación permitió evaluar los procesos de reinserción social aplicados por la Fundación Despertando Corazones a través de la experiencia de los egresados de la Comunidad Terapéutica, por lo tanto, fue importante tener en cuenta la estrategia metodológica, ya que esta muestra cómo se resolvió la investigación en relación con el acercamiento a la realidad y la manera como se asumió dicho proceso.

La metodología hace referencia al tipo de investigación, en cuanto a tiempo, profundidad, método, enfoque, aspectos técnicos y prácticos para la recolección de la información y el análisis de los resultados; además permite delimitar y clarificar las acciones realizadas en torno al alcance de la investigación.

Es importante mencionar que la unidad de análisis para esta investigación fue la población egresada de la Fundación Despertando Corazones programa masculino, porque en este se trabaja únicamente el consumo de SPA, mientras que en el programa femenino el ingreso es principalmente por Abuso o Explotación Sexual y Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA) asociada al consumo de sustancias psicoactivas. Siendo así, el grupo de investigación escogió la categoría de consumo de sustancias psicoactivas puesto que se considera como uno de los principales problemas del municipio en que residen, ya que como se mencionó anteriormente en el planteamiento del problema, Cartago ha estado permeado por diferentes acontecimientos que hacen visible la problemática del narcotráfico a nivel nacional especialmente en el Norte del Valle del Cauca.

Para conocer la población egresada de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones programa masculino, fue necesario hacer una

revisión documental, donde se encontraron datos como: nombres, apellidos, dirección, teléfono, fecha de ingreso y de egreso; posteriormente se conformó una base de datos con un registro total de 94 egresados, lo que permitió dar inicio a la búsqueda de la población a partir de los teléfonos y las direcciones que se hallaban en la misma, cabe resaltar que estos se encontraban desactualizados, por lo tanto se hizo necesario utilizar otras herramientas de búsqueda como lo son: las redes sociales, principalmente el Facebook.

Teniendo en cuenta la investigación por tiempo, se buscó conocer diferentes momentos procesuales antes, durante y después del proceso de reinserción de los egresados, lo que permite catalogar la investigación como tipo diacrónico que es entendida como el estudio de “una realidad que solo puede ser aquella que existe a través de los instantes de ese tiempo o momento. Pero cuando se concibe posible la copresencia e interacción de tiempos diversos, parece más adecuado reservar el termino diacrónico para procesos que ponen en relación esos tiempos diferentes” (Ibáñez, 1998, p. 16).

En cuanto al método de investigación, es importante entenderlo como un conjunto de normas y reglas que dan pasó a un tipo particular de procedimientos, constituyendo el medio de conocimiento de la realidad social que pone en funcionamiento un conjunto de etapas, herramientas o instrumentos. El enfoque de esta investigación es cuantitativo, ya que permitió medir en que tanto los procesos de reinserción aplicados a los egresados estaban siendo efectivos o no, es decir medir el impacto de los procesos aplicados.

Para la recolección de la información, las técnicas utilizadas fueron cuantitativas (encuesta y censo), dentro de las técnicas cuantitativas se encuentra la encuesta y dentro de esta el censo, que son un “cuestionario de selección de alternativas, un instrumento que produce información mediante el juego de preguntas. En cada una de las alternativas se marca un valor, que está refiriendo en intercambiabilidad o alternatividad a los otros valores propuestos. Se elige una de las alternativas, y así se marca un valor a esa pregunta” (Canales, 2006, p.18). Además la principal característica diferenciadora del censo es que se realiza a toda la población y no a una muestra como la encuesta, por tal motivo a partir del censo se buscó evaluar el impacto de los procesos de reinserción social aplicados a todos los egresados de la Fundación sobre las redes familiares y redes de apoyo, competencias ocupacionales, salud física y mental, indagando por el tiempo antes, durante y después del proceso de reinserción para ahondar en varios momentos procesuales.

Teniendo en cuenta la cantidad de egresados que es menor a 100 se decidió realizar un censo que permitiera recoger los datos estadísticos ya que la población total es de 94 egresados, de la cual se logró localizar a un total de 63, logrando la aplicación de este a 50 egresados, ya que 3 fallecieron en hechos violentos, 2 se encuentran en situación de calle, 2 residen en el exterior y los restantes no se mostraron receptivos en contestar. Para el diseño del instrumento se tuvieron en cuenta los objetivos planteados por cada área del tratamiento de reinserción social aplicados durante el tratamiento (salud física y mental, red familiar y redes de apoyo, competencias ocupacionales).

La encuesta aplicada constó de 61 preguntas, las cuales estaban divididas por objetivos, de la pregunta 1 a la 11 hicieron referencia a la caracterización

de la población, de la 12 a la 22 a la red familiar y redes de apoyo, de la 23 a la 32 a las competencias ocupacionales y de la 33 a la 61 hicieron referencia al estado de salud física y mental, la encuesta se diseñó con diferentes ítem, por tal motivo fue importante definir cada uno de ellos de acuerdo a las preguntas realizadas:

a) Salud física y mental

En cuanto al área de salud física y mental se consideraron los estado como malo (1), regular (2), bueno (3), siendo así: un estado de salud físico bueno implicó la ausencia de enfermedades, la capacidad del cuerpo para realizar ejercicio, coordinar, tener fuerza, resistencia y tener un peso corporal adecuado; el estado de salud regular hizo referencia a un estado donde el cuerpo se encuentra en un término intermedio, es decir, se presentan enfermedades o desequilibrios que no comprometen de manera grave el óptimo funcionamiento del cuerpo: y el estado de salud física malo significó que el organismo del egresado no se encontraba en condiciones idóneas para trabajar equilibradamente, es decir la presencia de enfermedades, desnutrición, bajo peso corporal, entre otras.

Tener un estado de salud mental bueno significó un equilibrio entre el egresado y su entorno, las situaciones que lo rodean, una actitud pertinente al momento de afrontar y manejar las emociones, los temores, los conflictos, los problemas y sus propias tensiones; un estado regular implicó la presencia de un desequilibrio en alguno de los aspectos anteriormente mencionados; y un mal estado de salud mental implicó la presencia de dificultades al momento de afrontar una situación determinada, no saber como manejar ni controlar las emociones, no saber tomar decisiones acertadas, perder el interés en diferentes cosas con facilidad.

Teniendo en cuenta que también se indagó por el estado de salud odontológico, se consideró bueno, en la medida que los dientes y las encías carecen de infecciones que puedan causar caries, inflamación de las encías, pérdida y mal posición de los dientes incluyendo el mal aliento; el estado regular significó la presencia de algunos signos y síntomas mencionados; y un estado de salud odontológico malo hizo referencia a la presencia de diferentes enfermedades periodontales, el mal aliento, la caries, el desgaste de los dientes, la erosión dental, la pérdida de dientes.

En relación al autocuidado, la valoración bueno significó la presencia de hábitos alimenticios adecuados, tener un aspecto personal adecuado teniendo en cuenta el vestuario y la apariencia física, mantener aseado el cuerpo; un autocuidado regular implicó un término intermedio entre los buenos hábitos y los malos que implican la ausencia de higiene, aseo, el desinterés por mantener una apariencia física adecuada.

En cuanto a la alimentación, se consideró como buena en la medida que se consumían alimentos ricos en nutrientes que ayudaran a mantener el organismo en un óptimo funcionamiento, además de llevar una dieta balanceada, como regular se consideró un estado de alimentación intermedio el cual tenía ciertas falencias y no le permitía ser óptimo y como mala se consideró en la medida en que se consumían alimentos dañinos para el organismo, comer a deshoras, no alimentarse correctamente para aportar al cuerpo los nutrientes necesarios.

Teniendo en cuenta las preguntas relacionadas con el estado de salud mental, al indagar por la forma en la que se asume la actitud frente a diferentes problemas como son los personales, familiares, laborales y con amigos, asumir la situación de una buena manera implicó la capacidad para

tomar decisiones adecuadas y la forma acertada para resolver dichos problemas, sin dejar que las emociones negativas interfirieran de manera inmediata en los problemas y una mala manera significó una actitud ofensiva, vengativa, asumir el problema de manera negativa, y reaccionando impulsivamente.

b) Red familiar y redes de apoyo

Para las redes familiares y redes de apoyo se utilizó una escala de (1), nada, (2) poco y (3) mucho que permitieron medir el grado de vinculación de las redes familiares y redes de apoyo al proceso de reinserción social, por ello las preguntas referentes a la vinculación de las diferentes redes en el proceso, nada hizo referencia a nula integración de los familiares a los procesos ; poco se refirió que las redes tuvieron algún grado de participación que fue mínima o poco significativa para el proceso y mucha vinculación implicó la presencia y asistencia de los familiares de forma permanente y consistente a las intervenciones realizadas para el proceso.

Así mismo se valoró la pregunta: ¿Qué tanto se vinculó su familia al proceso terapéutico?. La opción nada hace referencia a que este miembro de su grupo familiar no se vinculó al proceso; poco donde el miembro tuvo algunas participaciones dentro del tratamiento pero que posiblemente no fueron significativas; y mucho donde el entrevistado reconoce la vinculación y filiación de su familiar con el proceso llevado a cabo dentro de la Fundación.

Finalmente utilizando la misma valoración en cuanto a la pregunta ¿Qué tanto influyó su familia en el proceso de rehabilitación?, nada valoraban los entrevistados a aquellos miembros de su grupo familiar que consideraban que no habían tenido incidencia en su proceso; poco se le asignó a aquellos que de cierta manera habían contribuido en su tratamiento y como mucho

calificaban a aquellos miembros de su grupo familiar que consideraban había influido mucho en su proceso, bien sea por la vinculación o por el vínculo que entre estos existiera.

Por otra parte también se utilizó una escala de uno a tres para otras preguntas de esta área, pero en estos casos las variables fueron las siguientes: 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno, siendo el caso de la pregunta ¿Cómo eran las relaciones con su red vincular al momento de ingresar a la Fundación Despertando Corazones? y ¿Cómo eran las relaciones con su red vincular al momento de egresar de la Fundación Despertando Corazones? dejando entrever en este caso que las respuestas dadas partían de la subjetividad o experiencia de los encuestados con cada uno de los miembros del grupo familiar indagados, otorgando el número uno a aquellos miembros con los que la relación eran malas o nulas, dos a aquellas personas que posiblemente consideraban que la relación era regular y tres aquellas personas o miembros del grupo familiar con los que los egresados consideraban que las relaciones eran buenas. X

En la pregunta ¿Las intervenciones con su red vincular realizadas en la Fundación Despertando Corazones fueron efectivas? se permitieron tres respuestas: si, no y no realizaron intervenciones, partiendo que según el PAI los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a: conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas; cómo se realizan estos cambios, y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar los problemas particulares de adicción. Por ende la pregunta buscó identificar si se cumplen los objetivos con las mismas y si son efectivas o no.

c) Competencias ocupacionales

En el área de competencias ocupacionales también se utilizó una escala de 1 a 3, donde nada (1), poco (2) y mucho (3), esto con el fin de saber que tanto se fortalecieron las habilidades artísticas, deportivas, espirituales, culturales y manuales, por tal motivo fue importante anotar que nada (1) significó que no se realizó el fortalecimiento de la habilidad, poco (2) que faltaron actividades o interés por parte del residente para fortalecer las habilidades, mucho (3) que se realizaron las suficientes actividades para fortalecerlas, además de que hubo el suficiente interés por parte del residente para lograr que hubiera un buen desarrollo de esa destreza.

De igual manera fue calificado el nivel de necesidad de las siguientes habilidades para desempeñarse laboralmente: empatía, comunicación asertiva, buenas relaciones interpersonales, capacidad para tomar decisiones, capacidad para resolver problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones, manejo de estrés, liderazgo, manejo de grupo, facilidad para gestionar recursos, confianza en sí mismo, de las cuales las más importantes según la Fundación son: la comunicación asertiva, la empatía, el manejo de emociones y resolución de conflictos.

Después de aplicar la encuesta a los egresados se identificaron ciertos vacíos en algunas de las preguntas en cuanto a temas como competencias ocupacionales, habilidades personales, laborales y factores de riesgo y de protección, por tal motivo se vio la necesidad de complementar la información a través del desarrollo de un grupo focal que hace parte de las técnicas cualitativas, el cual no altero el tipo de investigación desarrollado, por el contrario complementó la misma; este es entendido según Mella (2000) como una situación donde la discusión grupal se utilizó en este caso como un medio para generar entendimiento profundo de las experiencias y creencias

de los participantes. Como lo señala Morgan (1998) los grupos focales se planifican con base a tres elementos constitutivos de toda investigación cualitativa: exploración y descubrimiento, contexto y profundidad e interpretación.

Para el grupo focal se utilizaron los mismos criterios del censo, que fueran hombres egresados de la Fundación Despertando Corazones, de los cuales se citaron 12, asistieron 9 con quienes se desarrolló y se llevó a cabo el grupo focal.

Para el análisis de la información recolectada a través del grupo focal se hizo la transcripción de la misma y a partir de esto se desarrolló una matriz metodológica que contenía aspectos como el verbatim, categoría de análisis, interpretación, y el soporte teórico, lo cual permitió hacer un análisis profundo de dicha información y compararlo con los resultados del censo. Es importante aclarar que aunque se realizó un grupo focal que hace parte de las técnicas cualitativas, ello no implicó que se convirtiera en una investigación mixta, ya que esta técnica se utilizó únicamente para complementar los datos estadísticos obtenidos.

Por otro lado, para el análisis de la información recolectada a través del censo se utilizó el Sistema Básico de IBM Statistics 19 que es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos, generando desde sencillos gráficos de distribuciones hasta análisis estadísticos complejos que permiten descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables y predecir comportamientos.

Este programa permitió el proceso de análisis de la información recolectada a través del censo, donde inicialmente se creó un archivo de datos en el cual se encuentra el esquema del censo (preguntas), a cada variable se le asignó un nombre y una etiqueta; posteriormente se pasó a introducir los datos recolectados en cada una de las variables, allí se calculó el porcentaje de estas lo que permitió sacar las tablas de contingencia con el análisis de la información, también se utilizó el programa de Microsoft Excel donde se elaboraron todas las gráficas contenidas en esta investigación.

La profundidad de esta investigación fue descriptiva, ya que se buscó evaluar el impacto de los procesos de reinserción social con los egresados frente a las actitudes y comportamientos antes y después de los procesos de reinserción desarrollados con ellos por la Fundación, en la misma medida que se buscó identificar características particulares de los egresados para realizar una caracterización de la población.

En ese sentido, es importante aclarar que la investigación cuantitativa según Ruth y otros (2005, p.40) “tiene unas características ontológicas, la realidad es objetiva; epistemológica, la separación entre el investigador y el objeto de estudio, la distancia frente aquello que se pretende investigar es vista como condición necesaria para alcanzar un conocimiento objetivo; axiológicos, el investigador busca desprenderse de sus principios valores, de su orientación político-ideológica, sus concepciones acerca del bien y el mal, de lo justo de lo que deseamos para nosotros y los otros; metodológicos, utilización de la deducción en el diseño y la inducción en el análisis, modelos de análisis casual, operacionalización de conceptos teóricos en términos de variables, dimensión de indicadores y sus categorías, utilización de técnicas estadísticas, fuerte papel de la teoría en el diseño de estudio,

generalizaciones en términos de predictibilidad, confiabilidad en los resultados”.

3. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO - CONCEPTUAL

Para comprender a mayor profundidad las categorías de análisis (impacto y reinserción social) que están establecidas en la presente investigación fue necesario remitirse al consumo de SPA (Sustancias Psicoactivas), ya que es el tema trabajado por la Fundación y además la situación desencadenante del tratamiento que realiza dicha institución, además de indagarse sobre el concepto de reinserción social e impacto.

3.1.- EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMO PROBLEMA

El consumo de SPA es entendido como un problema antiguo en que “Históricamente el hombre siempre ha consumido sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central. El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad alrededor del año 5.000 A.C.; se estima que el cáñamo se cultiva en China desde hace 4.000 años.

En América, el imperio Incaico sacaba tres cosechas anuales de hoja de coca las cuales se utilizaban como analgésico y energizante de uso diario, especialmente, en virtud de la fatiga producida por la altura. En la sociedad Azteca, igualmente se empleaba la ingestión del hongo llamado teonanacati y el consumo de peyote con fines religiosos. Con fines mágico-religiosos, para huir de la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para ello, por simple placer o con fines médicos el hombre ha hecho uso de plantas y productos químicos hoy incluidos en el concepto de drogas. Han sido muchas las sustancias psicoactivas empleadas, pero las más difundidas son la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los opiáceos. Probablemente, el alcohol sea el más antiguo de todos. Las

pesquisas históricas no son concluyentes, pero indican que la fermentación de algún fruto o de la miel es el origen remoto del primer psicoactivo” (Theodoro, 2007, p.3).

Así entonces, se pueden definir las sustancias psicoactivas como aquellas acciones que se encuentran asociadas al uso, abuso o dependencia a las drogas, ya sean naturales o sintéticas que introducidas en el organismo por cualquier vía de injerencia afectan el sistema nervioso central del individuo, lo que produce un gran número de reacciones físicas, mentales y comportamentales.

Según la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica (2003) las sustancias psicoactivas se han clasificado de acuerdo a diferentes intereses como son: Organismos Judiciales (Legales e ilegales); Industria (Drogas y medicamentos); Por su origen (Naturales, sintéticas y semisintéticas); Por su efecto (Depresoras, estimulantes y alucinógenas). Además autores como Ledoux y otros (2000) consideran que las sustancias psicoactivas tienen un grado de peligrosidad en el ser humano, de acuerdo a los efectos que estas tienen sobre el comportamiento de los individuos, la toxicidad para el organismo y la dependencia que estas pueden generar afectando principalmente a los adolescentes, al igual que la Fundación Despertando Corazones considera el consumo de sustancias psicoactivas como un problema.

Toda la problemática social en torno a las drogas según Jáuregui (2007) está relacionada con el proceso de anomia social que hace referencia a un problema de ausencia o quebrantamiento de leyes, valores, normas sociales por parte del individuo, entendido éste como una persona que se reduce y limita sus instintos a la internalización de valores sociales poniendo

necesidades a disposición de otros, es decir; se integra de forma pasiva a la sociedad, por lo tanto la anomia social se encuentra asociada al consumo de SPA entendiéndolo como una problemática que afecta el orden social.

3.2- CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS Y REINSERCIÓN SOCIAL DESDE LA FUNDACIÓN DESPERTANDO CORAZONES

FUNDESCO (Fundación Despertando Corazones) es un operador del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que es una institución del Estado que tiene en cuenta la perspectiva humanista que ve “al ser humano como integro, cargado de potencialidades que promueven su desempeño en todas las áreas de su vida y de las cuales este puede aprovecharse para salir de los obstáculos que se le presenten a lo largo de la existencia, se ubica al ser, frente al hecho de las adicciones a los causantes y formas en los que este como persona libre se contacta con las drogas sujetado a dichas sustancias y con el medio a través de las personas que le envuelve en el consumo” (Gil y Giraldo, 2012, p.3).

Por otro lado la Fundación al ser un operador de una institución del estado también se encuentra bajo la lógica del sistema funcionalista y por ello el individuo consumidor de SPA al estar inmerso en la sociedad produce desviación del orden entendida como “el proceso por el cual un individuo o grupo de individuos se aparta del cumplimiento de las normas socialmente establecidas. Aquellas modalidades de conducta desviadas de mayor transcendencia para el grupo son las conductas delictivas”. (Vicente, 2011, p.15). Por tal motivo, el individuo consumidor de SPA según la Fundación tiene una enfermedad mental y social que debe ser atendida por un grupo interdisciplinario, dentro de una institución que trabaje de manera integral dicho problema.

Siendo así, la Fundación Despertando Corazones brinda un tratamiento integral al adolescente consumidor trabajando bajo el modelo de Comunidad Terapéutica considerado como el trabajo “en un grupo de personas que, mediante el seguimiento de ciertos principios interpersonales característicos, han superado ampliamente el dolor y las conductas inductoras de dolor producidas por el aislamiento, y que han desarrollado las habilidades y la disposición para ayudar a otras personas previamente alienadas a lograr una sensación de compañía comunitaria, en una comunidad que incluye a gente que se encontraba fuera de la comunidad, y que sabe cómo ayudar a las personas a volver a ella” (Leon, 2004, P. 25).

Además la Fundación cuenta con siete etapas agrupadas en cuatro procedimientos según el PAI (2015):

1) Identificación, diagnóstico y acogida (1 mes).

Etapas de acogida y adaptación: Tiene una duración de 1 mes, en el que se busca hacer las debidas valoraciones desde las diferentes áreas (salud física y mental, familia, educación, competencias ocupacionales y redes de apoyo), también la afiliación a las diferentes entidades de salud y educación para iniciar el restablecimiento de derechos, de igual manera se busca que el residente o persona en tratamiento logre acoplarse a la dinámica institucional.

2) Intervención y proyección (8 meses).

Etapas de Despertar 1: Tiene una duración de un mes el residente inicia su participación activa en el tratamiento, es grupo bajo.

Etapas de Despertar 2: Tiene una duración de 4 meses, es grupo alto y empieza modelar su rol frente al grupo.

Etapa de Crecimiento Intensivo: Tiene una Duración 3 meses, es grupo alto continua con su modelado de rol con más responsabilidades e inicia sus salidas esporádicas a su red familiar.

Es importante saber que en estas tres etapas que hacen parte de Intervención y proyección, se encuentra la mayor concentración y trabajo a realizar por parte del residente para mantenerse en sobriedad, durante los ocho meses se trabaja en orientación y educación sobre enfermedades infecciosas, construcción del proyecto de vida del adolescente, intervención constante por psicología y trabajo social , se entrena en habilidades para la vida, se orienta en farmacodependencia inicia su asistencia a grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos) , identificación y asistencia a redes apoyo.

3) Preparación para el egreso.

Etapa de Servicio Social: Tiene una duración de dos meses, empieza su servicio social en alguna institución educativa o deportiva, inicia su asistencia a redes de apoyo donde pueda desarrollar y fortalecer sus habilidades ocupacionales, continúa realizando visitas a su red familiar con un tiempo de duración mayor.

Etapa de Desprendimiento gradual: Tiene una duración de un mes, el residente pasa más tiempo en su hogar que en la Fundación.

4) Seguimiento pos egreso.

Se continua haciéndole seguimiento en su hogar para evaluar cómo se desempeña en cada una de las áreas trabajadas en el tratamiento.

Según lo mencionado anteriormente es importante aclarar que la reinserción social hace parte del tratamiento y se puede identificar someramente en las primeras tres etapas del proceso, pero coge mayor fuerza en el segundo procedimiento realizado por la Fundación (intervención y proyección), específicamente en la cuarta etapa (crecimiento intensivo), ya que se entiende la reinserción social “como el proceso que apuntaría más cercanamente al sentido de una recuperación de la salud y del funcionamiento social en tanto la define como el conjunto de acciones dirigidas a promover un mejor estilo de vida de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social. Lo importante es que sea cual sea el término utilizado, lo que se pretende aquí es hacer referencia al proceso de reconstitución del vínculo social de personas que se encuentran en una situación de exclusión debido al consumo de sustancias” (Rodríguez y Nute, 2013, p.192). Es decir, es el proceso desarrollado para que el residente logre vincularse acertadamente en la sociedad según lo establecido en los diferentes espacios como lo son el familiar, educativo, laboral, social y salud que se encuentra influenciando el resto de áreas, ya que se debe tener un equilibrio físico y mental adecuado para su buen funcionamiento social.

Según lo anterior, la reinserción social implica un funcionamiento social adecuado en todas las áreas del ser humano, por lo tanto se hace necesario indagar frente a los conceptos de cada una de esos ámbitos que conforman el proceso de reinserción social.

a) Salud física y mental

Según la OMS (1948, p.1) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad”. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más

esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad, aunque la salud no puede ser identificada taxativamente como felicidad o bienestar sin más (Castañón, 2009). Así mismo, la salud permite a los seres humanos desarrollar sus potencialidades, por ello las modernas antropologías ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad.

Para lo que concierne a esta investigación se entendió la salud en términos generales como aquel estado bueno, regular o malo de un determinado organismo en un momento y lugar dados, donde el funcionamiento del cuerpo se encuentra en las condiciones idóneas para mantenerse equilibrado; gozar de salud implica estar bien en dos niveles como es el físico y el mental, por ello es importante definir ambos conceptos:

La salud física es también llamada por (Castañón, 2009, p.7) como salud somática que “es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas (por ejemplo, peso corporal, agudeza visual, fuerza muscular, funcionamiento eficiente del cuerpo, etc.). La salud es entendida aquí desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales. La salud vendría dada por los síntomas de alteración o lesión de dichos sistemas o funciones orgánicas”.

Siendo así se entiende la salud como el óptimo funcionamiento del organismo y del cuerpo que comprende varios aspectos relacionados con:

- La Calidad de vida: Entendiéndola como “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de

funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal” (Celia Y Tulskey, 1990).

- La salud bucal: Es entendida como el estado funcional de los dientes y las diferentes partes que forman la estructura del complejo maxilofacial.
- Buena alimentación: Significa elegir una alimentación adecuada que contenga y en la misma medida aporte todos los nutrientes necesarios para brindar la energía que cada persona necesita para mantenerse sana.
- El cuidado personal: hace referencia al conjunto de actividades que se encuentran relacionadas con el aspecto personal, la higiene, el aseo, la alimentación, que permiten tener una adecuada apariencia física y así mismo ayuda a prevenir infecciones y enfermedades.

Por otra parte, la salud mental es entendida como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales. También se considera un estado normal del individuo” (Carranza año citando a Davini, 1968, p.2).

Castañon (2009, p.7) la llama también salud psíquica que “es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar y comprender la información dada, ejecutar la capacidad para tomar decisiones, etc.). En la salud psíquica cobra importancia la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades, así como la de aceptar y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas”.

Los seres humanos, necesitan vivir satisfechos consigo mismos, con su entorno, y con las personas que los rodean, por tal motivo, se tuvieron en cuenta ciertos aspectos desde los cuales es valorada la salud mental de los individuos en la Fundación Despertando Corazones, entre ellos están:

- El manejo y control de las emociones: Que “no significa que ellas deban suprimirse, sino que se refiere a cómo manejarlas, regularlas o transformarlas si es necesario. Supone poseer una serie de habilidades que permitan a la persona hacerse cargo de la situación, tomar decisiones entre alternativas posibles y reaccionar de manera controlada ante los diversos acontecimientos de la vida” (Vivas y otros, 2007, p.6).
- La identificación de factores de riesgo: Que “es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (Peñañiel citando Clayton, 1992, p.2).
- La identificación de factores de protección: Que “serían aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Peñañiel citando Clayton, 1992, p.2).
- Las habilidades para la vida: Que hacen referencia a “destrezas para conducirse de cierta manera, de acuerdo con la motivación individual y el campo de acción que tenga la persona, dentro de sus limitaciones sociales y culturales”. (Mantilla, 2003, p.10).

b) Red familiar y redes de apoyo

El Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006, p.2) Art. 10 establece que “la familia, la sociedad y el estado son corresponsables en la atención, cuidado y protección de los niños, niñas y adolescentes”. Es decir, son las principales instituciones garantes de los derechos de los NNA.

Por tal motivo la familia fue una de las áreas significativas a indagar en esta investigación, además hace parte del proceso de reinserción social, desde este punto de vista la familia “se concibe como un grupo natural, en interacción constante con su medio social y define la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema” (Minuchi, 1977, p.8).

Históricamente la familia como sistema ha sufrido varias transformaciones por conveniencia o por cambios sociales dados a lo largo del tiempo, ya que es una institución que influye, regula e impone significados y valores a las personas, por tal motivo actualmente existen diferentes tipologías de familias que según Sánchez (2011) éstas responden a criterios funcionales, relacionales, estructurales que interaccionan de forma distinta con su medio, las cuales tienen como criterio las variables relativas al origen de la formación y de la unidad familiar, estableciendo también diferentes composiciones familiares que a la vez fueron consideradas dentro de la investigación como las variables a trabajar y evaluar, las cuales son:

- Familia nuclear: Es el término que establece unos límites más estrechos y definidos, en donde se incluyen a padres e hijos/as, que

suelen convivir en el hogar familiar sin más parientes. Está compuesta por dos adultos que ejercen el papel de progenitores y la prole.

- Familia monoparental: se encuentra compuesta por un solo progenitor, algunas de las causas que llevan a esta composición del hogar se deben a la separación o divorcio del matrimonio, la viudedad de uno de los conyugues o ser madre soltera. La mayoría de las familias monoparentales están compuestas por el progenitor femenino, es decir, madre con uno o varios hijos/as; El progenitor a cargo de los hijos/as ha de afrontar una sobrecarga de tensiones y tareas, y puede tener o no contacto con ellos. En ocasiones, este tipo de familias, uno de los hijos/as desarrolla la figura parental sin querer decir que esto sea en todos los casos. Monomarental = madre soltera, monoparental = Padre soltero.
- Familia reconstruida: Es aquella en la que los adultos forman una nueva familia a la cual al menos uno de ellos aporta un hijo/hija de una relación anterior, puede incluir a los hijos de ambos, el otro progenitor puede tener o no contacto con ellos, también se puede presentar el caso que una familia con un solo conyugue con sus hijos se incorpore otra persona que puede ser soltera/o, divorciada/o o viuda/o.
- Familia extensa: Incluye a otros parientes a parte de los padres e hijos/as, los abuelos/as, los tíos/as, los primos/as..., todos son parte de una familia que desborda los límites del hogar incluyendo otros grados más amplios de parentesco, extendiéndose al menos a tres generaciones en sentido vertical e incluyendo hasta los primos hermanos en sentido horizontal.

Para esta investigación también se consideró otra tipología de familia como es otros tipos de familia, entendiéndolas como aquellas conformadas únicamente por hermanos o por amigos quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la investigación fue importante revisar las redes familiares ya que es un principio de corresponsabilidad, donde esta constituye un factor significativo dentro de la vida del egresado al ser en la mayoría de los casos el primer contexto en el cual se vincula de manera inmediata, además de acuerdo al proceso de intervención brindado por la Fundación son estos los que acompañan el proceso terapéutico y el proceso de reinserción social, siendo así, Tobío y otros (2005) definen la red familiar como un fenómeno nuevo asociado a la transformación de la familia tradicional y a las limitaciones de las políticas sociales; es un concepto herramienta para el análisis del nuevo papel que están desempeñando las familias; teniendo en cuenta las variables de las tipologías de familia, entre las cuales se encuentra: Familia nuclear, familia monoparental, familia monomarental, familia recompuesta, familia extensa, situación de calle.

Así mismo fue importante indagar por las redes de apoyo, ya que estas aportan al mejoramiento de las condiciones de vida desde diferentes espacios que les permiten un crecimiento a nivel individual y colectivo a partir de la interacción y socialización con diferentes grupos, ya sean internos o externos, por consiguiente las redes de apoyo son el “conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permite mantener o mejorar su bienestar material, físico, mental y emocional. Las cuales realizan transacciones que implican dar y recibir ayuda afecto y afirmación con cierto grado de correspondencia” (Montes de oca, 2008, P.57).

De acuerdo al PAI las redes de apoyos son sistemas humanos cuyos miembros mantienen relaciones recíprocas y multidireccionales entre sí y las clasifican en:

- Red educativa: Aquellas orientadas a brindar capacitación en educación básica y pre laboral.
- Red espiritual: busca la interrelacionan directa o indirecta del individuo con un ser superior, tiene un propósito transformador.
- Red deportiva: Orientada mantener el cuerpo y mente sana, apuntando a una inclusión social.
- Red artística: Busca identificar y fortalecer la creatividad y las habilidades de los residentes en diferentes talleres.
- Red juvenil: Destinada a identificar o fortalecer la socialización con sus pares y grupos que permitan la interacción y construcción de saberes.
- Red ocupacional: Orientada a fortalecer y canalizar las habilidades que permitan la ocupación laboral de los residentes.

c) Competencias ocupacionales

Es importante tener en cuenta que las competencias ocupacionales o laborales surgen en los países industrializados para contrarrestar los cambios tecnológicos y generar competitividad en los trabajadores. Por tal motivo las definiciones dadas a las competencias ocupacionales la mayoría de veces estarán asociadas a los términos de competencia, competitividad, calidad y efectividad entre otras, que son el objetivo del desarrollo de estas destrezas, por ejemplo Larouss (1930) define las competencias ocupacionales como el conjunto de los conocimientos, cualidades, capacidades, y aptitudes que permiten discutir, consultar y decidir sobre lo que concierne al trabajo. Supone conocimientos razonados, ya que se considera que no hay competencia completa si los conocimientos teóricos no

son acompañados por las cualidades y la capacidad que permita ejecutar las decisiones que dicha competencia sugiere. En otras palabras, este concepto evidencia que para el desarrollo de competencias ocupacionales debe haber una vinculación entre dos ámbitos, el laboral (actividad y escenarios de trabajo) y el educativo (conocimientos para desarrollar el trabajo), ya que solo mediante la unión de ambas áreas se puede generar competencia.

Por otra parte la Internacional Standard Organization (2003) define las competencias laborales como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que aplicadas o demostradas en situaciones del ámbito productivo, tanto en un empleo como en una unidad para la generación de ingreso por cuenta propia, se traducen en resultados efectivos que contribuyen al logro de los objetivos de la organización o negocio. Es decir, la capacidad de la persona para realizar actividades laborales de manera efectiva y productiva, bajo condiciones de calidad que certifiquen positivamente el desempeño laboral del trabajador.

Lo anterior muestra que las competencias laborales son importantes y actualmente hacen parte de las destrezas que debe tener el ser humano para relacionarse con el otro y poder generar recursos económicos para su sostenimiento, por tal motivo estas competencias se han convertido en uno de los puntos a trabajar en el enfoque de formación y el tratamiento integral que brindan las instituciones ya que conectan el mundo del trabajo, con la sociedad y la educación para generar calidad y competencia.

Es por ello que esta investigación entiende por competencias ocupacionales o laborales el conjunto de los conocimientos apropiados (saber) y las habilidades y destrezas (saber hacer) desarrolladas por una persona, la capacidad de emplearlas para responder a situaciones, resolver problemas y

desenvolverse en el mundo (Ministerio de Educación Nacional, 2003). Así mismo, la Fundación Despertando Corazones también entiende las competencias ocupacionales como la habilidad y destreza de las personas para desempeñarse laboralmente de forma positiva, es por este motivo que existe una vinculación con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) que ha promovido el enfoque de competencias ocupacionales, formando a los residentes a través de cursos, como técnicos y tecnologías que permiten incrementar el conocimiento humano y la competitividad.

Además, en el PAI de la Fundación las competencias ocupacionales son trabajadas desde los siguientes puntos:

- Intereses laborales: Que hacen referencia a la identificación de los gustos y preferencias profesionales u ocupacionales para realizar ciertas actividades en que se tiene un talento potencial que contribuirá a mejorar el bienestar social y calidad de vida de la persona.
- Los recursos personales: Son características individuales que favorecen el desempeño ocupacional e influyen en la realización de tareas, actividades, ocupaciones y la hacen posible.
- Los recursos sociales: Son aquellos servicios que brinda el entorno social, en cuanto a ofertas, capacitación laboral y redes de apoyo que permitan una vinculación ocupacional y social.
- Capacitación pre laboral: Entendida como aquellos espacios donde se realizan trabajos sociales como parte de una preparación laboral que requiere el desarrollo de habilidades y competencias laborales básicas

3.3- REINSERCIÓN SOCIAL E IMPACTO

Como se mencionó anteriormente la reinserción social es el proceso que se da por la aplicación de un tratamiento, en este caso ejecutado por la Fundación Despertando Corazones y realizado dentro de sus instalaciones, buscando mejorar el estado del consumidor de drogas para mantenerlo en sobriedad, por tal motivo las investigadoras buscaron indagar en el impacto que genera dicho proceso en la vida de las personas que culminan el tratamiento (egresados).

De acuerdo a lo anterior, fue importante rastrear el concepto de impacto y como ha sido definido. Según la Real Academia de la Lengua Española esta palabra proviene de la voz “*impactus*”, del latín tardío y significa, en su tercera acepción, impresión o efectos muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso; es un término utilizado con mucha frecuencia en el área ambiental (Evaluación de impacto ambiental) y “comienza a utilizarse a finales de la década de los años 1960 en los países desarrollados, como un proceso de análisis y prevención de impactos ambientales, ante la presión de grupos ambientalistas y de la población en general. Más tarde, se incorpora la evaluación del impacto social de los proyectos como un concepto más amplio, que incluía no sólo el medio ambiente sino también a la comunidad. Actualmente, el concepto de impacto social incluye no sólo los resultados previstos sino también aquellos que no se previeron. Igualmente, contempla los efectos, tanto positivos como negativos que se pudieran presentar luego de la implementación de un determinado programa o proyecto en un grupo social o una comunidad” (Libera, 2007, p.7).

Gonzales (2003) define que el impacto puede verse como un cambio en el resultado de un proceso (producto). Este cambio también puede verse en la forma como se realiza el proceso o las prácticas que se utilizan y que dependen, en gran medida, de la persona o personas que las ejecutan.

De igual manera el Proyecto SEA (2006) define el impacto como la consecuencia de los efectos de un proyecto que pueden ser planeadas o no previstas. Los efectos generalmente se relacionan con el propósito mientras que los impactos se refieren al fin. Así mismo Bello (2009) plantea que el impacto se encuentra compuesto por los efectos a mediano y largo plazo que tiene un proyecto o programa para la población objetivo y para el entorno, sean estos efectos o consecuencias deseadas (planificadas) o sean no deseadas.

Como se evidencia estos tres autores definen el impacto como la consecuencia de efectos dados por la aplicación de un proceso, proyecto o programa que tiene fines planeados, por tal motivo esta investigación tendrá en cuenta estos aspectos, pero recogidos en la siguiente definición: el impacto es “la relación causa-efecto entre la aplicación de un determinado proyecto o programa y el impacto causado, los resultados de dicho proyecto presentes a mediano y largo plazo, el alcance, los cambios verificados en los grupos o comunidades, así como de qué manera se producen los cambios y la efectividad de estos, es decir, se consideran los efectos previstos o no, negativos o positivos, así como el factor tiempo en la duración de los efectos de una acción. Evaluar el impacto es determinar lo alcanzado” (Libera, 2007 p. 2). De acuerdo a esta investigación se buscó evaluar el impacto de los procesos de reinserción social a partir de los aspectos que se definen a continuación:

■ Valor del efecto del tratamiento: El concepto valorar “ha sido usado para indicar la utilidad o el precio de los bienes materiales, y la dignidad o el mérito de las personas. El uso filosófico del término “valor”, comienza cuando su significado se generaliza para indicar cualquier objeto de preferencia o de selección” (Ortiz, 2007). En este sentido el valor hace referencia a la estimación subjetiva que le hacemos a algo; es decir lo importante o el significado que las cosas tienen.

De acuerdo a los planteamiento de Ortiz (2007) los valores tienen tres características: 1. Que son cualidades que están adheridas a un objeto o bien, pero no tienen existencia concreta, sino una existencia virtual. Los valores antes de incorporarse al respectivo portador, depositario o bien, son meras “posibilidades”. 2. Son absolutos y universales. No cambian. Lo que cambia es su apreciación. 3. Todo valor tiene su polaridad, su contravalor y ambos parten en sentido contrario de un punto cero, de donde resultan jerarquías de los mismos o escalas de valores.

Todos los objetos, situaciones y cosas tienen un valor para los humanos, ya sea positivo o negativo, es por ello que nada de lo que rodea el entorno inmediato es indiferente de ser valorado. Se juzga a través de los valores cuando algo causa agrado o desagrado. Siendo así, el efecto del tratamiento desarrollado en el área de salud fue valorado en una escala de 1 a 3 donde 1 fue considerado malo haciendo referencia a situaciones de salud delicadas, graves, que afectan el funcionamiento del organismo; 2 fue regular aludiendo a situaciones de salud término medio, ni deficientes ni consideradas adecuadas; y 3 fue bueno, refiriéndose a un completo estado de bienestar físico, donde el funcionamiento del cuerpo no afectaba ningún ámbito.

De lo anterior surge otra categoría como son los efectos que hacen referencia a una cosa producida por una causa, planteándose desde el punto de vista filosófico las categorías de “causa” y “efecto” se refieren a la relación entre dos fenómenos, de los cuales la “causa” produce al otro denominado efecto; esa correlación recibe el nombre de relación causal (o de causa y efecto). Se denomina causa y efecto porque se ha comprobado que ninguna circunstancia surge porque si, si no que se da a raíz del desarrollo de un precedente, por lo que se considera que todo fenómeno tiene su origen, es lo que se denomina causa y lo que surge bajo la acción de la causa se denomina efecto.

■ Efectividad: su origen proviene del verbo latino “*efficere*” que significa ejecutar o llevar a cabo, viéndose reflejado en el desarrollo de su trabajo, en el cumplimiento de sus objetivos o metas y en la satisfacción del empleador, cliente o usuario. Es importante ahondar sobre el concepto de efectividad que según Ferro (2004) citando a Pérez (2001) la efectividad apunta hacia el éxito social y la satisfacción del usuario, generándose así la inquietud si las estrategias terapéuticas desarrolladas durante el tratamiento permitieron el objetivo que era la reinserción familiar y a las redes de apoyo y si los egresados se sintieron que funcionaron o fueron útiles para su proceso. Otros autores como la profesora Matilde Machado refiere que la efectividad busca medir la capacidad de que un individuo se beneficie de una intervención o servicio, en este caso el tratamiento terapéutico, bajo condiciones reales de actuación que difieren de las condiciones óptimas o experimentales no tiene aplicación universal

De esta manera la efectividad se mide con el grado de satisfacción del egresado o un buen resultado en cuanto a las estrategias terapéuticas o intervenciones que apuntaron a la reincorporación a la red familiar y redes de

apoyo por tanto, para evaluar o medir dicha efectividad fue necesario estudiar el Proyecto de atención Institucional, el cual permitió comprender las diferentes metas que se trazan desde la Fundación, ya que se puede observar que desde su visión como institución, se proyectan como garantes de los derechos, especialmente los de la familia; siendo necesario plantear unas variables entre las cuales se encuentra en los indicadores de eficacia manejados en el PAI, específicamente donde se habla de la vinculación de las familias o seres cercanos al tratamiento desde el enfoque ecosistémico, además de actividades como las Terapias familiares multidimensionales, que se centran en la familia, contenido de la declaratoria de adaptabilidad y vulneración de derechos.

■ **Alcance adquirido:** Se define como los logros obtenidos, el cumplimiento del objetivo o las metas esperadas después de la ejecución del proyecto o programa, por tal motivo la investigación ahondo en el alcance adquirido en competencias ocupacionales, ya que la Fundación espera que una vez culminado el proceso o tratamiento del adolescente, este tenga las habilidades y destrezas necesarias para desenvolverse acertadamente y de forma competitiva en el medio laboral.

4. MARCO CONTEXTUAL

4.1- GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE CARTAGO

Para la investigación “Impacto de los procesos de reinserción con los egresados de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago”. Fue necesario indagar sobre esta localidad también conocida como la Villa de Robledo y como la ciudad del Sol más alegre de Colombia; se encuentra ubicada en el departamento del Valle del Cauca, limita al norte con el departamento de Risaralda a una distancia de 27 kilómetros de su capital Pereira; al sur con Obando, al oriente con Ulloa, Alcalá y el departamento del Quindío y al occidente con Toro y Ansermanuevo. Por el municipio pasan los ríos La Vieja y Cauca, posee un clima cálido con una temperatura media de 24° C en promedio, se encuentra compuesto por 8 comunas, 223 barrios y 35.476 predios en la zona urbana de la Ciudad.



Fuente: Plan de Desarrollo Cartago 2012

Cartago fue fundada por el Mariscal Jorge Robledo el 9 de Agosto de 1540, en nombre del Rey de España Felipe II; se reconoció como municipio desde 1916, su nombre se debe a que casi todos los compañeros de Jorge Robledo eran oriundos de Cartagena (España). Las principales fuentes económicas del municipio son: la agricultura, la ganadería, el comercio, el turismo y la industria; se cultiva algodón, soya, millo, caña de azúcar y frijol; es epicentro ganadero y su principal atractivo turístico es la industria de los bordados a mano. El 9.1% de los establecimientos se dedican a la Industria; el 56.4% al comercio; el 33.5% a servicios y el 1.1% a otra actividad.

Por su clima esta localidad es considerada como la ciudad del “Sol más alegre de Colombia” y es visitada por personas que por prescripción médica requieren de climas cálidos y sanos como el Cartagueño. También es famosa no solo por sus bordados a mano sino por sus platos típicos: Tamal Cartagueño y el sancocho de gallina.

Cartago alberga diferentes referentes arquitectónicos que datan de la época colonial como son: la Casa del Virrey, el Conservatorio de Música Pedro Morales Pino (ubicado dentro de la Casa del Virrey), la casa de la cultura la Estación del Ferrocarril, la sede de la Alcaldía Municipal y las edificaciones coloniales de la carreras cuarta y quinta, que la hacen joya arquitectónica del país, en cuanto a los parques el principal es el Parque de Bolívar que es muy frecuentado por su frescura y los animales que en el habitan, el parque la Isleta, el parque lineal dentro de los más destacados, y cuenta con un parque ecológico humedal “El Samán”, Cartago cuenta con “El Aeropuerto Santa Ana” que es uno de los que posee mejor clima y pista de aterrizaje del país. Por otro lado es importante tener en cuenta la remota religiosidad de Cartago, ya que algunos templos religiosos como la iglesia de Santa Ana, la Iglesia de San Jerónimo, la Iglesia de Nuestra Señora de la Pobreza (Templo

de San Francisco), la Iglesia de San Jorge, y la Iglesia de Guadalupe, son considerados monumentos nacionales con más de 200 años de antigüedad e historia.

En cuanto al aspecto población, Cartago cuenta con un total de 128.566 habitantes, de los cuales 126.275 están ubicados en la cabecera municipal, lo que equivale a un 98.22% y 2.291 en la zona rural, equivalente a un 1.78%, de estas cifras estadísticas 61.684 son hombres y 68.882 son mujeres, tal como se muestra en las siguientes tablas anotando que no existe censo sobre los grupos vulnerables como las personas en situación de calle, indígenas, ROM (gitanos), reinsertados, víctimas del desplazamiento forzado, LGTBI entre otros.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - DANE PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2009-2010 GÉNERO Y GRUPOS DE EDAD CARTAGO									
Grupos de edad	2009			2010			Comparación 2010 - 2009		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-4	10,451	5,287	5,164	10,277	5,253	5,024	-174	-34	-140
5-9	10,465	5,325	5,140	10,469	5,241	5,228	4	-84	88
10-14	10,722	5,560	5,162	10,486	5,447	5,039	-236	-113	-123
15-19	11,570	5,873	5,697	11,341	5,762	5,579	-229	-111	-118
20-24	10,998	5,577	5,421	11,215	5,714	5,501	217	137	80
25-29	9,039	4,321	4,718	9,197	4,434	4,763	158	113	45
30-34	8,630	4,124	4,506	8,664	4,120	4,544	34	-4	38
35-39	8,353	3,992	4,361	8,296	4,002	4,294	-57	10	-67
40-44	8,594	3,852	4,742	8,538	3,849	4,689	-56	-3	-53
45-49	8,254	3,714	4,540	8,322	3,746	4,576	68	32	36
50-54	7,372	3,335	4,037	7,574	3,425	4,149	202	90	112
55-59	6,090	2,760	3,330	6,321	2,872	3,449	231	112	119
60-64	4,918	2,203	2,715	5,105	2,289	2,816	187	86	101
65-69	4,111	1,830	2,281	4,142	1,849	2,293	31	19	12
70-74	3,727	1,593	2,134	3,797	1,630	2,167	70	37	33
75-79	2,501	1,071	1,430	2,733	1,152	1,581	232	81	151
80 Y MÁS	1,961	851	1,110	2,089	899	1,190	128	48	80
Total	127,756	61,268	66,488	128,566	61,684	66,882	810	416	394

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA - DANE DIFERENCIA DE POBLACIÓN MASCULINA 2009-2010 GRUPOS DE EDAD				
Grupos de edad	Mujeres		Diferencia año 2010 - 2009	% de Diferencia
	2009	2010		
0-4	5,164	5,024	-140	-2.79%
5-9	5,140	5,228	88	1.68%
10-14	5,162	5,039	-123	-2.44%
15-19	5,697	5,579	-118	-2.12%
20-24	5,421	5,501	80	1.45%
25-29	4,718	4,763	45	0.94%
30-34	4,506	4,544	38	0.84%
35-39	4,361	4,294	-67	-1.56%
40-44	4,742	4,689	-53	-1.13%
45-49	4,540	4,576	36	0.79%
50-54	4,037	4,149	112	2.70%
55-59	3,330	3,449	119	3.45%
60-64	2,715	2,816	101	3.59%
65-69	2,281	2,293	12	0.52%
70-74	2,134	2,167	33	1.52%
75-79	1,430	1,581	151	9.55%
80 Y MÁS	1,110	1,190	80	6.72%
Total	66,488	66,882	394	0.59%

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA - DANE DIFERENCIA DE POBLACIÓN MASCULINA 2009-2010 GRUPOS DE EDAD				
Grupos de edad	Hombres		Diferencia año 2010 - 2009	% de Diferencia
	2009	2010		
0-4	5,287	5,253	-34	-0.65%
5-9	5,325	5,241	-84	-1.60%
10-14	5,560	5,447	-113	-2.07%
15-19	5,873	5,762	-111	-1.93%
20-24	5,577	5,714	137	2.40%
25-29	4,321	4,434	113	2.55%
30-34	4,124	4,120	-4	-0.10%
35-39	3,992	4,002	10	0.25%
40-44	3,852	3,849	-3	-0.08%
45-49	3,714	3,746	32	0.85%
50-54	3,335	3,425	90	2.63%
55-59	2,760	2,872	112	3.90%
60-64	2,203	2,289	86	3.76%
65-69	1,830	1,849	19	1.03%
70-74	1,593	1,630	37	2.27%
75-79	1,071	1,152	81	7.03%
80 Y MÁS	851	899	48	5.34%
Total	61,268	61,684	416	0.67%

Fuente: Plan de Desarrollo Cartago 2012-2015

También se consideró importante mencionar diferentes aspectos relacionados con las áreas de atención que se intervienen y mencionan desde el plan de desarrollo local (Cartago moderna, competitivo e incluyente 2012-2015), entre ellas se encuentran: la salud, la educación, la cultura, la recreación y el deporte.

En cuanto al área de salud el municipio cuenta con tres clínicas, Comfandi y la clínica Nueva que prestan sus servicios al régimen contributivo y una IPS que brinda atención al régimen subsidiado, según el anuario estadístico de Cartago-Valle (2010), 111.151 personas pertenecen a los niveles I y II del SISBEN, de los cuales el 44.5% se encuentran vinculados al régimen subsidiado.

En cuanto a la educación, actualmente el municipio cuenta con 31 instituciones oficiales entre públicas y privadas, según Secretaria de Educación se registra un total de 26.960 alumnos matriculados, lo que

equivale a un 95.1% de la población total de las personas en edad escolar, por tanto, 1.212 personas entre hombres y mujeres, es decir un 4.9%, falta por acceder al sistema educativo, los cuales corresponden 1.045 a la zona urbana y 167 a la zona rural. En cuanto al área de recreación, deporte y aprovechamiento del tiempo libre, según el Plan de Desarrollo Municipal (2013) Cartago cuenta con pocos escenarios deportivos entre los cuales están, dos coliseos con un entrenador de microfútbol, 16 parques distribuidos en los diferentes sectores, encontrándose la gran mayoría en mal estado y con poca iluminación, situación que facilita el uso inadecuado de los mismos escenarios. Con relación a esto se identifican diversas dificultades como el uso inadecuado del tiempo libre, incremento de los problemas sociales, altos índices de tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo, uso indebido y falta de escenarios e implementos destinados para la práctica deportiva.

Frente al área de cultura existen programas administrados por entidades privadas como lo es el centro cultural de la caja de compensación familiar (Comfandi) y pequeños centros culturales, que se articulan con la administración municipal para realizar actividades puntuales por sectores o en fechas especiales, lo que refleja la falta de programas estables por parte de la alcaldía en esta área, ya que según el plan de desarrollo municipal solo se ha brindado atención en este aspecto en un 13,4% enfocándose principalmente en atención a grupos vulnerables.

Por otra parte y teniendo en cuenta que esta investigación pone énfasis en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, es cabe resaltar que es un problema recurrente en el municipio de Cartago, ya que en diferentes sectores se evidencia el microtráfico de drogas, pues como se mencionó anteriormente Cartago es un sector estratégico para el transporte y venta de sustancias psicoactivas, lo que permite también un fácil acceso a estas lo

cual genera el desprendimiento de diferentes problemáticas sociales que afectan a la población Cartagüeña.

Es importante anotar que frente al tema de interés de la investigación, Cartago no cuenta con estadísticas relacionadas con la problemática del consumo, ya que por parte de las investigadoras hubo diferentes acercamientos a instituciones como Planeación Municipal, secretaria de salud y sus diferentes áreas, con el fin de buscar cifras que dieran idea de esta problemática, encontrando que especialmente la Secretaria de Salud no cuenta con datos claros o específicos acerca del tema, ya que como lo refiere el encargado¹ los funcionarios cumplen un papel de veedores, e incluso en el plan de desarrollo “Cartago Moderna Competitiva e Incluyente” 2012-2015, no se identifica algo específico de esta área; sin embargo desde la indagación que se realizó a estas instituciones se pudo evidenciar que los barrios de mayor consumo y expendio de SPA dentro del municipio son: El Ciprés, Bellavista, Fabio Salazar Gómez, la Platanera, la Playa y la Invasión, sectores que se encuentran ubicados en las comuna uno y tres y su población se caracteriza principalmente por ser de escasos recursos y pertenecer al SISBEN uno y dos.

4.2- FUNDACIÓN DESPERTANDO CORAZONES

La Fundación Despertando Corazones fue fundada inicialmente por un grupo de oración católica el 20 de julio de 1999 complementado por algunas

¹ Conversación sostenida con el profesional Federico Valencia Murillo (Psicólogo), el 16 de Julio de 2015

estudiantes de Psicología de la Universidad Antonio Nariño, a partir de ese momento la Fundación comenzó a trabajar como programa de rehabilitación para jóvenes y adultos adictos en modalidad internado (24 horas), con el tiempo adoptó el modelo de Comunidad Terapéutica y para el año 2000 por graves dificultades económicas la junta directiva decide cerrar la Fundación.

Para el año 2001, después de un plan de mejoramiento aplicado se obtiene la primera licencia de funcionamiento para el Programa Juvenil Masculino con el ICBF Regional Valle; es así como en el año 2002 se iniciaron labores mediante contrato con el ICBF (por 5 cupos), hecho que posibilitó entre otras cosas realizar acciones para el fortalecimiento institucional e implementación de estándares de calidad, a partir de estos procesos, para el año 2003 se funda el hogar femenino que inicia sus labores con 20 cupos subsidiados por el ICBF. Tanto en el hogar femenino como masculino le han brindado ayuda terapéutica más de 650 jóvenes de Cartago y el Norte del Valle, de los cuales cerca de 150 adolescentes han culminado satisfactoriamente su tratamiento, quienes se han reinserado exitosamente al sistema familiar y a la sociedad.

Actualmente cuenta con un cupo de 65 residentes, divididos en 25 para el hogar femenino y 40 para el masculino, subsidiados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, quien anualmente realiza dos supervisiones a los programas y una interventoría donde inspeccionan el pleno funcionamiento y cumplimiento de los lineamientos establecidos en el contrato.

AÑO	SEXO		Total general
	MASCULINO	FEMENINO	
2011	74	22	96
2012	86	34	120
2013	118	43	161
2014	106	27	133
Total general	384	126	510

En el cuadro anterior se relaciona la cantidad de personas que en los últimos cuatro años llegaron a la secretaria de salud, las cuales acuden por problemas de consumo o abuso de sustancias psicoactivas y en dicha institución se remite a otras entidades, haciendo uso de los convenios y obligaciones de las EPS, para atender esta problemática.

Una de las entidades encargadas de prestar estos servicios es la Fundación Despertando Corazones, que cuenta con programa dos programas, femenino y masculino, atendiendo especialmente a adolescentes menores de 18 años que presentan problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas. La Fundación tiene como misión: Atender servicios integrales orientados al restablecimiento de Derechos de los NNA en nuestro internado de atención al consumo abusivo y dependiente de sustancias psicoactivas (SPA), garantizando su atención en un ambiente de amor y comprensión donde prevalezca el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana, sin discriminación alguna, con su más plena participación en las actividades

cotidianas de nuestra Institución; acciones que van encaminadas a la reinserción de los egresados en nuestra sociedad.

5- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los siguientes apartados contienen el análisis de la información recolectada con los que se pretende dar respuesta a la formulación del problema y a los objetivos planteados en un inicio. El primer apartado contiene una breve caracterización de la población egresada de la Fundación, el segundo contiene el área de salud física y mental, el tercero red familiar y redes de apoyo y el cuarto el área de competencias ocupacionales.

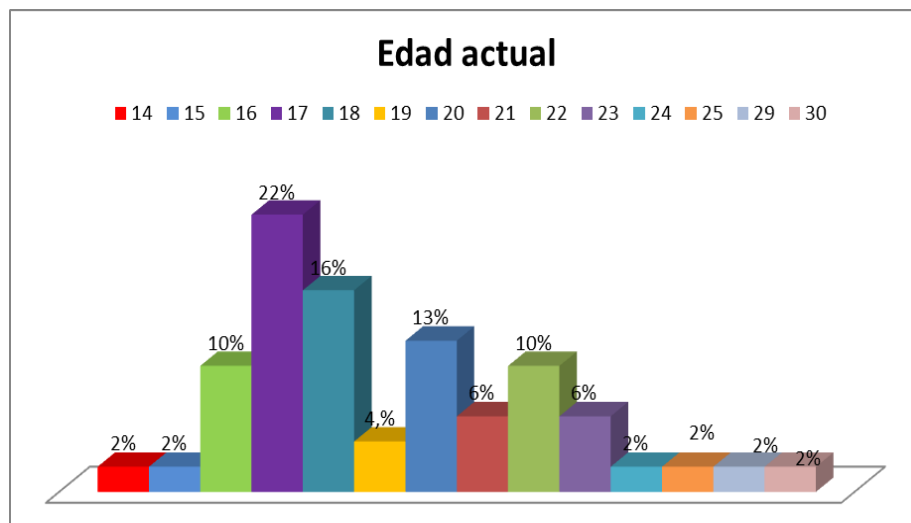
CAPITULO I

5.1- CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

En el presente acápite se caracteriza brevemente la población egresada de la Fundación Despertando Corazones del municipio de Cartago por medio de los siguientes aspectos: edades actuales, edad en que ingresaron a la Fundación y en la que egresaron, lugar de procedencia entre otros.

Es importante aclarar que para la realización y análisis de este apartado se contó con conocimiento previo de las estudiantes de trabajo social Mayra Alejandra López y Tatiana Vanegas que además de ser investigadoras de este trabajo desarrollaron su práctica profesional en la Fundación Despertando Corazones durante el segundo semestre del 2014 y primer semestre del 2015, por tal motivo tienen conocimiento sobre la dinámica institucional de dicho lugar.

Para dar inicio a la caracterización fue importante tener en cuenta las edades que tenían los egresados en el momento en que se aplicó el instrumento.



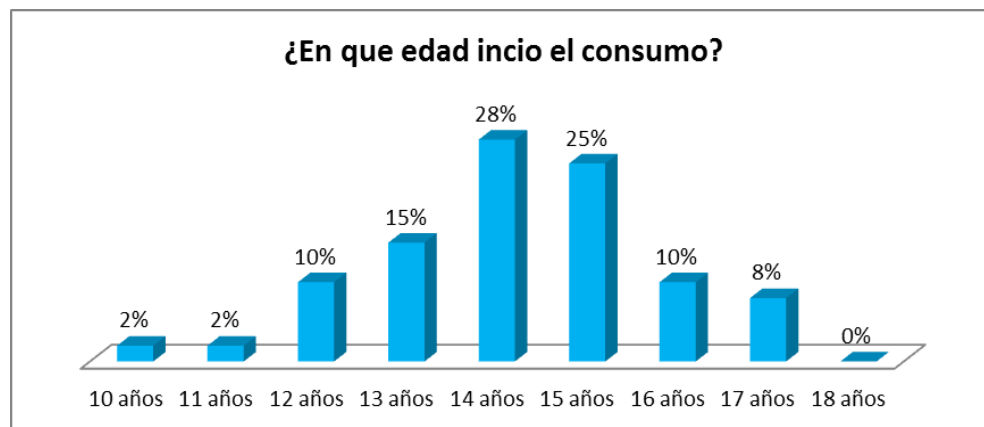
Teniendo en cuenta la edad actual de los egresados se puede identificar que el 83% de la población está en un rango de edad entre los 16 y 23 años de edad, lo que permite evidenciar que la gran mayoría de los egresados se encuentra dentro de la población joven colombiana según la ley 1622 de 2013 (Estatuto de ciudadanía juvenil) ya que indica que una persona entre los 14 y 28 años de edad es joven, lo cual significa que fue durante la etapa de la niñez y adolescencia que iniciaron el consumo de drogas. Según Navas (2010) la etapa de adolescencia se caracteriza por la curiosidad, el aumento del interés por actividades que contradigan la autoridad, el sistema nervioso empieza a desarrollarse con mayor fuerza, comienza la lucha con los mayores y puede terminar en crisis, tienen comportamientos inestables, en esta etapa también se empieza a buscar la aceptación de los pares, por lo tanto es la etapa más propensa para iniciar el consumo de drogas.

Además es importante tener en cuenta que está en el proceso de construcción de la identidad y según la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (2014) influyen diferentes aspectos:

- 1.- Dimensión comunitaria. Para que un joven se encuentre a sí mismo es necesario que haya encontrado su dimensión comunitaria. Se creará una unión entre lo que más o menos le viene dado (fenotipo, temperamento, talento, vulnerabilidad) y determinadas decisiones o elecciones que toma (opción de estudio, de trabajo, valores éticos, amistades, encuentros sexuales), y todo ello dentro de unas pautas culturales e históricas.
- 2.- Dinámica del conflicto. El adolescente suele tener sentimientos contradictorios, pasando de sentimientos de vulnerabilidad exacerbado a tener grandes perspectivas individuales.
- 3.- Período evolutivo personal. Cada individuo tiene su propio período evolutivo que dependerá tanto de factores biológicos, psicológicos, como sociales.
- 4.- Modelos recibidos. Ningún yo se construye de forma aislada. Primero recibirá el apoyo de modelos parentales, y posteriormente de modelos comunitarios.
- 5.- Aspectos psichistóricos. Toda biografía está inexorablemente entrelazada por la historia que a uno le toca vivir. Sin duda no es lo mismo vivir en época de paz que en época de guerra. Nelson Mandela dijo (Discurso en Trafalgar Square, Londres 2005) “A veces es responsabilidad de una generación ser grande. Tú puedes ser esa gran generación”. Según Erikson hay períodos en la historia vacíos de identidad debido a tres formas básicas de aprehensión humana: a) miedos despertados por hechos nuevos, tales como descubrimientos e inventos que cambian radicalmente la imagen del mundo, la forma de interactuar, trabajar, pensar, etc. b) ansiedades despertadas por peligros simbólicos percibidos como consecuencia de la desintegración de las ideologías anteriormente existentes. c) temor a un abismo existencial desprovisto de significado espiritual.

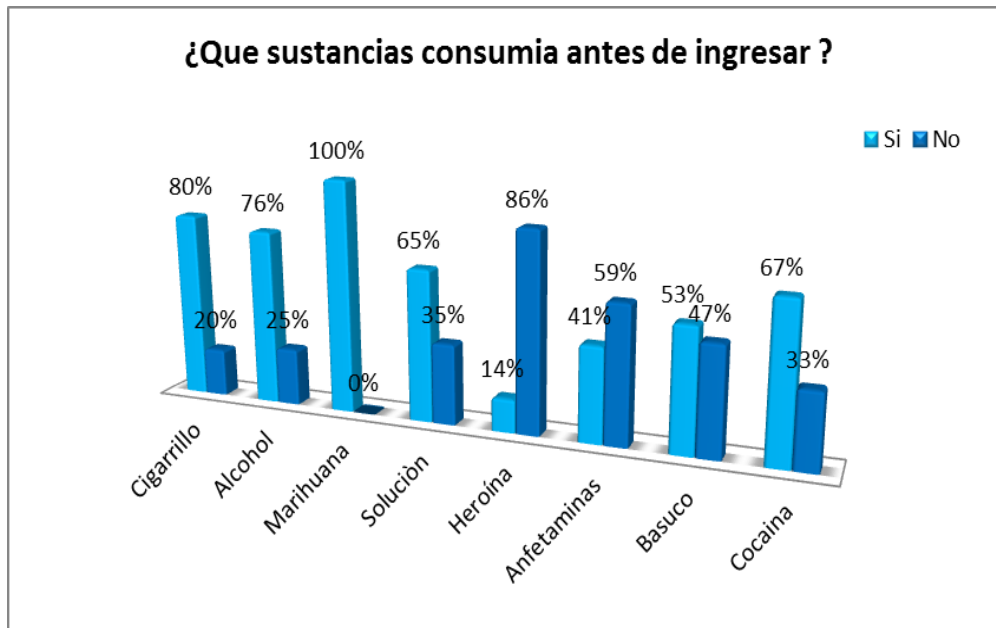
6.- Historia personal. Diferentes situaciones personales estresantes pueden tener una influencia negativa en la construcción de la identidad, como por ejemplo: a) tener que emigrar a otro país, sobre todo si ocurre en la adolescencia, pero también en la infancia; b) pérdida de un ser querido referente en la vida del adolescente; c) dificultades económicas importantes; d) sufrir maltrato, abusos o abandono.

Es decir, que todos estos aspectos influyen en el proceso de construcción de la identidad y además en el inicio del consumo de drogas, ya que los adolescentes iniciaron el consumo durante este proceso y en las siguientes edades:



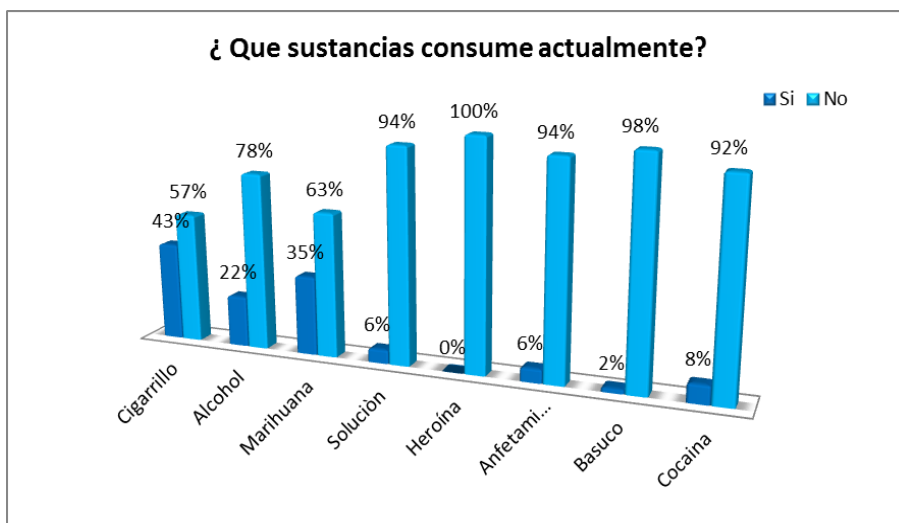
Según la gráfica el 79% de la población, inicio el consumo de drogas entre los 12 y 16 años, edades en que adolescente está en el proceso de construcción de la identidad, busca ser aceptado por sus pares, tiene dificultades con la autoridad, entre otras.

De igual manera fue importante indagar en las sustancias que consumía antes de ingresar a la Fundación:



La grafica evidencia que la mayoría de encuestados consumía cigarrillo (80%), alcohol (76%), marihuana (100%), solución (65%), basuco (53%) y cocaína (67%).

Según Prado (2013) la gran mayoría de los adolescentes consumen marihuana, alcohol y cigarrillo como lo muestra la gráfica anterior ya que son sustancias de fácil acceso, al igual que menciona que en la mayoría de ocasiones se pasa del consumo de las anteriores a la cocaína.



La gráfica evidencia que el 43% de la población encuestada consumen cigarrillo, marihuana 35%, alcohol el 22%, cocaína 8%, solución el 6%, anfetaminas 6% y bazuco el 2%, lo cual demuestra que actualmente hay egresados de la Fundación que continúan en el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, es decir que hay recaída, entendida según el PAI (2015) como un proceso en el cual las personas no se recaen de un momento a otro; primero va generando una serie de cambios que van facilitando la pérdida de libertad que conduce nuevamente al consumo.

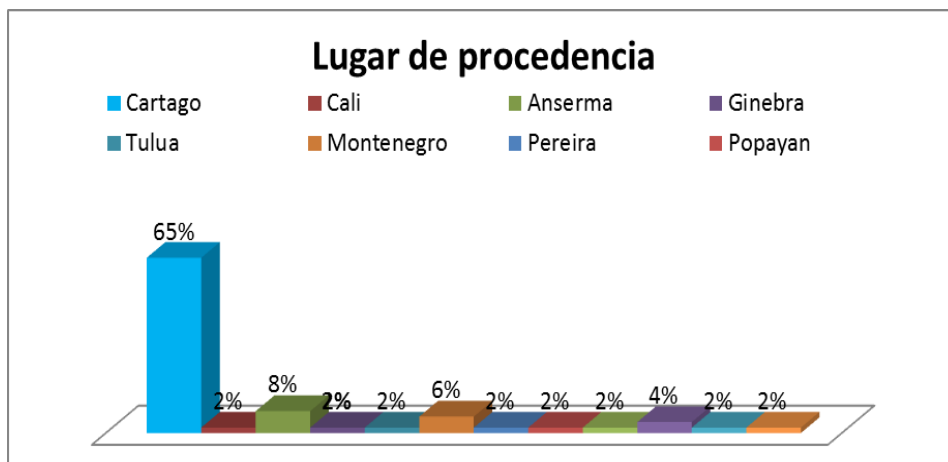
Además según la institución el proceso de recaída es una secuencia gradual de pasos que finalizan con la vuelta al consumo adictivo; para algunos el proceso dura tan solo unos días, para otros puede durar meses enteros e incluso años; la velocidad del proceso de recaída depende de la calidad del proceso de recuperación que se haya llevado a cabo, pues solo entra en proceso de recaída una persona que ha cambiado; aquel que nunca cambia solo está descansando, calmando su entorno y alistándose para volver a la misma vida, incluso si esta interno en una clínica o en una comunidad terapéutica puede estar simplemente esperando un tiempo, tomándose un respiro y reorganizando algunas condiciones estropeadas para retomar su vida.

Es decir, que según la Fundación, la recaída siempre va estar latente en la vida de una persona que ha realizado un proceso de recuperación y ha cambiado, por tal motivo ese proceso puede durar días, meses o incluso años y todo dependerá del tiempo que estuvo en tratamiento y el proceso de recuperación que realizó, lo cual significa que para hablar de recaída se entraría a indagar en la historia de consumo, sus efectos, consecuencias y comportamientos que se van generando a medida que se va dando el proceso de recuperación, aunque se pensaría que la recaída es aquel

proceso de consumo de sustancias psicoativas, que se da después de un proceso de recuperación, sin indagar el tiempo de tratamiento, por su parte Narcóticos Anónimos (1993) considera la recaída como una muestra de fracaso del tratamiento, pero que a su vez es dada porque no se cuenta con las redes de apoyo necesarias que mantengan en sobriedad al consumidor de drogas.

Pero según el PAI (2015) Lo normal en una persona que se está recuperando de una adicción es que viva procesos de recaída; si no se vive procesos de recaída, sencillamente tal vez nunca tuvo una adicción. Ahora bien, que sea normal que viva procesos de recaída no quiere decir que vuelva al consumo, pues, como se dijo anteriormente, la recaída es un proceso que va avanzado hasta finalizar en la vuelta al uso adictivo; del nivel de recuperación que la persona haya alcanzado, dependerá la velocidad del proceso, brindando así una mayor o menor posibilidad de detenerlo a tiempo. La recaída es un proceso que finaliza con la vuelta al uso adictivo y estilo de vida que se había cambiado, y que contempla las siguientes características:

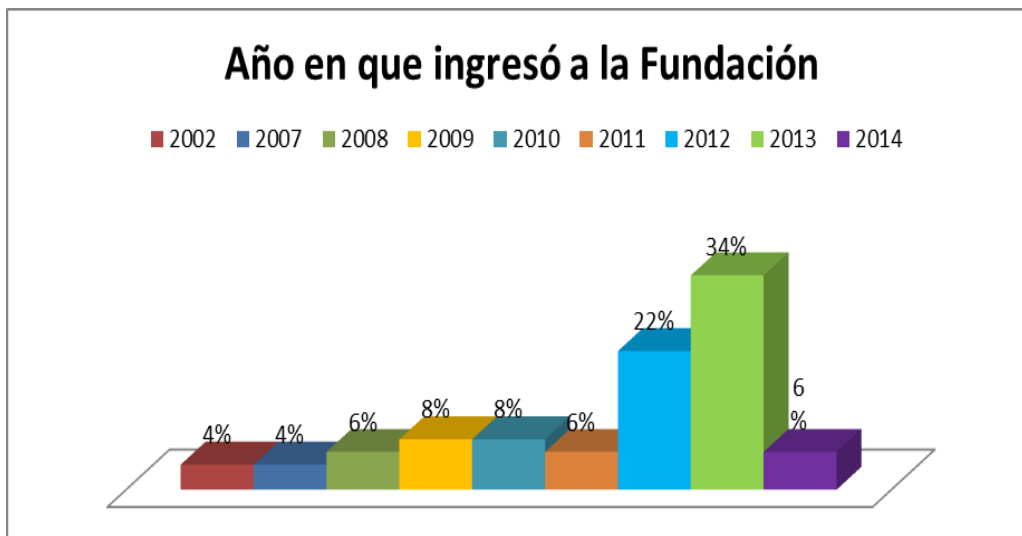
1. Es un proceso: Se desarrolla paso a paso y finaliza con el consumo adictivo.
2. Es progresiva: Una vez una persona se acostumbra a estar en una fase del proceso, es más fácil que siga avanzando a la siguiente.
3. Es sutil y engañosa: Se van normalizando muchas cosas del proceso hasta que el riesgo se olvida.
4. Es diagnosticable: Se puede evaluar el nivel en el que se encuentra.
5. Puede detenerse: Es posible para la progresión del proceso.
6. Es reversible: Una vez se detiene el proceso puede retomarse la recuperación a un buen nivel.



La gráfica anterior refleja que la población egresada procede en un 65% de Cartago, un 8% de Anserma, 6% Montenegro y un 4% Ibague, es decir que un 73% de la población es residente en el Norte del valle del cauca. Esto se debe a la ubicación de la institución, ya que se encuentra localizada en este sector y es la Fundación que atiende a la población vulnerable por sustancias psicoactivas en el Norte del Valle.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que el 26% de la población restante que proviene de otro lugar y llega a la Fundación se debe al perfil de vulnerabilidad que atiende la institución o por cuestiones de protección del adolescente, ya que la mayoría de ellos se encontraban vinculados a bandas delincuenciales o habían cometido algún tipo de delito que colocaba en riesgo su seguridad y existencia, lo que llevaba a realizar su ubicación y tratamiento en un lugar distante a su lugar de origen.

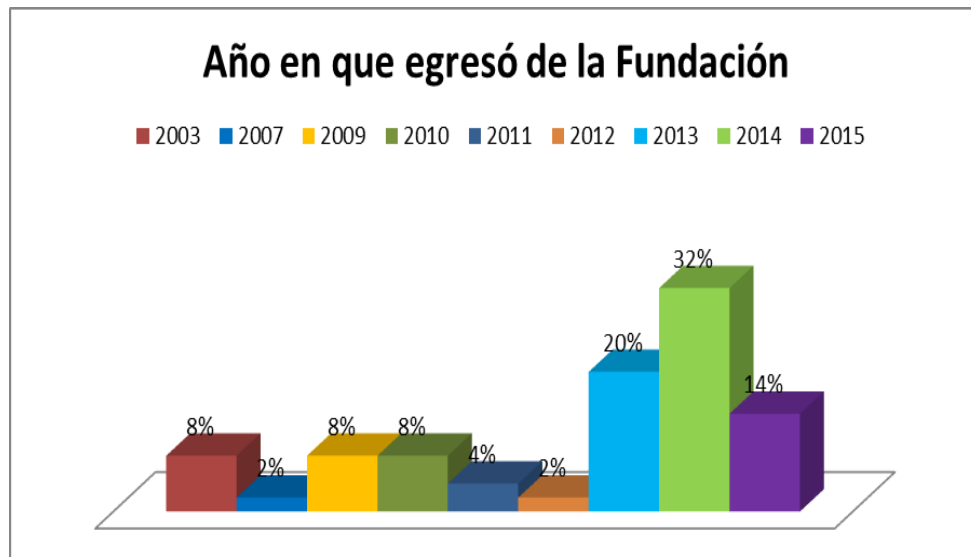
Por otro lado, para la caracterización es importante tener en cuenta los años de ingreso y de egreso a la Fundación.



Teniendo en cuenta la gráfica anterior, se evidencia que el 68% de la población ingreso a la Fundación entre el año 2011 y 2014, tiempo en el que Instituto Colombiano de Bienestar Familiar amplió los cupos en la Fundación para que se brindara una mayor cobertura al Norte del valle del cauca, además según el Análisis situacional de la salud (2010-2011) en el departamento del Valle del Cauca hubo un incremento en los indicadores de violencia dada en algunos municipios como: Cartago, Alcalá, Ansermanuevo, Argelia, El Águila, El Cairo, Obando, Ulloa, Toro, La Unión, La Victoria, Versalles y El Dovio (Norte del valle), incremento que se dio por el consumo y expendio de drogas, ya que diferentes bandas delincuenciales de estos sectores se encontraban en disputa por el territorio por obtener una mayor cobertura y expendio de drogas.

Según lo mencionado anteriormente, el alto porcentaje de ingreso a la Fundación entre el año 2010 y 2014 se puede relacionar con las situaciones que se estaban presentado durante el año 2011 y 2012 en el norte del departamento, lo que permite decir que si hay un incremento en la población

consumidora puede haber un mayor ingreso de adolescentes a Instituciones que trabajen y brinden tratamiento a las personas consumidoras de SPA.



Según la gráfica el 66% de los egresos entre el año 2013 y 2015 esto se debe a que la mayoría de los ingresos se dieron entre el año 2011 y 2014 y según el Plan de Atención Institucional de la Fundación la duración del tratamiento es de un año y medio (doce meses de proceso dentro de la Institución y seis meses de seguimiento en sus hogares), siendo así se consideró importante indagar frente a este aspecto con el objetivo de relacionar el año de ingreso y egreso con el tiempo de permanencia en la Fundación.



Como se dijo anteriormente, según la Fundación el residente debe permanecer en el proceso durante 12 meses, lo que significa que su egreso se debe dar un año después de su ingreso, pero esta grafica evidencia que según los encuestados ellos permanecieron en un 89% de 13 a más meses en la institución, esto se puede deber a estancamientos durante el proceso por problemas de comportamiento dentro y fuera de la Institución , por recaída en el consumo de drogas o por dificultades familiares que hacen imposible la incorporación del residente nuevamente a su familia si se considera como un factor de riesgo para la persona en tratamiento, lo que genera una reubicación que puede tardar algunos meses más.

CAPITULO II

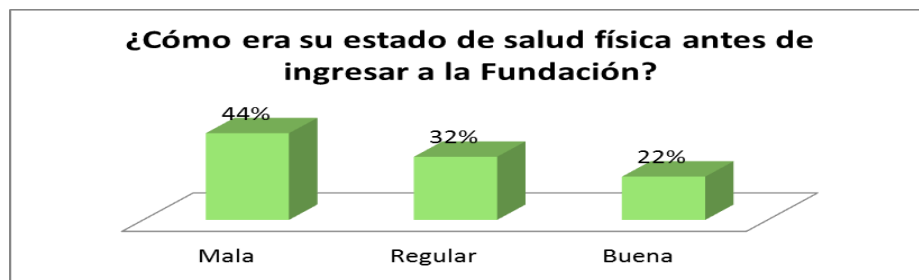
5.2- SALUD FÍSICA Y MENTAL

En el presente capítulo se valoran los efectos de los tratamientos agenciados por la Fundación Despertando Corazones en el área de salud física y salud mental, sobre las cuales se divide este capítulo, por ello fue importante abordar dos momentos que son el antes y el después del proceso de reinserción social.

5.2.1 SALUD FISICA

Teniendo en cuenta el concepto de salud mencionado anteriormente es importante analizar el **antes del proceso de reinserción**, comprendiendo la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1), siendo así, concretamente el estado de salud física es entendido como el óptimo funcionamiento del organismo y del cuerpo, éste comprende diferentes elementos relacionados con la calidad de vida, el cuidado personal, la salud bucal y la buena alimentación que son los elementos comprendidos dentro del Plan de Atención Integral.

Para indagar sobre el estado de salud física, en la encuesta se comprendió una escala de uno a tres en la cual uno es malo, dos es regular y tres es bueno², esto permitió identificar como se encontraban los egresados antes de ingresar a la Fundación en cuanto al estado de salud física.

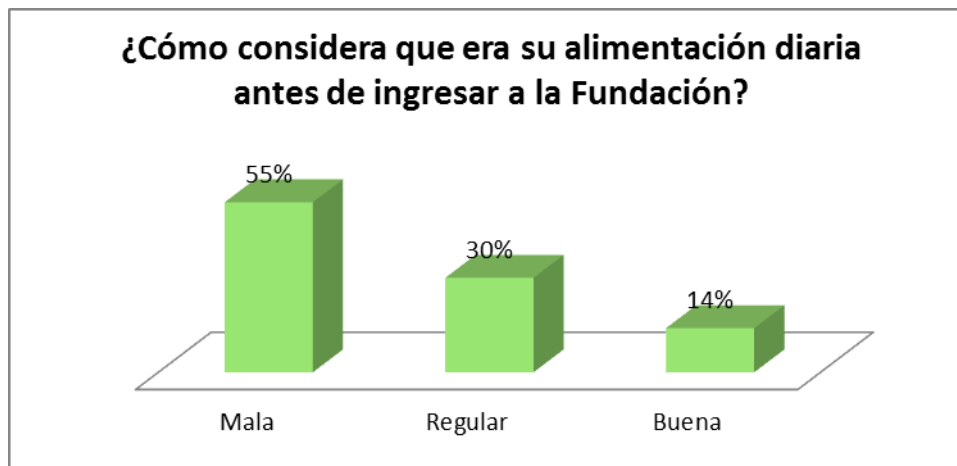


² Ver las definiciones de las opciones de respuesta en la página XX

Se puede evidenciar en la gráfica anterior que el 44% de los egresados manifestaron haberse encontrado en un estado deteriorado de salud antes de ingresar a la Fundación, un 32% lo consideró como regular y solamente un 22% la calificaron como buena. De acuerdo a esto, diferentes autores como Lorenzo y Castro (2006), Marzoa y otros (2006) afirman de forma conjunta que el consumo de sustancias como alcohol, cocaína, marihuana, tabaco, heroína entre otras, afectan de forma significativa órganos, ocasionando daños estructurales.

Para hablar específicamente de las enfermedades ocasionadas por el consumo, se retoma a Beleño (2011) quien plantea que los problemas médicos asociados al consumo de drogas son enfermedades pulmonares y cardiovasculares, apoplejía o ataques cerebrovasculares y diferentes tipos de cáncer. En sintonía con los planteamientos anteriores Volkow (2008) expresa que las diferentes enfermedades asociadas al consumo se dan dependiendo de las sustancias que el individuo usa y también de acuerdo a los efectos que produce y las consecuencias que genera. Los planteamientos mencionados ponen en evidencia que existe una gran relación entre consumo de SPA y enfermedad.

Como se mencionó anteriormente la alimentación se encuentra relacionada con la salud física, por ello se pone énfasis en este aspecto ya que puede influir de manera determinante sobre la salud del ser humano, se define la alimentación como “el conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos, o fuentes de las materias primas que precisa obtener, para llevar a cabo sus funciones vitales. La alimentación incluye varias etapas: selección, preparación e ingestión de los alimentos” (Palencia, S.F, p.1).

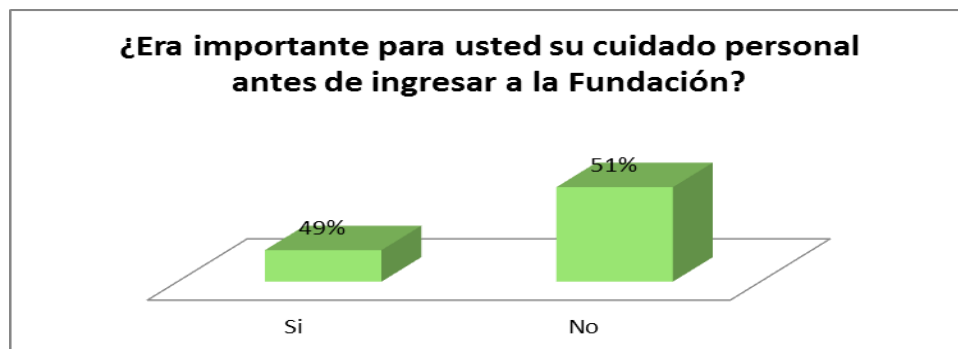


En cuanto a la alimentación diaria, la gráfica muestra que más de la mitad de la población antes de ingresar a la Fundación tenía una mala alimentación (55%), regular (30%) y sólo el 14% manifestó que era buena.

En este sentido, algunos autores plantean que los problemas relacionados al estado nutricional son diferentes dependiendo del tipo de sustancia y los problemas que se asocian con el consumo “contribuyen a que la alimentación del drogodependiente esté en un estado relativamente avanzado sea muchas veces irregular, escasa y desequilibrada, sin horarios fijos, basada en comida rápida de tipo snack, fría, fuera de casa. En muchas ocasiones se realizan únicamente 1 o 2 comidas a lo largo del día, lo que conduce a dietas hipocalóricas y se acentúa a su vez la anorexia agravándose el problema. Estas dietas hipocalóricas producen desnutrición y adelgazamiento con consecuente pérdida de masa muscular o emaciación y de grasa subcutánea. Esto se refleja en que los drogodependientes tienden a presentar un índice de masa corporal y parámetros antropométricos menores que individuos no drogodependientes” (Obermann, 2008, p.14).

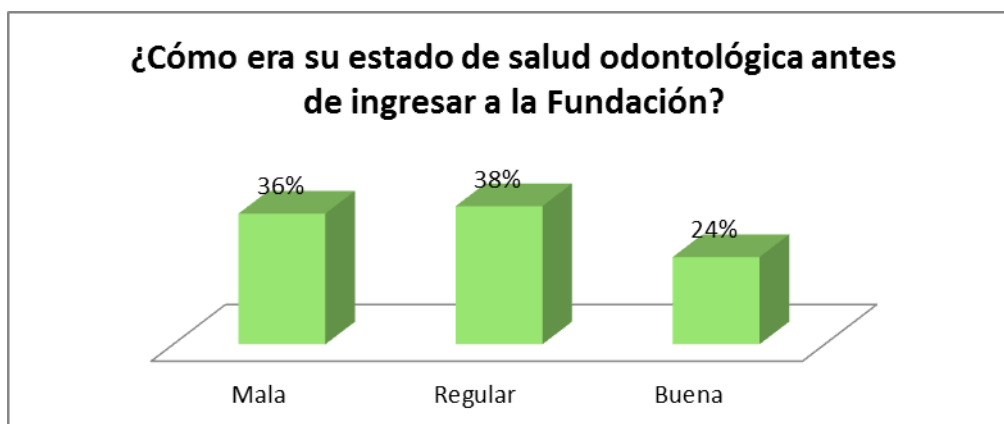
Es decir, que a nivel general las sustancias psicoactivas alteran el equilibrio alimenticio, ya que algunas producen pérdida de apetito, otras generan crisis de ansiedad, aumentan casos de bulimia y anorexia, así mismo se eleva el nivel de desnutrición, lo que genera un desbalance en los hábitos alimenticios adecuados para un correcto funcionamiento del organismo y un excelente estado de salud física, la cual se ve afectada con la alimentación diaria, pues una buena alimentación “proporciona las cantidades óptimas de la energía y los nutrientes esenciales para la vida, es decir, las proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua; así como la cantidad de fibra dietética necesaria para una correcta función intestinal” (Palencia, S.F, p.1). Ello implica poder satisfacer la necesidad de los individuos y en la misma medida que ésta es balanceada y aporta los nutrientes adecuados para lograr un estado de salud que permita un buen desarrollo del individuo.

Por otro lado también se indagó sobre el cuidado personal, entendiéndolo como “una forma de expresión, una forma de vivir plenamente. Cuidar significa comportamientos y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actitudes, buscando favorecer las potencialidades de las personas para mejorar la condición de vida” (García, 2009, p.290), por tal motivo el cuidado personal está asociado con aspectos relacionados a la limpieza, la higiene y el aseo que permiten tener una buena apariencia física y en la misma medida ayuda a prevenir enfermedades.



La gráfica anterior muestra que durante el consumo de SPA y antes del ingreso a la Fundación el cuidado personal no era importante para un 51% de los encuestados, por otra parte el 49% si le daba la importancia necesaria.

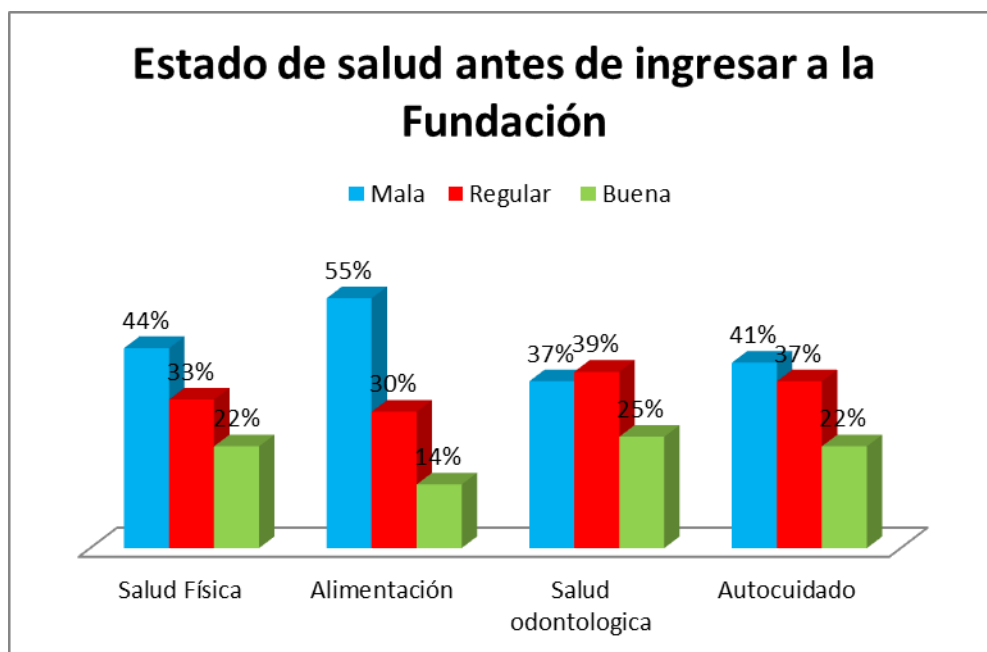
La cartilla de prevención y educación sobre consumo y abuso de drogas (2013) plantea que a partir del consumo de SPA, se muestra abandono en el cuidado de la apariencia personal identificándose éste como un factor que permite determinar cuando una persona está consumiendo drogas, sin embargo la gráfica refleja una diferencia del 2%, por lo que se puede considerar que el cuidado personal no siempre es un determinante del consumo de sustancias psicoactivas.



Los encuestados consideraron en un porcentaje no tan alto que su estado de salud odontológica era buena (24%), siendo el estado regular el que más prevalece (38%) y mala (36%). Se evidencia que los egresados perciben su estado de salud odontología entre regular y malo antes de ingresar a la Fundación.

Los datos reflejan que en un porcentaje bajo la salud odontológica antes de ingresar era buena, por lo que se considera que el consumo de SPA también altera éste aspecto y algunas investigaciones lo ponen en evidencia. Gigena y otros (2012) plantean que de acuerdo a las experiencias clínicas-odontológicas, se muestra en usuarios de SPA la presencia de numerosas alteraciones tales como: xerostomía, alteración del flujo salival, reducción de la capacidad buffer, erosiones, abrasiones, caries atípicas y pérdida dentaria; también es frecuente observar variaciones del umbral del dolor y de la percepción del gusto, atrofia de las glándulas salivales, erosiones y úlceras en la mucosa bucal.

De acuerdo a las anotaciones anteriormente descritas en este capítulo sobre el cuidado de la salud física antes de ingresar a la Fundación, en un balance general se afirma que los estados de salud en los que se encontraban los egresados antes del proceso de reinserción no estaban en condiciones óptimas, tal como se puede percibir en la siguiente gráfica.



Las cifras estadísticas como resultado de las encuestas, en cuanto a los estados de salud física (la alimentación, el autocuidado y la salud odontológica) permiten reflejar un porcentaje alto en los estados malo y regular, siendo los porcentajes más bajos el estado de salud bueno.

Lo anterior refleja que al momento de ingreso de los residentes a la Fundación su estado de salud no se encontraba en óptimas condiciones, ello deja ver la responsabilidad que le competía a la Fundación al momento de hacer el ingreso de los consumidores de SPA, por lo tanto FUNDESCO en calidad de brindar atención a los NNA abusadores o dependientes de sustancias psicoactivas, busca garantizar la atención en cuanto a la salud física. De acuerdo al Plan de Atención Institucional (PAI, 2015), en la primera fase de identificación, diagnóstico y acogida que dura 1 mes, se verifica el estado toxicológico, se hacen pruebas toxicológicas a los adolescentes que así lo requieran y si alguien llega en estado de intoxicación debe ser remitido inmediatamente a desintoxicación en hospital o clínica. Así mismo, la Fundación valora el estado de salud física general en que ingresan los residentes teniendo en cuenta el estado nutricional, médico, odontológico, enfermedades infecto contagiosas, infecciones de transmisión sexual (ITS)³ (sobre todo cuando ha utilizado heroína o drogas de administración parenteral).

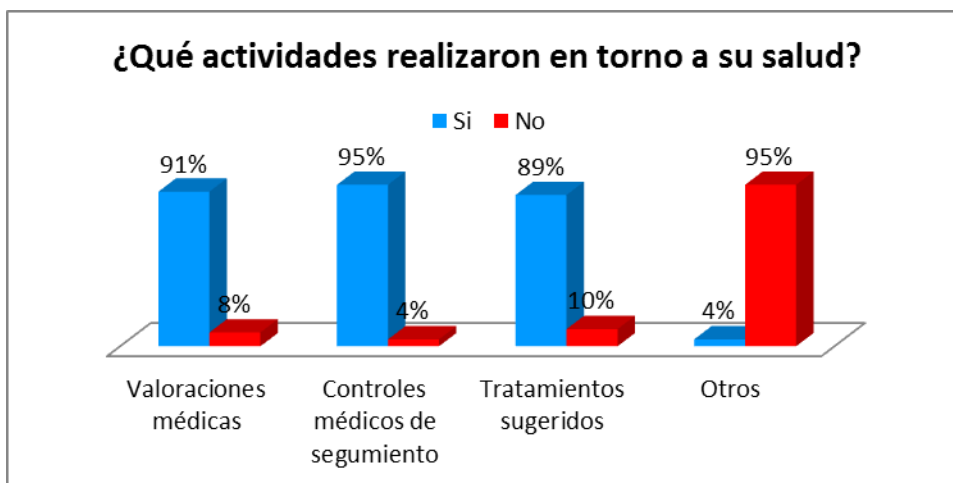
En la II fase se lleva a cabo la intervención que desde el área de salud busca verificar la situación toxicológica de los adolescentes, practicando pruebas de laboratorio cuando se sospeche consumo de SPA o como simple medida preventiva. Así mismo proporciona orientación y educación sobre

³ En la investigación no se tuvo en cuenta las enfermedades infecto contagiosas ni de transmisión sexual, ya que se buscó ahondar en la salud que puede ser cambiante a partir del consumo de sustancias psicoactivas.

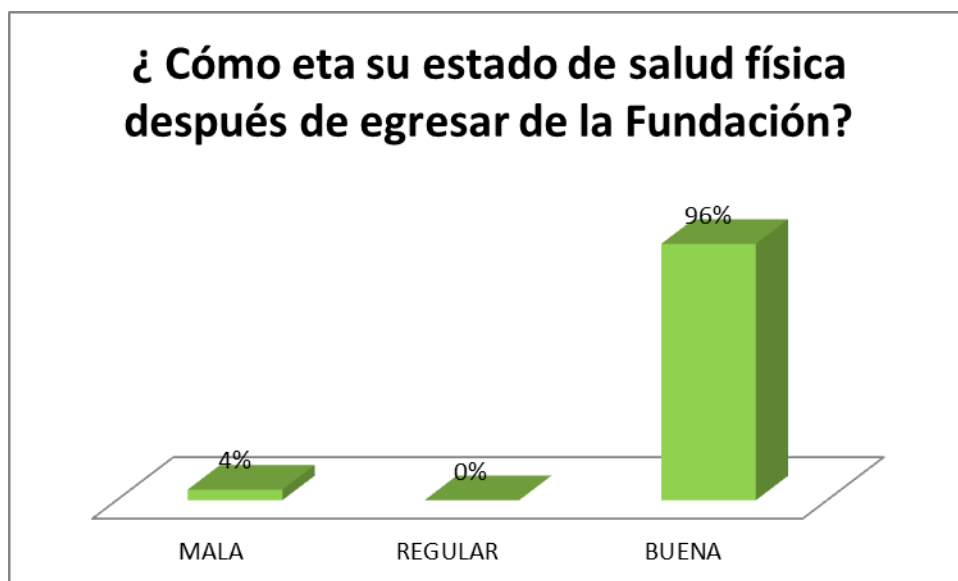
enfermedades infecciosas, brinda un seguimiento médico, odontológico, nutricional y de estado general de salud, según lineamientos Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En la misma medida proporciona la toma responsable de sus medicamentos prescritos por el médico y cumple cabalmente con su dieta alimenticia, se asea y viste correctamente.

Las anteriores acciones se llevan a cabo por la Fundación y sus residentes, como se muestra en la siguiente gráfica al momento de indagar por las actividades que ésta realizó en torno a la salud. En cuanto a las valoraciones médicas realizadas los egresados refirieron que si se realizaron (91%), No (8%); en cuanto a los controles médicos de seguimiento Si (95%), No (4%); los tratamientos sugeridos Si (89%), No (10%); y otras actividades Si (4%), No (95%). Esto refleja que en la mayoría de los casos se realizaron las actividades necesarias para velar y garantizar el derecho a salud de los residentes.

La gráfica muestra que en los casos donde la minoría de los egresados refirió que no se realizaron alguna de las actividades, se le aplicaron otras para mejorar su estado de salud física.

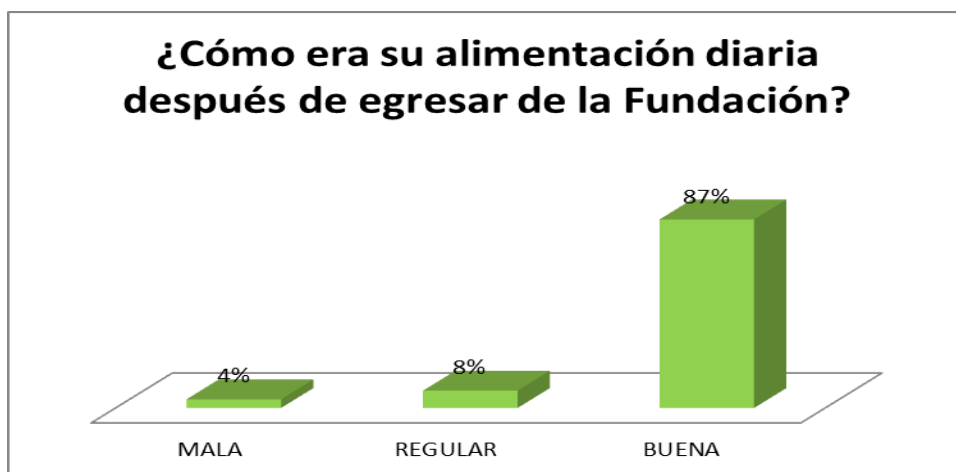


Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente se muestra como la Fundación lleva a cabo el cumplimiento de sus objetivos en unas de las etapas del proceso, ya que se lograron realizar las actividades necesarias y correspondientes en torno al área de salud para el proceso de rehabilitación, por tal motivo fue importante indagar sobre el estado de salud física después del egreso de los residentes para valorar los efectos del tratamiento desarrollado y medir porcentualmente que tan efectivos fueron los controles médicos de seguimientos y los tratamientos sugeridos, ello a través de una comparación entre los dos momentos procesuales, antes de y después de. A continuación se presenta el análisis de los estados de salud física, la alimentación, la salud odontológica y el autocuidado **después del proceso de reinserción social** para relacionar los cambios presentados a través del proceso y de las intervenciones brindadas por la Fundación.

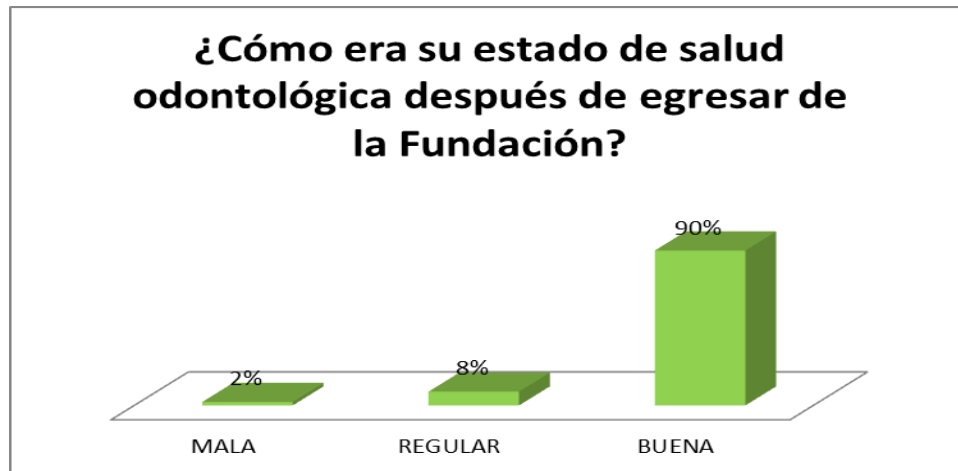


El gran porcentaje de egresados valoraron el estado de salud física después del tratamiento como bueno (96%) lo que permitió reflejar la efectividad del tratamiento brindado. Hernangil y otros (2011, p. 19) comprueban que “la salud de la persona siempre se encuentra afectada cuando hay un problema de drogodependencias, ya sea por la presencia de trastornos o disfunciones a nivel físico y psíquico derivados del consumo y/ o por la pérdida de hábitos saludables”. que para ello se necesita abordar esta desorganización, en un tratamiento integral que facilite mejorar los estados de salud física, así a través de los ejercicios y de los tratamientos brindados respecto a la salud fueron coherentes y pertinentes ya que lograron mejorar este estado.

En el estado de salud también influye de manera decisiva la alimentación ya que los buenos hábitos alimenticios “forman un conjunto que favorece el mantenimiento y mejora de la salud en las personas, en general, siendo más acentuado en el proceso de rehabilitación de drogodependientes” (Hernangil, 2011, p. 43). Al indagar por el estado alimenticio después del egreso los encuestados refirieron que este fue bueno en un 87% como se muestra en la siguiente gráfica.

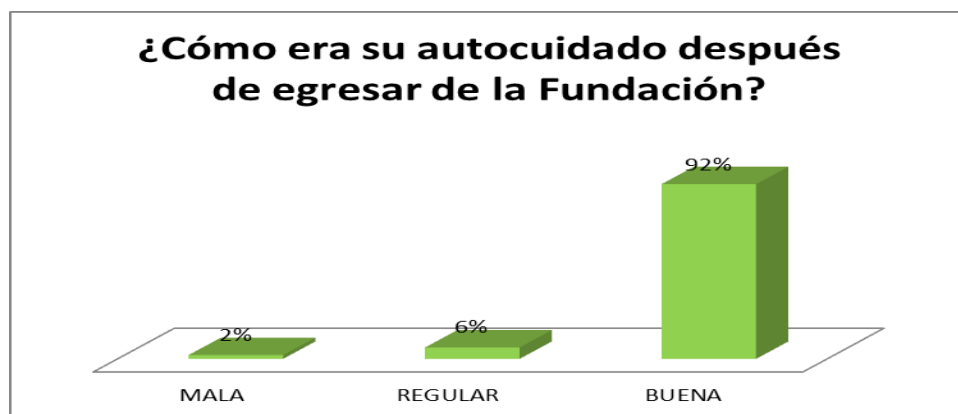


Por otro lado, en cuanto a la salud odontológica después del proceso se valora que esta mejoró, fue buena en un 90% de los encuestados, como se muestra en la siguiente gráfica.



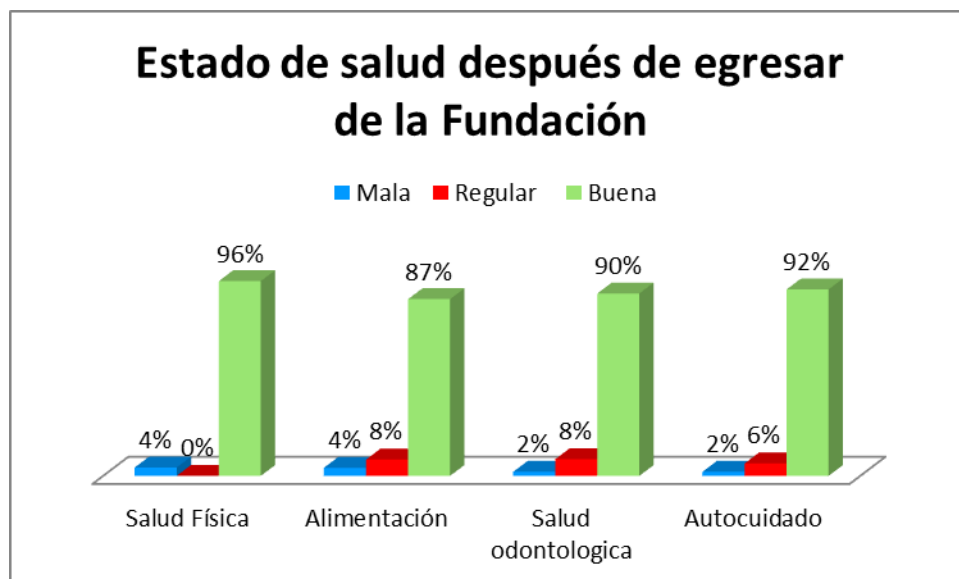
Los porcentajes permiten reflejar el mejoramiento continuo en este aspecto con respecto al estado de salud odontológica que presentaban los egresados al momento de ingresar a la Fundación.

La siguiente grafica permite reflejar los cambios que se presentaron respecto al autocuidado de los egresados después de terminar el proceso para la reinserción social.



Los hábitos de autocuidado mejoraron en un gran porcentaje, el 92% de los encuestados lo valoraron como bueno. De acuerdo a los planteamientos de Hernangil (2011) se debe considerar dentro de los tratamientos para la rehabilitación de consumidores de spa una intervención donde se adquieran hábitos relacionados con la salud y la higiene, pues estas suponen otras rutinas que ayudan a sentar y mejorar los aspectos del autocuidado que favorecen el autoestima. Lo anterior refleja la intervención pertinente por parte de la Fundación Despertando Corazones para lograr los cambios que les permitieron a los encuestados ver el autocuidado desde otro punto de vista para aplicarlos en su vida personal después del egreso e impactar de manera positiva.

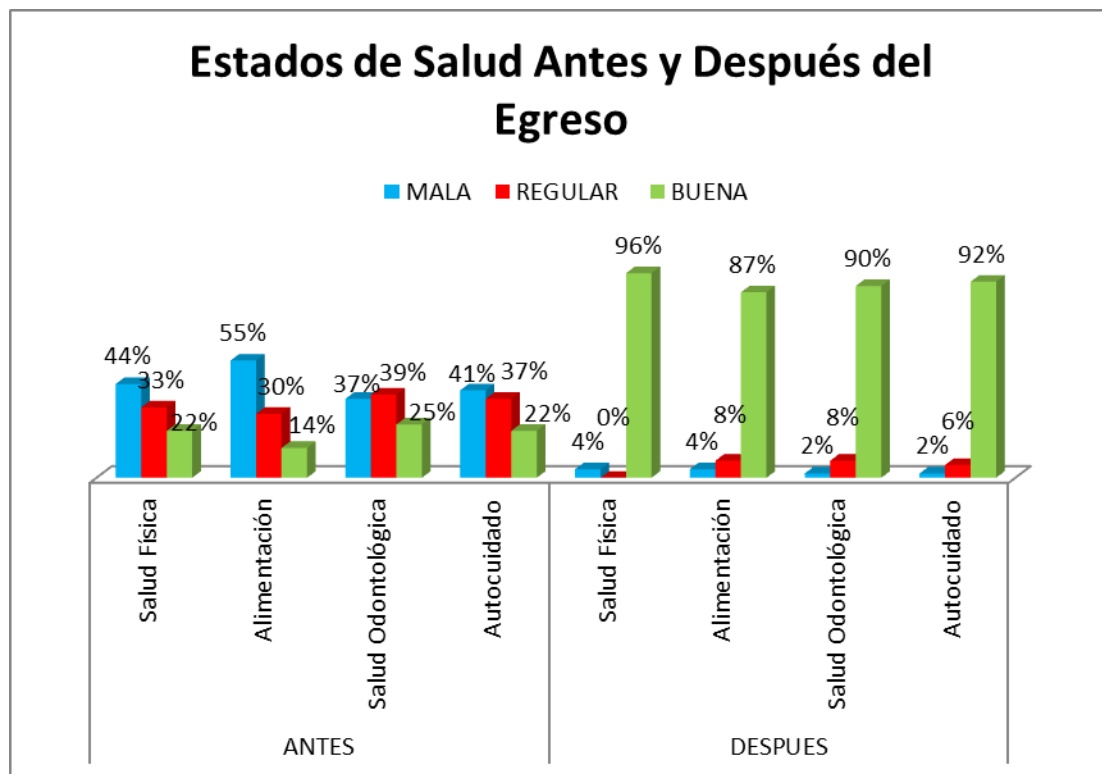
Con relación a lo anterior, fue importante hacer un balance general de los estados de salud como se puede ver en la siguiente gráfica.



En cuanto a la salud física se evidenció claramente que más de la mitad de la población (96%) expresó que su estado de salud era bueno y sólo el 4% refirió que era mala. Por otra parte, los componentes de la salud física como

son la salud odontológica, el 90% de los encuestados dijo que era buena, el 8% regular, y el 2% mala, en cuanto al autocuidado el 92% dijo que era buena, el 6% regular y el 2% mala. Esto refleja los efectos positivos generados durante el tiempo de residencia en la Fundación y el cumplimiento de los objetivos trazados en el PAI en cuanto al área de salud física.

Finalmente es importante hacer la comparación entre las gráficas del antes y el después para que haya una claridad en cuanto a los cambios generados, que en la misma medida permiten hacer más efectivos el proceso de reinserción social a partir de la valoración que los egresados hicieron del tratamiento desarrollado por la Fundación.



Para concluir, es importante mencionar nuevamente que el consumo de spa afecta diferentes ámbitos de la vida del ser humano como es la salud en general, llegando a ocasionar consecuencias más o menos graves en cada persona, así mismo fue evidente la relación del consumo de sustancias psicoactivas con la enfermedad, ya que tiene varias, diferentes y graves repercusiones sobre la salud física del individuo, afectando también el cuidado personal, la alimentación y la salud odontológica.

Hernangil y otros (2011, p. 13) plantean que “La característica más destacable de un adicto es su deseo por consumir la sustancia o sustancias de las que depende, pasando a un segundo plano el ocuparse de sus necesidades básicas. Por esto, no es extraño que su alimentación no sea equilibrada, que tenga problemas con el sueño, que sea sedentario, que se abandone”. Esto permite entender porque se presentaban porcentajes tan bajos sobre el buen estado de salud antes de ingresar a la Fundación.

Sin embargo, mediante los tratamientos para la rehabilitación se logran hacer cambios siempre y cuando el tratamiento sea integrador y este en la capacidad de abordar la situación del consumidor de un modo efectivo como se pudo reflejar en este apartado, en concordancia con ello Hernangil y otros (201, p.13) plantean que “Un tratamiento de drogodependencia tiene que tener esta capacidad, pero además, para poder abordar la situación del adicto de un modo efectivo, tiene que hacerlo desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales de forma que puedan complementarse interviniendo simultánea o sucesivamente en las diferentes áreas vitales afectadas de cada paciente”.

Posterior a esto queda claro que los tratamientos desarrollados por la Fundación fueron pertinentes, coherentes e integradores en la medida que

causaron un efecto positivo en el área de salud física, de acuerdo al valor que los egresados le imprimieron a cada aspecto, se logró evidenciar los cambios positivos generados a partir del proceso de rehabilitación brindado por la Fundación, pues en la medida en que los estados antes del proceso eran malos o regulares en más de la mitad de los egresados pasaron a considerarse en estados de salud física buena.

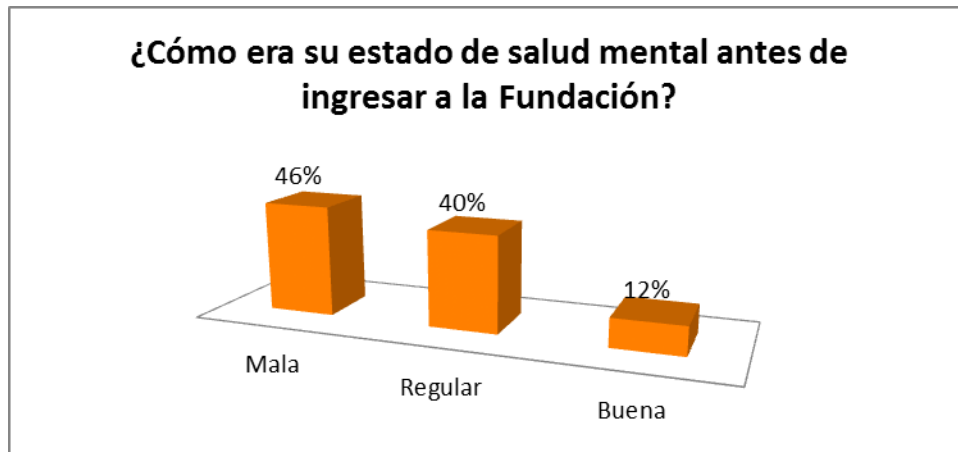
5.2.2 SALUD MENTAL

Este apartado recoge las valoraciones sobre el estado de salud mental antes y después del proceso de reinserción social, el capítulo se presenta mostrando seguido el momento antes y después, ya que aquí se combinan datos cuantitativos con datos cualitativos, los cuales permitieron hacer el análisis respecto al área de salud física.

Considerando que dentro del estado de salud se encuentra la salud mental, la cual se define como un “Estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización, es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales. También se considera un estado normal del individuo” (Carranza citando a Davini, 1968, p.2).

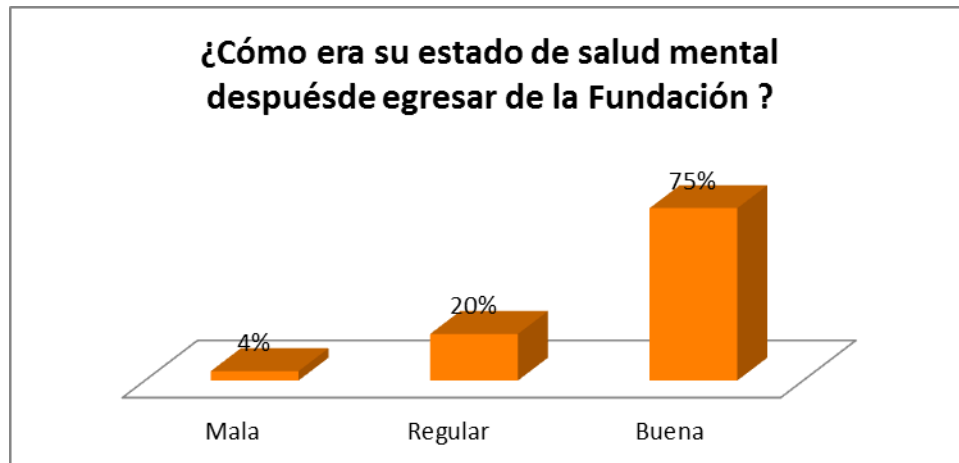
En concordancia a lo anterior, se considera importante tener en cuenta diferentes aspectos sobre los cuales la Fundación evalúa el estado de salud mental de los NNA, como son: el manejo y control de emociones, la identificación de factores de riesgo, factores de protección y habilidades para la vida, es por ello que para esta investigación fue necesario indagar sobre cada uno de los aspectos mencionados con anterioridad para poder conocer los efectos del tratamiento en cuanto a la salud mental y en la misma medida hacer una comparación del antes y el después del proceso de

reinserción. Por tal motivo se iniciará con el **antes del proceso de reinserción**.



En el abordaje de las preguntas de la encuesta relacionadas con la salud mental las opciones de respuesta fueron: mala, regular y buena.

Si bien es cierto que el consumo de SPA afecta el sistema nervioso central, uno de los órganos más afectados por este es el cerebro, pues las sustancias psicoactivas de acuerdo a sus efectos actúan de forma diferente en él. “Tales efectos sobre la salud pueden verse a corto y largo plazo, pues algunos de los procesos cerebrales relacionados con la atención, la emoción, la memoria y la motivación se ven fuertemente comprometidos y por lo tanto afectan no solo la salud en general sino también el aspecto cognitivo y comportamental de la persona” (OMS, 2004, p.13). Es por ello que los egresados antes del proceso percibían que su estado de salud mental era malo (46%), otros refirieron que era regular (40%), mientras que solo una mínima parte de los egresados valoraron que su salud mental era buena (12%).



Después de la ejecución de los tratamientos de reinserción social brindados por la Fundación, los egresados valoraron que su estado de salud mental fue mala (4%), regular (20%) y buena (75%), esto refleja el alto porcentaje de egresados que lograron la reinserción con un buen estado de salud mental, estando así mismo el estado regular por encima del malo, el cual tuvo un porcentaje muy bajo.

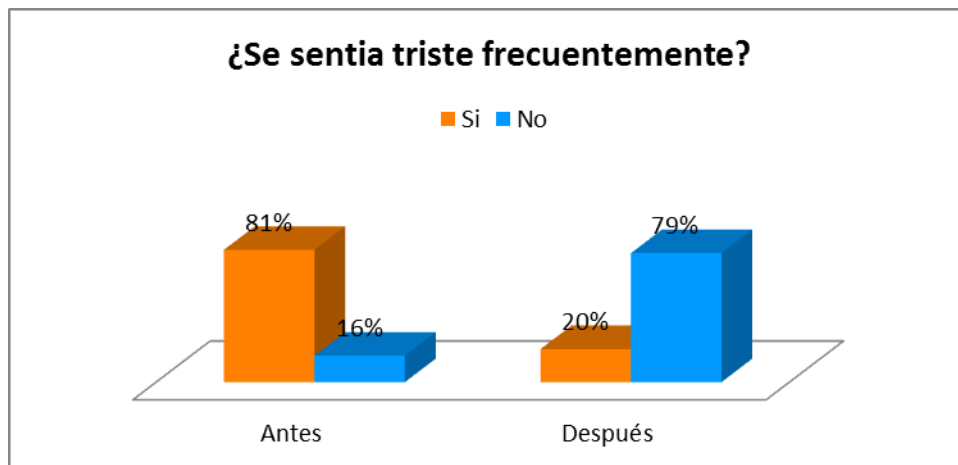
5.2.2.1 Manejo de emociones

Las emociones “pueden ser consideradas como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que está condensada y, por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance”. (Álvarez y otros, 2004, p.1). Así, el tener un manejo o control sobre estas implica la manera como el individuo puede transformarlas o regularlas, a través de diferentes habilidades que le permitan el control de la situación. Es por ello que el Estudio Nacional de Salud Mental (2003) plantea que esta se encuentra estrechamente relacionada con las emociones, pensamientos y comportamientos, por ejemplo una persona con buena salud mental es

generalmente capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria, trabajar para alcanzar metas importantes y funcionar de manera efectiva en la sociedad.

Para entrar a investigar a profundidad sobre el manejo y control de emociones, se tuvo en cuenta varios elementos desde el punto de vista psicológico como son: la tristeza, la toma de decisiones, la pérdida del interés, y la actitud frente a los problemas, los cambios y los retos que se presentan en la vida.

- **Tristeza:** Según la I.A.F.I (Instituto Americano de Información e Investigación) (S.F) La tristeza provoca la disminución de la energía y del entusiasmo por las actividades vitales especialmente las diversiones y los placeres y cuanto más se profundiza y se acerca a la depresión, más se enlentece el metabolismo corporal.

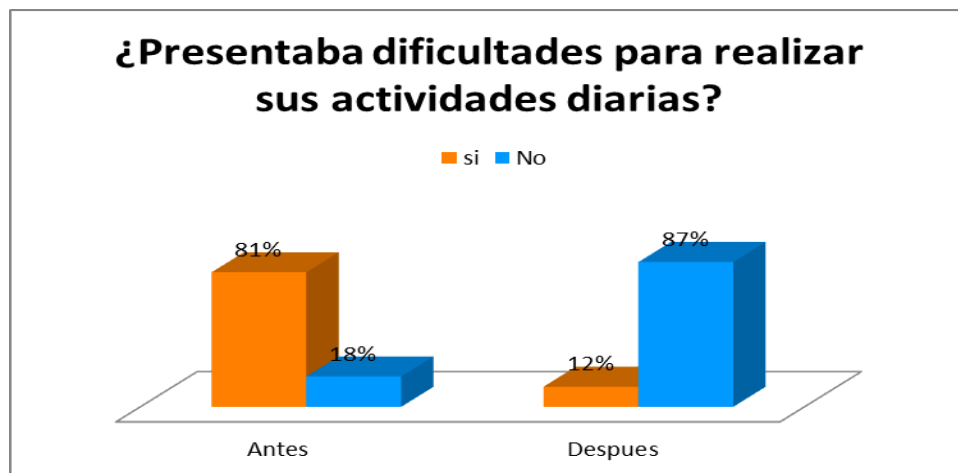


En cuanto a la tristeza se encontró que antes de ingresar a la Fundación el 81% de los egresados expresaron haber tenido sentimiento de tristeza frecuentemente, el 16% no, esto se puede dar debido a que el consumo de drogas afecta el cerebro ya que “este baja el volumen cuando el radio está muy alto y el cerebro se ajusta a las oleadas abrumadoras de dopamina (y

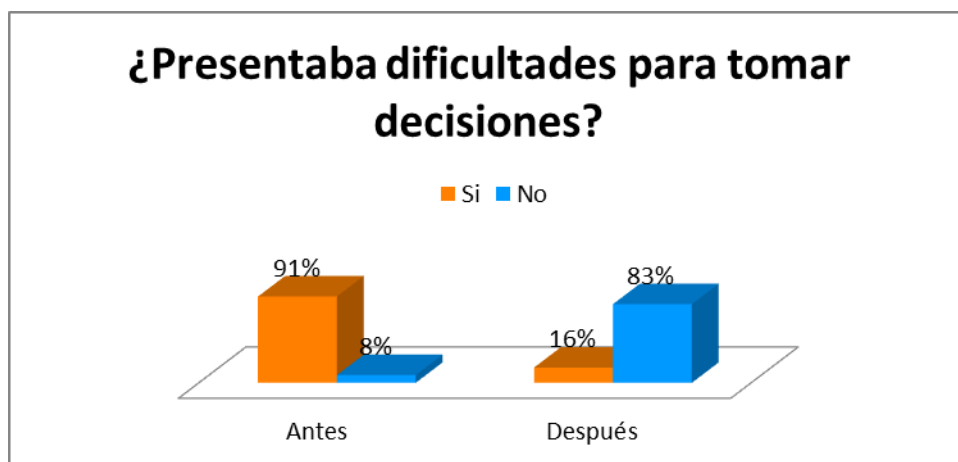
de otros neurotransmisores) produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores que pueden recibir y transmitir señales. Como resultado, el impacto de la dopamina sobre el circuito de gratificación del cerebro de una persona que abusa de drogas se puede volver muy limitado y puede disminuir su habilidad para sentir cualquier placer. Es por lo anterior que el abusador eventualmente se siente triste, sin vida y deprimido y no puede disfrutar de las cosas que anteriormente le producían placer” (Volkow, 2008, p.19). Es decir, que el consumo de SPA altera las emociones en las personas, se puede deducir que por ello la mayoría de egresados se sentían tristes antes de realizar el proceso.

Por otro lado, después del egreso aumentan la cantidad de personas que no se sienten tristes frecuentemente (79%), pero a su vez aumentan los casos que después del egreso se sentían triste continuamente (20%) en comparación con los que no se sentían antes de ingresar (16%).

Sin querer decir que se esperaba que el tratamiento fuera exitoso en un 100% se pretendía que al pasar por diferentes fases del proceso con ayuda de un equipo terapéutico interdisciplinario disminuyeran los casos de personas con sentimiento de tristeza al momento de egresar con relación a los que no se sentían tristes al momento de ingresar.

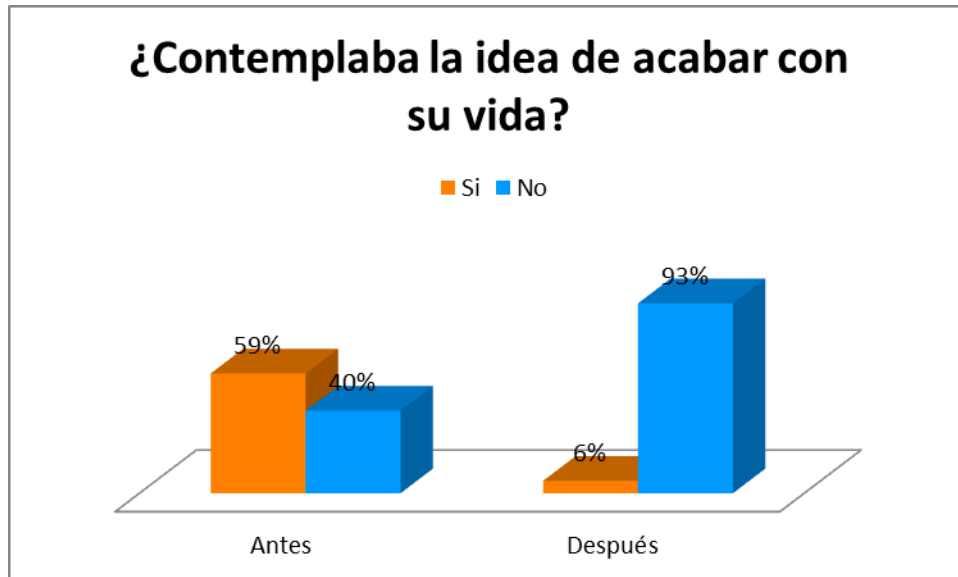


Teniendo en cuenta las dificultades para realizar las actividades diarias los egresados refirieron en un 81% que antes si presentaban dificultades y después en un 87% que no presentaban, esto permite evidenciar la efectividad del tratamiento brindado por la Fundación en este apartado, ya que en la gran mayoría de los casos los egresados recuperaron la facilidad para realizar las actividades que se presentan en la vida cotidiana.



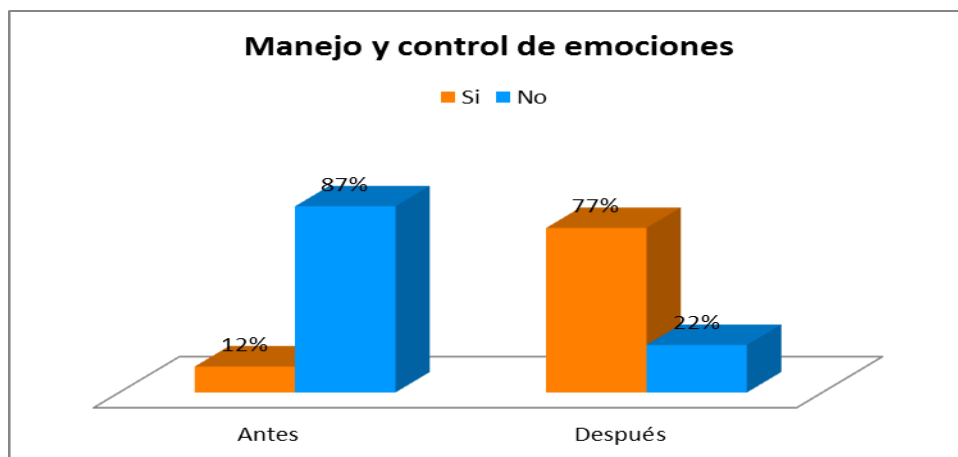
Según el grafico anterior la dificultad para la toma de decisiones los egresados valoraron que 91,8% si presentaba, mientras que el 8% no las presentaba. Por otro lado después del proceso de reinserción el 83% logró

disminuir la dificultad para la toma de decisiones y el 16% no, aumentando los casos en comparación con los que no presentaban dificultad en un 8%.



En cuanto a la idea de acabar con la vida más de la mitad de los egresados respondieron que si habían llegado en algún momento en a contemplar esta situación (59%) el 40% contestó que no, después del proceso de rehabilitación sólo un 6% contemplaba la idea, y el 93% no.

También se indagó a nivel general sobre el manejo y control de las emociones.



La gráfica anterior permite evidenciar que antes de ingresar a la Fundación, los egresados no tenían manejo ni control de emociones (87%) y en un menor porcentaje refirieron que si controlaban sus emociones (12%). En relación al después del proceso de reinserción se nota una diferencia en cuanto al manejo de las emociones (77%) y sólo el 22% refirió que aún no tenía, lo cual demuestra que muchas de las personas que no tenían, lograron tener el manejo sobre sus emociones.

Finalmente en cuanto al manejo y control de emociones se puede identificar que una emoción depresiva y fuera de control puede ser la sintomatología que en la mayoría de las veces resulta ser el proceso de la adolescencia, aunque algunos presentan el uso de drogas como una manera de manejar esos síntomas y enfrentar la vida. Por otra parte autores como Medina y otros (1995, p.87) destacan que “los efectos de las drogas pueden ser en principio muy reforzantes para el joven que padece problemas emocionales”; estos problemas a la vez pueden también ser el resultado de uso de drogas. De acuerdo a lo anterior, los diferentes elementos sobre los que se investigó en cuanto al manejo y control de emociones reflejan una dualidad, que en un principio puede tornarse como la causa que propicia el inicio del consumo de drogas, pero que al mismo tiempo por los efectos de diferentes sustancias como las depresoras causan esa tristeza, el desinterés en diferentes cosas, la dificultad para realizar las actividades diarias y en sí el manejo y control de emociones, pues “el consumo crónico de drogas altera profundamente los sistemas neurales que controlan las emociones y las conductas motivadas, de modo que aquéllas se transforman en poderosos refuerzos que dirigen la conducta” (Contreras, 2008, p.473).

Siendo así, es importante resaltar también el trabajo que se lleva a cabo en cuanto al proceso de salud mental y el manejo de habilidades, pues de todos

los aspectos mencionados anteriormente, siempre es mayor el porcentaje de personas que logran controlar y manejar sus emociones en cuanto a los que entran sin ello.

5.2.2.2 Habilidades para la vida

Para recoger la información sobre las habilidades para la vida antes y después, se realizó un grupo focal para complementar la información en cuanto a este aspecto, sin dejar de lado los aspectos trabajados anteriormente que hacen relación también a las habilidades para la vida en la medida en que estas “permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie” (Choque y Lorenzo, 2009, p.172).

Por consiguiente, se presentará primero las apreciaciones sobre las habilidades para la vida antes del proceso de reinserción teniendo en cuenta las respuesta de los egresados estos la relacionen con la capacidad que tienen para desempeñarse en alguna actividad específica con facilidad y destreza, identifican las habilidades como la música, el baile, la pintura, englobadas en el área artística que “le permite a los jóvenes expresar sus sentimientos, emociones, desarrollar sus sentidos, sus habilidades motoras, ampliar el lenguaje, pero en especial tiene un gran impacto en la autoestima” (Guataquí y otros, 2013, p.39). El desarrollo de dichas habilidades les permitían sentirse bien a nivel personal ya que se presentaba también como un hobby o la actividad que les gustaba hacer, no viéndolo solo como una habilidad.

De igual manera, algunos egresados manifiestan haber tenido más habilidad para desempeñarse en el ámbito físico, puesto que es una de las materias educativas en las que mejor se desempeñaban debido a su vitalidad y al grado de competencia que esta acarrea; la educación física se relaciona con

actividades lúdicas que promueven la vinculación del adolescente a las mismas y es en este ámbito donde el sujeto puede expresar sus habilidades para el deporte y todas aquellas actividades que acarreen un desempeño físico que mantiene el cuerpo en constante movimiento. Por tal motivo es necesario aclarar que las habilidades para la vida hacen referencia a las “destrezas para conducirse de cierta manera, de acuerdo con la motivación individual y el campo de acción que tenga la persona, dentro de sus limitaciones sociales y culturales” (Mantilla, 1999, p.7).

De acuerdo a la percepción de los egresados y al indagar a profundidad sobre las habilidades para la vida antes de ingresar a la Fundación refieren que tenían la habilidad para relacionarse e interactuar con el otro de manera acertada, mantener relaciones amistosas y emotivas con los demás, buena resolución de conflictos que les permitían solucionar sus dificultades de manera pasiva por medio del dialogo.

Algunos de los participantes del grupo focal expresaron que:

“Pues una de las habilidades personales que yo tenía era la resolución de conflictos, me gustaba resolver lo que eran problemas o dificultades que tenía con las personas con el dialogo” (C.R Egresado, 2015).

“Una de las habilidades que tenía antes de entrar a proceso es que era muy, ayudaba mucho a las personas que necesitaban algún favor y pues yo no les decía que no y les ayudaba mucho en eso y por eso mucha gente me cogió cariño y esa era una de mis habilidades” (N.A Egresado, 2015).

A nivel general los egresados reconocieron las habilidades que tenían para la vida como la capacidad que cada uno tiene para desenvolverse en el medio y enfrentar las situaciones cotidianas, en la medida que también se relacionan con las personas que los rodean, enfatizando con mayor

profundidad en la capacidad para establecer relaciones interpersonales que “permiten interactuar en forma positiva con las personas que nos rodean, a tener la habilidad necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas que son importantes para nuestro bienestar mental y social, a conservar buenas relaciones con los miembros de la familia —una fuente importante de apoyo social—, y a ser capaces de terminar relaciones de manera constructiva” (Mantilla, 2003, p.9).

De acuerdo a lo anterior, se investigó sobre las habilidades que los egresados lograron fortalecer o reconocer mediante el proceso brindado por la Fundación, lo que determina el después, donde los egresados expresaron que durante el proceso de recuperación y reinserción social realizado lograron identificar por medio de actividades terapéuticas que la mayoría son personas que tienen liderazgo, manejo de grupo y capacidad para gestionar de manera positiva, estas habilidades fueron fortalecidas a través de ayudas y talleres terapéuticos que permitían el avance y desarrollo productivo de estas destrezas.

Al mismo tiempo lograron fortalecer los vínculos interpersonales y familiares positivamente, mejorando la comunicación y forma de expresarse en diferentes situaciones para superarlas, aprendiendo a hacer uso de la resolución de conflictos de manera pacífica y asertiva, confianza en sí mismos que les permitió reconocer sus habilidades, debilidades y tener seguridad en sus acciones, lo que genera en ellos la motivación de continuar con su vida al identificar las capacidades que cada uno posee. También hicieron énfasis en el mejoramiento del núcleo familiar a partir del fortalecimiento de las habilidades personales que les proporcionó una relación estrecha entre los miembros de la familia basada en la confianza y

ayuda al otro, lo anterior se refleja cuando los egresados expresaron textualmente que:

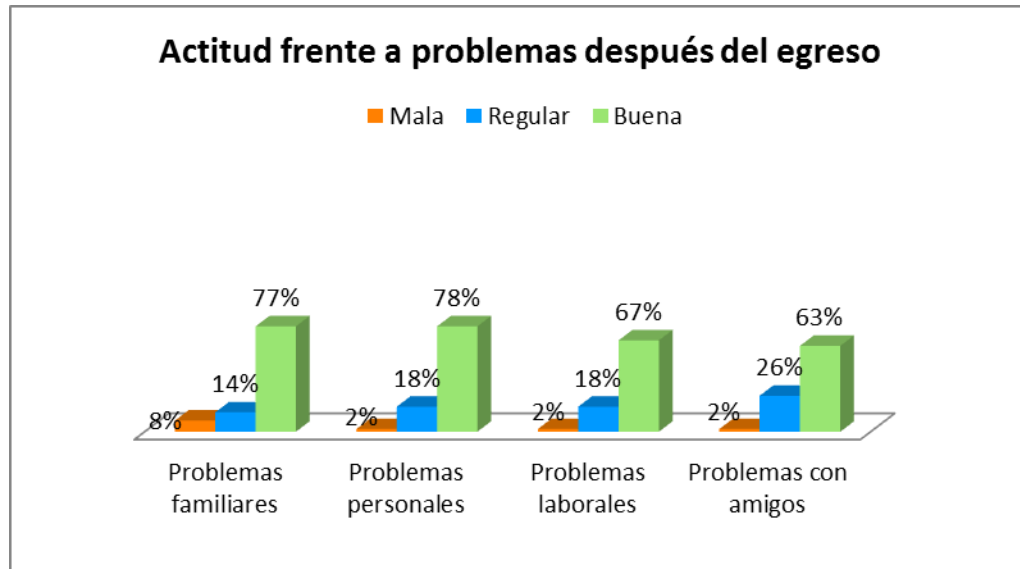
“Pues de las habilidades que yo también he podido destacar ha sido un liderazgo que tampoco pensé que podría llegar a tener” (M.C Egresado, 2015).

“Pues pienso que he destacado el autoconocimiento a mí mismo, descubrí que puedo auto motivarme, puedo hacer que mi forma de pensar cambie, descubrí que la honestidad la he trabajado mucho, puedo ser sincero con las personas y afrontar la realidad como tal” (H.S Egresado, 2015).

Por ende, los egresados lograron reconocer o fortalecer sus habilidades durante la permanencia en la Fundación a través de las ayudas terapéuticas las cuales permitieron el fortalecimiento de las habilidades, pues Choque y Lorenzo (2009, p. 171) afirman que “desarrollar destrezas permite que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria” al mismo tiempo que “promueven el desarrollo de factores de protección comunes a diversos problemas psicosociales y que facilitan a los estudiantes la tarea de enfrentar con éxito las exigencias, demandas y desafíos de la vida diaria; reconoce el rol de las competencias psicosociales tales como: la autoestima, la asertividad, las habilidades para la toma de decisiones, el pensamiento creativo crítico y reflexivo, el manejo de emociones y sentimientos, la comunicación efectiva y la autonomía moral” (p. 171).

Es importante resaltar que los procesos en cuanto al fortalecimiento de habilidades para la vida brindados permitieron desarrollar en los egresados esa capacidad para desenvolverse en el ámbito social, en la medida que les permitió interactuar de manera acertada con otras personas, resolver problemas y conflictos, y tomar decisiones en cuanto a las dificultades o adversidades que se presentan en la vida, esto se puede ver reflejado

cuando se preguntó en la encuesta por la actitud frente a los problemas después del proceso.



Cuando se presentaban problemas con los miembros de la familia, la actitud era buena (77%), regular (14%) y mala (8%), lo que deja en evidencia que la mayoría de los egresados actúan de buena manera. En cuanto a los problemas personales en los cuales se veían enfrentados, más de la mitad de la población asumía una actitud buena (78%), regular (18%) y mala (2%).

De acuerdo a los problemas laborales la actitud es buena (67%), regular (18%) y mala (2%), y la actitud frente a los problemas con amigos es buena (63%), regular (26%) y mala (2%). La gráfica deja ver que aunque los porcentajes en todos los casos varían, en cuanto a la mala actitud el porcentaje es muy bajo, lo que deja reflejado la buena y regular actitud frente a los diferentes problemas. Siendo esta actitud positiva una de las habilidades que se lograron fortalecer dentro del proceso como se expresó en el grupo focal:

“La que aplico es la resolución de conflictos ya que trabajo mucho la comunicación y la resolución de conflictos” (C.R Egresado, 2015).

La resolución de conflictos y la comunicación, son elementos importantes para asumir una buena actitud frente a los problemas que se pueden presentar en los diferentes espacios, ya que esta es una herramienta muy importante dentro de la vida de los seres humanos para encontrar soluciones pertinentes, siempre y cuando la comunicación sea asertiva. Para ellos la Fundación desde el PAI plantea en la intervención grupal terapias que permitan a los residentes ver como las personas interactúan con otras, permitiendo así un proceso de reflexión y un cambio de actitud frente a la interacción con otras personas. Desde este punto de vista se entiende el comportamiento de los egresados frente a los diferentes problemas, que logra ser positivo.

5.2.2.3 Factores de riesgo y de protección

Para la identificación de factores de riesgo y de protección los egresados hicieron una descripción sobre el contexto, donde cada uno los logró identificar antes del proceso.

La identificación de los factores de riesgo según Luengo (1999) son una característica del individuo, ya sea interna o externa la cual aumenta la probabilidad o la predisposición que se produzca un fenómeno. Al respecto los egresados refirieron que los factores de riesgo inciden o propician el consumo de sustancias psicoactivas, asintiendo que:

“Yo vivo en un condominio pero es aparentemente por que por allí se maneja mucho lo que es el consumo, sobre todo en las noches, y mi barrio es un factor de riesgo grandísimo, tengo cierta familia en la cual uno o dos son consumidores, y pues obviamente afectan” (H.S Egresado, 2015).

“El contexto socio barrial en el que yo viví era digamos era un poco pesado ya que se veían muchos consumidores y los factores de riesgo que tenía eran muchos que por donde salía se veía consumo y las amistades” (C.R Egresado, 2015).

La mayoría de los egresados coinciden en haber vivido o vivir en barrios vulnerables del municipio de Cartago donde el principal factor de riesgo es el contexto socio barrial, el microtráfico y expendio de drogas, lo que genera el fácil acceso de las sustancias a cualquier hora del día, aunque en mayor medida en la noche, sumado a que los lugares de expendio se encuentran ubicados cerca de la vivienda de los egresados.

Estos factores se clasifican como factores de riesgo sociales que “hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por tanto afectan a la conducta del individuo” (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004, p.17).

Los egresados expresaron que el entorno en el que se desenvolvían cotidianamente representaba la aceptación social del consumo, pues enunciaron que se veía el expendio y consumo de drogas por todas partes, en las esquinas y sectores del barrio, comúnmente barrios populares del municipio de Cartago pertenecientes a los estratos socio económicos más bajos.

Así mismo se encontraron otros factores de riesgo que influyeron en gran medida como son los grupos de pares y algunos familiares con quienes interactuaban, considerándose así como factor la falta de figuras de

autoridad o la ausencia de ellas, por otro lado la mayoría manifestaron que el grupo de pares hacen que la conducta adictiva se mantenga.

Por otro lado, en cuanto a la identificación de los factores de protección “son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Pérez y otros, 1998). Siendo así, como factores de protección los egresados enunciaron a las familias, ya que estas no aceptaban la condición de adicto, pero que en la misma medida buscaban soluciones y atención profesional.

La presencia de figuras de autoridad en los diferentes espacios en que se desenvolvían se convertían en factores de protección, esto debido a que el entorno familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas en los hijos, pues aunque estos se ven sometidos ante la influencia del contexto social, la familia es la que puede aumentar y/o disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos.

Especialmente en el caso del consumo de sustancias psicoactivas, la actitud más o menos crítica de los padres ante ellas, así como sus propias pautas de consumo, pueden inhibir o posibilitar la influencia de los medios de comunicación o del grupo de pares como agentes desencadenantes del consumo (Pons y Berjano, 1999). Ahora bien, los egresados encontraron los grupos juveniles, ya sean culturales o religiosos como factores de protección, pues reconocieron a los segundos como medio de ayuda para fortalecer y mantenerse en sobriedad.

Dentro de la Fundación se realizan diversas actividades que giran en torno a los factores de riesgo y de protección brindando en primer lugar la ayuda para entender de manera conceptual el significado de factores de riesgo y de protección, para que posteriormente ellos puedan identificar estos a nivel

personal de acuerdo a la historia de vida de cada uno; ello se ve reflejado en el momento de indagar sobre los factores de riesgo y protección, pues para ninguno fue difícil responder a la pregunta, ya que tenían el conocimiento previo brindado por la institución, y así mismo los describían de manera clara.

De igual manera la Fundación vincula a los residentes a diferentes redes de apoyo que posteriormente se convierten en un factor protector según lo mencionado por los egresados como lo es la espiritualidad, siendo uno de los principios del modelo de atención según el PAI (2015, p.5), ya que “se encuentra fundada en la idea de que hay algo que va más allá de uno mismo, que trasciende las limitaciones del ego. La idea de un Poder Superior es irremplazable y definitiva en la escala de valores y la filosofía de la Fundación, es algo que da fuerzas, que representa la esperanza de cambio, de un futuro mejor. Al mismo tiempo que genera la dosis de humildad necesaria con el reconocimiento de nuestros límites, nos da la confianza en una Fuerza Superior en todos los procesos de superación personal y social, promoviendo el desarrollo de la dimensión trascendente”. Por ello los egresados enunciaron lo siguiente:

“Mis factores protectores que he podido identificar son mi espiritualidad que la he fortalecido, antes no iba a misa, ahora ya alabo, ya canto, ya si me entiende, voy a misa, también he tenido más confianza conmigo mismo” (C.L Egresado, 2015).

Los egresados enfatizaron mucho en la parte espiritual y religiosa como uno de los factores de protección que les permitió continuar adelante con sus proyectos de vida, al mismo tiempo que también la reconocieron como una red de apoyo.

En resumen el estado de salud mental abarca diferentes aspectos y ámbitos que se relacionan conjuntamente, haciendo parte como uno de los aspectos para el proceso de reinserción social al mismo tiempo que los egresados lo reconocieron como un aspecto que fue mejorado y que recuperaron de acuerdo al proceso brindado por la Fundación, en la medida que les permitió insertarse de manera acertada en el medio en cuanto a las aptitudes, el manejo de emociones, los factores de riesgo y de protección, ya que según el PAI el manejo y control de emociones y la identificación de factores de riesgo y de protección pueden ser vistos como algunos indicadores de un adecuado estado de salud mental.

Al hacer una comparación y contraste sobre las apreciaciones de los egresados en cuanto al área de salud mental, es posible evidenciar con claridad que en el antes la mayoría de los porcentajes hacían referencia a aspectos negativos, mientras que después del egreso en la mayoría de los casos aparecen elementos positivos, lo que muestra que el tratamiento generó cambios y efectos que permitieron una reinserción social a la gran mayoría de la población en los aspectos que conciernen a la salud mental.

Es importante reconocer el tratamiento que realiza la Fundación para el proceso de reinserción social, ya que para ello se necesita provocar cambios positivos en cuanto a la salud física y mental, así mismo el desarrollo de diferentes habilidades y hábitos que les permitieran contar con las herramientas necesarias para desenvolverse en el ámbito social, familiar, educativo y laboral. Desde los datos cuantitativos y cualitativos presentados anteriormente en este capítulo se evidencia un alto porcentaje de cambios en el área de salud física y mental, lo cual demuestra que los tratamientos agenciados están siendo efectivos, ya que es un porcentaje alto de los casos

en los que se reflejan cambios significativos respecto al antes y después del proceso.

CAPITULO III

5.3.- RED FAMILIAR Y REDES DE APOYO

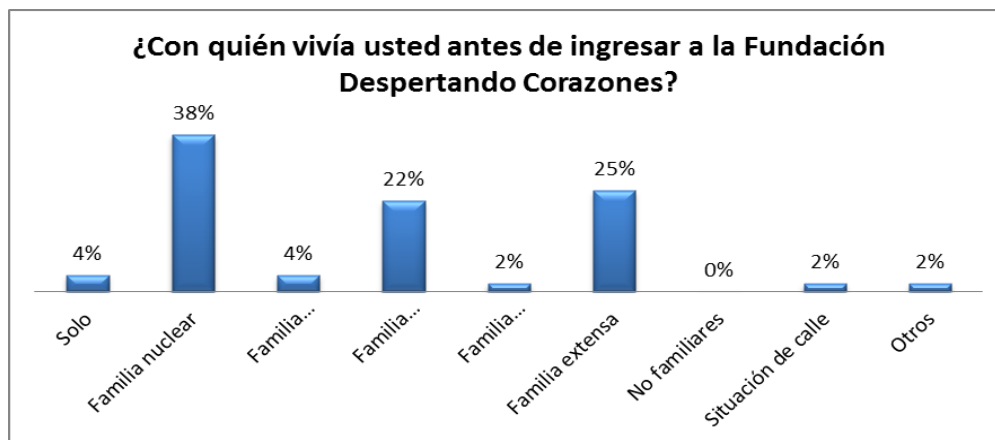
El presente capítulo mide la efectividad de las estrategias terapéuticas para la reincorporación a la red familiar y redes de apoyo con los egresados de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago; para lo cual se consideró pertinente ahondar en el antes, durante y después del tratamiento con el fin de tener claridad frente a las diferentes acciones realizadas por la Institución y el alcance de las mismas; así mismo se logró recoger testimonios de los egresados que permitieron en este caso fortalecer los hallazgos de la presente investigación.

Para el desarrollo de este capítulo fue importante ahondar en el concepto de familia que según el Proyecto de Atención Institucional (PAI) es considerada como un eje transversal en el proceso de recuperación de los residentes, ya que desde el enfoque sistémico se busca asociar todos los sistemas en torno al proceso, teniendo en cuenta el aquí y el ahora, además de la historia personal y familiar de cada residente. “El enfoque sistémico, por ejemplo aplicado en el Trabajo Social, considera a la familia, a la sociedad, a las redes, como sistemas humanos cuyos miembros mantienen relaciones recíprocas y multidireccionales entre sí. Cuando uno de los miembros afronta una dificultad todos los miembros se interrelacionan directa o indirectamente a esa situación, de tal forma que si se tiene un propósito transformador de la dificultad, el abordaje es más efectivo y apropiado si se toma en cuenta todo el sistema y no únicamente la persona que manifiesta el síntoma o que exterioriza una dificultad, pues el resto también sufre las consecuencias” (PAI, 2015, p.39).

Así mismo, a partir del PAI se trazaron diferentes variables⁴ que permitieron medir la efectividad del tratamiento en cuanto a la reincorporación a la red familiar y de apoyo.

5.3.1 RED FAMILIAR

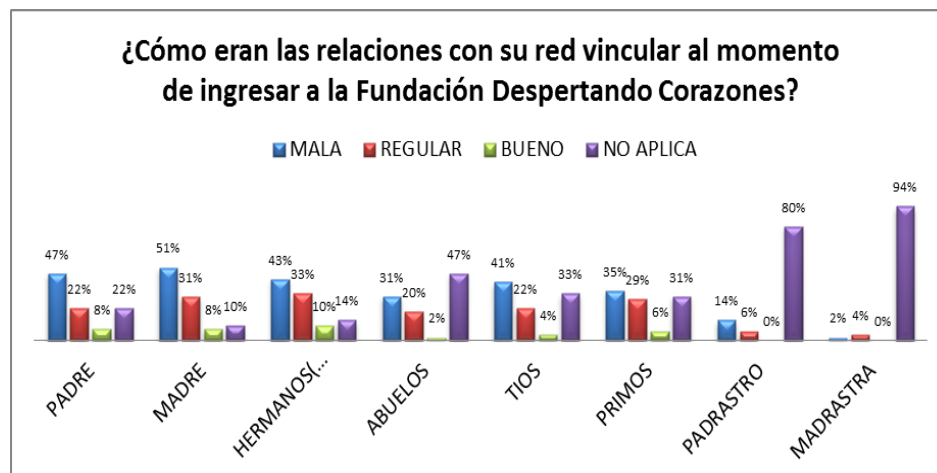
La familia es considerada un factor fundamental en esta investigación puesto que es la red de interacción directa e indirecta con los adolescentes vinculados a la Fundación para el abandono del consumo de sustancias psicoactivas, por tal motivo fue necesario indagar aspectos básicos para identificar las redes familiares de los egresados **antes del proceso de reinserción social** realizando interrogantes que permitieran entre otras cosas conocer la tipología de familia en la cual se encontraban inmersos antes del proceso. Trayendo a colación lo mencionado en el marco teórico y los planteamientos de Sánchez (2011) las tipologías de familia se clasifican en: familia nuclear, familia monoparental, familia monomarental, familia recompuesta o reconstruida y familia extensa, así mismo se consideró importante contemplar otras opciones como: Vivían solos, situación de calle y “otros” que permitieran dar cuenta de la estructura familiar en la cual se encontraban inmersos.



⁴ Variables de medición de efectividad red familiar y redes de apoyo, pág.40.

La gráfica refleja que el 38% de los egresados pertenecían a un tipo de familia nuclear, familia extensa (25%) y familia monoparental (22%), dejando ver que los residentes consumidores de SPA en su gran mayoría pertenecían a familias nucleares, situación que permite decir que aunque tienen una familia constituida según el ideal o el deber ser que ha propuesto la sociedad existen posiblemente al interior de estos grupos falencias o detonantes que llevan al adolescente a esta situación de consumo; así mismo se podría hacer referencia a la posible falta o dificultad en la comunicación de los miembros de los grupos familiares, ya que el adolescente llegó a un abuso de las drogas y a pesar de que puede ser un común denominador en las diferentes tipologías de familias se espera que por el número de integrantes y el rol que asume cada uno tanto en la familia nuclear como extensa los adolescentes tuviesen mayor atención y espacios para trabajar las diferentes circunstancias que llevaron a un consumo abusivo de sustancias psicoactivas; por último se encuentra que la familia monoparental tuvo un menor porcentaje aunque no muy alejado de las otras dos tipologías de familia a la cual pertenecían los egresados, frente a esto se puede ver que la recopilación de diferentes investigaciones plantean que “la estructura de familia monoparental es un marcador de riesgo en cuanto a la mayor probabilidad de consumo y en la frecuencia” (Fernández y Secades, 2008. p.49).

Al indagar sobre el tipo de familia al cual pertenecían los egresados antes del proceso, fue importante investigar cómo se daban las relaciones familiares que según Macías y otros (2004) hacen referencia a las interacciones entre los miembros de la familia donde se derivan procesos como la expresión de sentimientos y la comunicación. Para ello se contempló una escala de 1 a 3 donde 1 era malo, 2 regular y 3 bueno como se permite evidenciar en la siguiente gráfica.



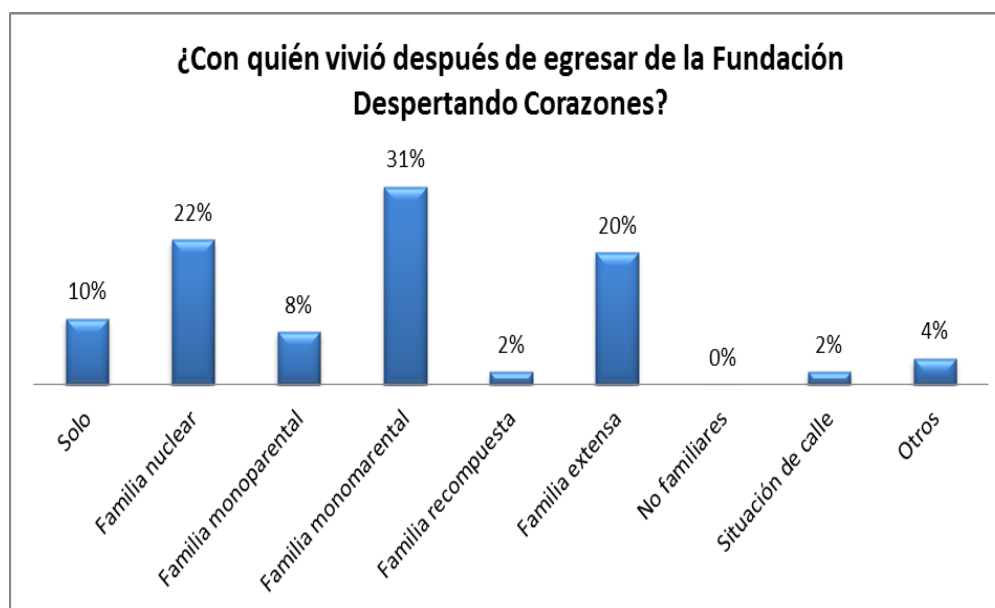
En cuanto a las relaciones con las redes familiares los egresados la calificaron como mala con respecto a la mayoría de los casos, evidenciándose con mayor fuerza en algunos miembros de la familia como la madre que ocupa el porcentaje más alto con un 51%, seguido del padre 47%, tíos con 41%. En segundo lugar están las relaciones regulares donde prima los hermanos(as) 33%, seguido de la madre con un 31%, y los primos 29%; mientras que las relaciones calificadas como buenas fueron principalmente con los hermanos (10%), en los porcentajes atribuidos al ítem “no aplica” se debe a que no se establecía ningún tipo de relación entre los miembros de la familia.

Las relaciones evaluadas como malas especialmente con la madre Sanz y otros (2004) plantean que es muy probable que el consumo de sustancias psicoactivas en la relación padres e hijos produzca dificultades, ya que los padres que ejercen escasa supervisión o control sobre sus hijos tienden a crear factores problemáticos, conflicto que se da principalmente con la madre, esta situación deja ver posibles acciones que lleven a las relaciones conflictivas, sin embargo autores como Saenz y Medici (2010) plantean que a pesar del desarrollo socio cultural que la mujer tiene en la actualidad aún

conserva ciertos rasgos del modelo tradicional entre los cuales está la sobreprotección, un carácter impositivo y a la vez posesivo, agregándole a ello la ausencia del padre quien delega a la madre la crianza de los hijos, por lo tanto ella se ve obligada hacer uso de la autoridad para establecer y mantener el orden dentro del hogar lo que produce que las relaciones sean más tensas al identificar un miembro de la familia como consumidor de SPA generando que la madre se vuelque hacia él ocasionando conflictos que pueden ser percibidos negativamente. Los dos puntos de vista anteriormente expuestos se pueden percibir como posibles causas que detonen las relaciones hostiles entre las madres y los consumidores de SPA.

Se puede ver que antes del proceso terapéutico aplicado a los egresados en la Fundación Despertando Corazones, estos calificaron las relaciones familiares como débiles, esto posiblemente fue dado por la falta de comunicación como se identificó en la mayoría de los casos, situaciones que pudieron repercutir fácilmente en el abuso del consumo de sustancias psicoactivas en el que ellos vivían.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, es preciso ahondar en el **durante y después del proceso de reinserción social** de los egresados, por lo cual se inicia con la identificación de las tipologías de familias a las que pertenecieron al culminar el proceso de reinserción social.



Al indagar con quien vivían después de egresar de la Fundación se evidenciaron cambios significativos en la estructura familiar de los egresados como es el caso de la tipología de familia nuclear que disminuyó en un 16%, reflejándose así una división en el sistema, por otra parte aumentaron los porcentajes de quienes pasaron a vivir en una familia monoparental la cual duplica la cifra al terminar el proceso, así mismo la familia monomarental tiene un aumento de un 8%; y finalmente aumenta en un 6% los residentes que al finalizar su proceso decidieron vivir solos.

Después del proceso de reinserción se lograron identificar diferentes cambios en cuanto a las tipologías de familias, pues muchos de los que antes convivían en un sistema familiar pasaron a convivir en otra estructura, lo cual se pudo dar por posibilidades que dieron paso a estos cambios, entre las cuales se puede tener como hipótesis que realizar un tratamiento terapéutico que apuntó a la identificación de diferentes problemáticas pudieron tomar decisiones de manera individual o familiar que modificaron

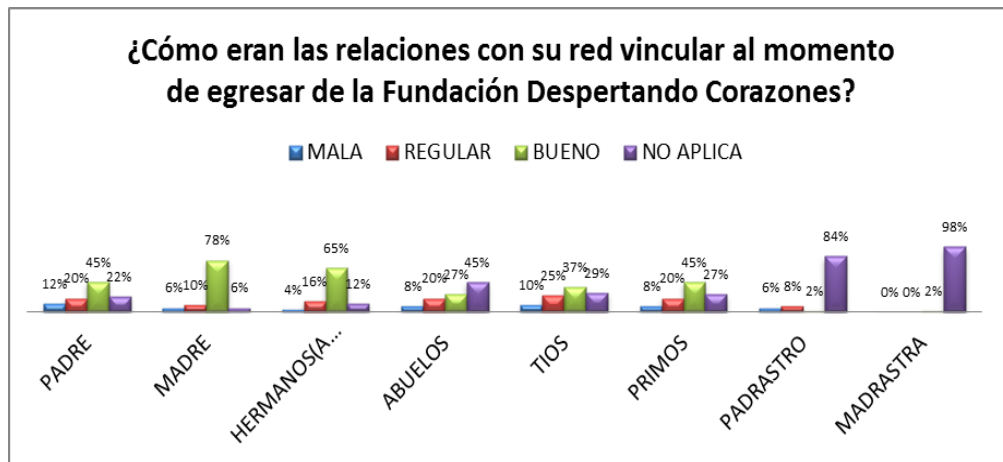
además de las relaciones la conformación de los grupos familiares, otra posible razón de este cambio son las triangulaciones, las cuales han sido planteadas por algunas investigaciones como una principal causa ya que se “observan como un fenómeno entre padres de adictos, especialmente en el momento en el que el paciente empieza a resolver sus propios problemas (Ingreso a la C.T) y emergen las disensiones o los conflictos entre la pareja parental” (Gracia, S.F, p.4). Cabe resaltar que es probable que existan diferentes causas de este cambio de estructura y que las referidas aquí parten del conocimiento que se adquirió a partir de este proceso de investigación, además del ejercicio de práctica académica realizado por las investigadoras, las cuales a lo largo de este capítulo pueden afirmarse o desvirtuarse.

Es decir, que algunos egresados no tuvieron alteraciones en su estructura familiar, ya que las encuestas realizadas también permitieron evidenciar que muchos de los que tenían cierta tipología familiar la conservaron una vez finalizó su proceso terapéutico; sin embargo hubo cambios o modificaciones a nivel interno dentro de su misma estructura, pues durante el proceso de reinserción los egresados y la familia vivieron diferentes experiencias dentro de las cuales potenciaron las capacidades para identificar habilidades, debilidades o problemáticas familiares dando paso a diversos sucesos que alteraran los sistemas familiares, ya que ellos mismos refirieron que el ingreso a la Fundación les generó un cambio significativo en sus vidas; tal cual como lo plantea Minuchin (1977) al afirmar que las dificultades permiten la transformación de la estructura familiar y abre la posibilidad de cambio que puede conllevar al equilibrio y la autorregulación del sistema familiar.

“sabemos que las personas que ingresan a un proceso de rehabilitación es como una educación de nuevo como para

recuperar digamos las cosas que no aprendimos en el hogar, entonces para mí desde el momento que ingresé cambio mi familia porque fue la que me ayudó a fortalecer mi carácter, mis habilidades, todas estas situaciones de riesgo que me llevaron al consumo y también fortaleció mi familia.” (C.A Egresado, 2015)

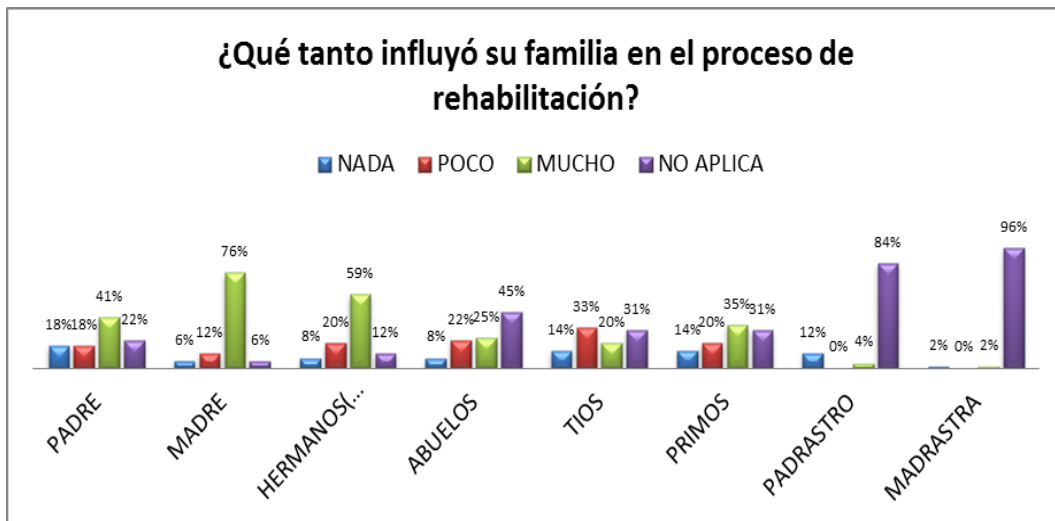
Por tal motivo los cambios que se dieron a nivel interno en la estructura familiar se encuentran en estrecha relación con las interacciones que se forjan dentro de esta, siendo así es importante exponer las modificaciones que se dieron en las relaciones a partir del proceso de reinserción social.



La gráfica refleja una variación de los datos estadísticos en comparación con el antes de las relaciones familiares, pues teniendo en cuenta el tema tratado en la gráfica, con la madre pasan de un 51% (mala) a un 6 %, y aumenta de un 31 % a un 78 % como buena, por el contrario se observa que el 48% de los egresados refirieron que las relaciones con sus padres antes del proceso de reinserción social eran malas, disminuyendo después del proceso a un 12%, los tíos pasan de un 41% a un 10% disminuyendo en un 30% en las relaciones identificadas como malas.

Al observar los porcentajes del calificativo “bueno”, la madre sigue teniendo el porcentaje más alto con un 78%, seguido de los hermanos con un 65%, el padre pasa de un 8% a 45%; y los tíos pasan de un 4% a un 37%; resaltando así que todas las relaciones con los miembros del sistema mejoraron, evidenciándose un fortalecimiento del sistema familiar y aumentando por ende la efectividad de las estrategias terapéuticas a partir de la vinculación del adolescente a la Fundación.

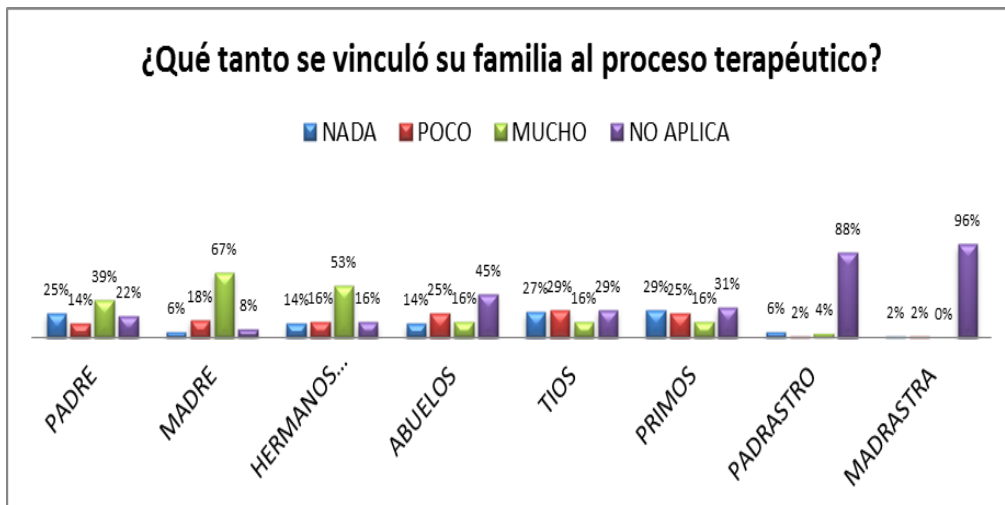
Para complementar esta información se consideró necesario identificar la influencia de la red familiar en el proceso de reinserción social y así mismo la vinculación que ellos tuvieron para el desarrollo del mismo.



Al observar la gráfica se evidencia que la madre influyó con mayor medida en el proceso de rehabilitación con un 75%, hermanos 59 %, padre 40%, manteniendo la figura materna los porcentajes más altos, ya que en la mayoría de los casos fue la madre quien brindó mayor acompañamiento en

el proceso⁵, además durante las intervenciones familiares que se realizaron en el proceso solicitaban apoyo del equipo interdisciplinario para trabajar las dificultades de los miembros del sistema, procurando resolver las adversidades que se presentaron al interior de la familia, ya que como fue mencionado anteriormente, las cifras de familias monoparentales fueron significativas antes de ingresar a la Fundación y aún más al egresar, donde de un 22% se pasa a un 30%.

Teniendo en cuenta lo anterior, la influencia se asocia a la capacidad o poder que tiene una persona o cosa para cambiar la forma de pensar o de actuar de alguien, siendo así, se puede decir que los egresados tuvieron dentro de su proceso de reinserción social influencias familiares, entre las cuales se destaca la figura materna, seguido de sus hermanos y padres. Aunque en algunos casos no se realizó intervención directa con los miembros de la familia, ello no quiere decir que se eximen del proceso terapéutico ni impedían ser una influencia para el adolescente y el desarrollo del proceso de reinserción social.



⁵ Información brindada por las practicantes de Trabajo Social durante la permanencia en la Fundación

Teniendo en cuenta que el vínculo de la familia es considerado como la unión o relación no material que se establece entre dos o más personas, fue importante indagar en el mismo. La gráfica evidencia que es la progenitora quien más se vincula a los procesos de reinserción en un 67%, seguido de los hermanos con un 53%, el padre 39%; mientras que las personas que menos se vincularon al proceso fueron los primos (29%), seguidos del padre con un 25% y los tíos 2%.

Estas cifras dejan ver que aunque aumentó la influencia de la figura paterna, no se logró en la mayoría de los casos la vinculación de éste al proceso de reinserción, situación que repercute en las relaciones establecidas con este miembro familiar; según Saenz y Medici (2010), la figura paterna dentro de una familia con farmacodependientes no se encuentra físicamente y en los casos que se encuentra presente es distante emocionalmente, limitando su función al sostenimiento económico, razón por la cual la figura materna debe asumir ese rol, siendo este un síntoma de posible causa del consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes presentado al interior de una estructura familiar farmacodependiente, por esta razón es la madre quien se vincula con mayor medida a este tipo de procesos como es el caso de la rehabilitación para hijos consumidores de SPA.

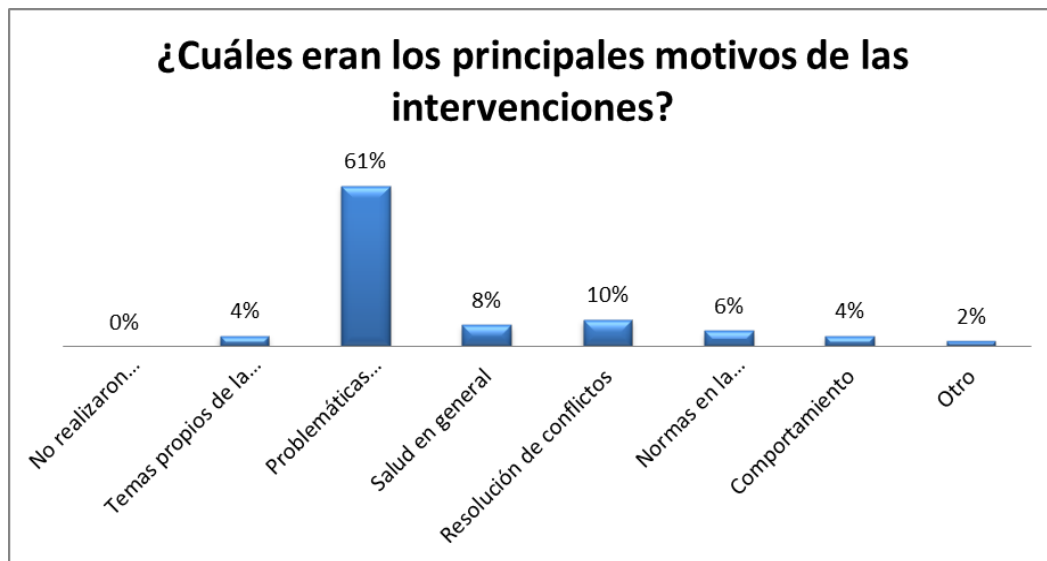
Dentro de las gráficas analizadas se puede observar que la influencia de los diferentes miembros de la familia especialmente padre y madre no depende directamente de la vinculación de estos al proceso, ya que en ciertos casos el porcentaje de la vinculación es menor frente al de influencia de los mismos, bien sea por el número de integrantes que permite la Fundación ingresar por cada residente donde “Se da autorización para la visita a 2 personas que tengan directa incidencia positiva en el Niño, Niña o

Adolescente en tratamiento y que estén dispuestos a acompañar y apoyar su proceso. En casos especiales el permiso podrá ampliarse hasta 4 personas, según estudio y autorización de Trabajo Social y la Defensoría ICBF” (PAI 2015, p.134), además pueden existir otras razones como el vínculo que se tuvo o se tiene con ciertos miembros del grupo familiar, es así como diferentes investigaciones frente a la relación afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y la adolescencia permiten ver conclusiones frente a la vinculación de los miembros de la familia, especialmente la figura paterna ya que es considerándolo también como “un factor clave para la aparición o no de una drogadicción. Aunque su papel en los primeros momentos de la vida no es tan importante como el de la madre, al dar estabilidad al hogar y al vínculo la figura materna y el hijo van generando las condiciones más adecuadas para que el buen desarrollo del hijo se efectué claramente” (Sanz, 2010, p.38).

A manera de conclusión, es indispensable la vinculación del sistema familiar al proceso, ya que la familia conoce la historia, las habilidades y fortalezas de sus miembros, lo que permite construir o reestructurar en muchos casos los procesos terapéuticos llevados a cabo con los egresados, pensado en la corresponsabilidad, la cual requiere una participación activa y participativa a medida que el proceso va avanzando.

Para finalizar se puede decir que aunque el sistema familiar se vincule al tratamiento terapéutico del residente, es la influencia de los miembros del grupo familiar la que crea impacto en el proceso de los egresados, siendo estos una posible motivación para realizar y culminar su proceso; también se considera que tanto la influencia como la vinculación de los miembros del sistema en el tratamiento terapéutico repercuten en la reinserción socio familiar del egresado.

Después de indagar en las relaciones familiares se consideró necesario conocer sobre las intervenciones realizadas durante el proceso por parte de la Fundación, encontrando lo siguiente:



Los principales motivos de las intervenciones realizadas durante el proceso fueron las problemáticas familiares (61%), de acuerdo a ello, estas apuntan al fortalecimiento de los vínculos familiares, la confianza, la identificación de habilidades que contribuyeron al trabajo de su proceso personal y familiar como lo es el dialogo, la capacidad de escucha, la comunicación, tal como lo expresaron en el grupo focal:

“He identificado que he fortalecido mucho la unión con mi madre, más la confianza, he fortalecido la comunicación con ella, y también he fortalecido en mi parte personal, en mi temperamento, también he fortalecido varias cosas como es el respeto a los demás, si me entiende, he identificado también que he sido una persona que tengo muchas habilidades para hacer las cosas bien y que soy una persona sí que le pone el empeño a las cosas y en estos momentos pues interactúo más con los demás y tengo como más confianza conmigo mismo y más vínculo familiar” (CL. Egresado, 2015).

Teniendo en cuenta las intervenciones realizadas, se encuentra en segunda medida la resolución de conflictos con un 10%, que aborda el fortalecimiento de esta habilidad, dando paso a una relación cercana entre los miembros del sistema basada en la confianza, la comunicación y la ayuda al otro, como lo afirma Gallego (2011) la comunicación es un eje fundamental en la construcción de relaciones al interior y exterior de la familia, igualmente da cuenta de la calidad de las mismas, a través de ella se edifica la vida familiar y las relaciones. También se fortaleció la comunicación asertiva que hace referencia a “la capacidad de expresarse, tanto verbal como pre verbalmente en forma apropiada a la cultura y las situaciones. Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a alcanzar los objetivos personales de forma socialmente aceptable, por otra parte la comunicación efectiva se relaciona con la capacidad de pedir consejo o ayuda en momentos de necesidad” (Mantilla, 1999, p.9).

A partir de las intervenciones en cuanto a las problemáticas familiares, los egresados expusieron que el fortalecimiento en la comunicación y la resolución de conflictos se da por medio del diálogo, expresando que a través de esta forma de conciliación se encuentra una herramienta fundamental para cualquier tipo de relación especialmente dentro del sistema familiar, el cual es una de las principales causas de las intervenciones. Es por ello que en la mayoría de los casos los familiares se vincularon respecto a las intervenciones brindadas por la Fundación donde se reconoce que el proceso realizado permitió modificar el comportamiento, temperamento, cualidades y defectos, convirtiéndose en la mayoría de los casos en uno de los principales factores de protección los cuales se consideran como aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado (Peñafilel

citando a Clayton, 1992); ello se puede evidenciar en el siguiente testimonio de un egresado durante el grupo focal:

“He descubierto muchas cosas que no había descubierto en el proceso pasado, el cual me ha permitido revisarme en diferentes cosas y pues pienso que mi familia, mi familia es un factor grandísimo para mí” (HS. Egresado, 2015).

No obstante y a pesar de que algunos de los egresados ven a la familia como un factor protector existen también otra parte de los egresados que consideran la familia como un factor de riesgo.

“Tengo cierta familia en la cual uno o dos son consumidores, y pues obviamente afecta” (CL. Egresado, 2015).

Lo anterior demuestra la dualidad que existe con respecto a los miembros de la familia, siendo factor de protección y de riesgo a la vez. Según Torres (2007, p.18) “la familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, en su detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia, así mismo disminuye o provoca recaídas; es pues, un elemento clave en la generación y recuperación de la farmacodependencia; recordemos el modelo integral de las adicciones donde la familia se enmarca en los antecedentes sociales e inmediatos”. Las diferentes características familiares, contextuales y propias de los egresados pueden influir tanto en el proceso de reinserción social como en el abandono o no del consumo de sustancias psicoactivas, constituyéndose así en factores de riesgo o proyectivos para los egresados.

En resumen se encontró que las acciones e intervenciones realizadas con la Fundación dieron paso a una modificación en la estructura familiar influida por el cambio de vida de los egresados, bien sea por el proceso desarrollado, por el trabajo de las problemáticas personales, o por la identificación de los riesgos y factores de protección, sin embargo en la mayoría de los casos se

pudo observar que una vez finalizado el tratamiento terapéutico los egresados retornaron a sus grupos familiares, reafirmando que este sistema es un aspecto fundamental de la vida del ser humano, ya que es allí donde se nace, crece, se desarrolla y socializa desde su entorno inmediato hacia los entornos externos como lo es la sociedad y la escuela.

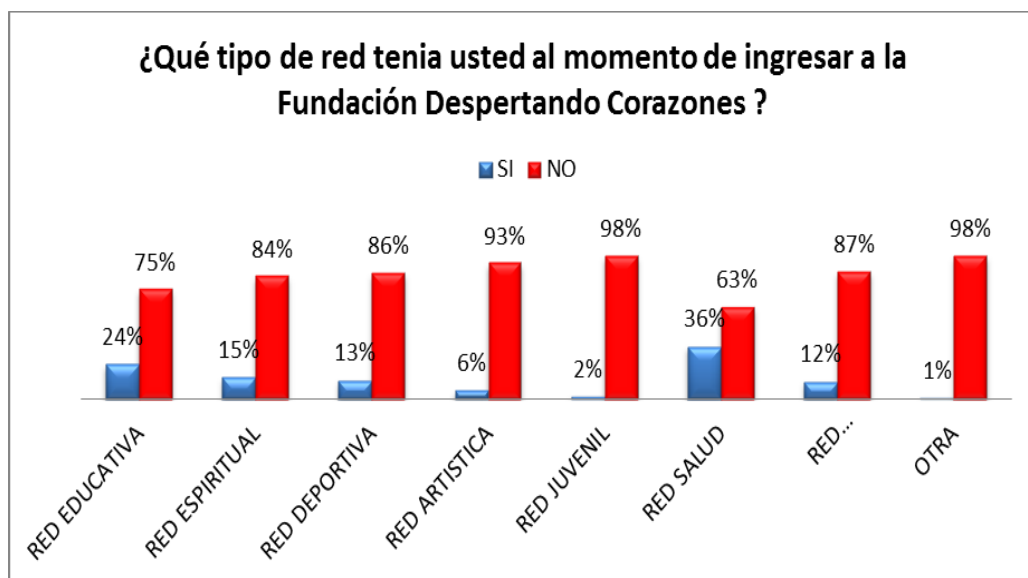
Se destacó dentro de los motivos de las intervenciones realizadas con los egresados, el fortalecimiento de los vínculos familiares del cual se puede decir que no se logró completamente con todos los miembros de la familia, así mismo se observa claramente que la vinculación de los miembros del sistema al proceso de reinserción del egresado en la mayoría de los casos influyó de manera positiva tanto al desarrollo y culminación del proceso como a la reinserción del mismo a la red familiar, ya que el trabajo de las problemáticas identificadas permitió generar un cambio en la familia el cual posiblemente no esperaban se diera antes de ingresar al proceso de reinserción social.

Dentro de la efectividad de las estrategias terapéuticas para la reinserción socio familiar, se puede concluir que identifican diferentes cambios a partir de la vinculación de ellos y su sistema familiar a las diferentes actividades enmarcadas en el proceso, donde además del trabajo hacia el abandono del consumo de sustancias psicoactivas, adquirieron herramientas para trabajar y fortalecer las problemáticas familiares que repercutieron en mejores relaciones personales y vinculares.

5.3.2 RED DE APOYO

Para esta investigación se consideró importante indagar sobre las redes de apoyo, ya que estas constituyen un factor importante para el proceso de reinserción social del adolescente. Estas se entienden como un “conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permite mantener o mejorar su bienestar material, físico, mental y emocional. Las cuales realizan transacciones que implican dar y recibir ayuda afecto y afirmación con cierto grado de correspondencia” (Montes De Oca, 2008, p.57), estas redes de apoyo constituyen un factor importante en la medida que se establecen relaciones dentro del macrosistema, que da origen a subgrupos, cuyos vínculos y funcionalidades están determinadas por la participación de los mismos.

De acuerdo a ello y a lo planteado por el PAI (2015) se tuvieron en cuenta las redes de apoyo: educativa, espiritual, deportiva, artística, juvenil, de salud y ocupacional. Para ello fue importante indagar que tipo de red tenían los egresados **antes del proceso de reinserción social** como se puede evidenciar en la siguiente gráfica.



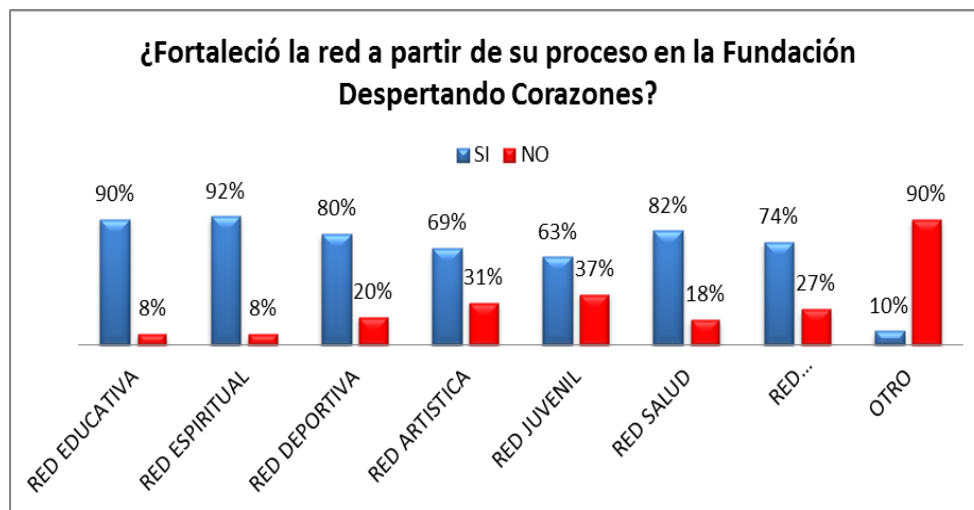
En cuanto al tipo de red de apoyo que tenían los egresados al momento de ingresar a la Fundación, se evidencia que la red con la que más contaban era la red salud con un 36%, seguido de la red educativa (24%) y espiritual (15%), por otra parte las redes con las que menos contaban eran la juvenil (98%), artística (93%) y la deportiva (86%). Esto deja ver a nivel general que los egresados no contaban con las suficientes redes de apoyo, observándose en la gráfica que ninguna supera el 36% de la población, considerando que al no identificar o contar con redes de apoyo aumentaban los factores de riesgo para el uso y abuso de las drogas, ya que el tiempo libre como lo expresaron ellos mismos era usado de manera inadecuada:

“Pienso que mis actividades que yo hacía en el consumo, en la negativa era ir a rio, fumar, mantenía todo el día ósea mi tiempo libre era todo el día por que mantenía en la calle, mantenía consumiendo y en ocasiones mantenía con los que uno le decía los pareceros los amigos que me iba por allá si me entiende a pasear y prácticamente mantenía en el parche, porque yo mantenía en el parche vendiendo todo eso y pues metiendo” (CL. Egresado, 2015).

Al indagar sobre la red artística el 6% refirió contar con ella, mientras que un 93% manifestó no contar con la misma; en la red juvenil ante un 98% que refirió no contar con esta red, un 2% manifestó si haber contado con esta; así mismo ante la misma pregunta en torno a la red salud se evidencia un 63% el cual no contaba con esta, ante un 36% que si refirió tenerla; finalmente se encuentra la red ocupacional, un 12% contaron con esta, frente a un 87% que refirió con tenerla en ese momento, estas cifras permiten ver que los adolescentes antes de ingresar a la Fundación no contaban en su mayoría con redes de apoyo o formas de manejar el tiempo libre de manera adecuada, lo que pudo constituirse en una causa para llegar al consumo de

sustancias psicoactivas o por el contrarrio a partir del mismo alejarse de las diferentes redes de apoyo con las que posiblemente contaban; es asi como se puede ver en documetos de la revista Esperanza para la Familia apartados donde precisan que: “También los jóvenes que abandonan las actividades que solían disfrutar, como los deportes o pasar tiempo con amigos que no usan drogas, cuando dejan de participar en estas actividades también es un punto que debe ponernos en alarma porque es posible que ese joven tenga ya problemas con la droga”.

Durante y Después del proceso de reinserción



Según el PAI (2015) las redes de apoyo permiten tener una red social constate favorable, ingrediente importante en la ayuda mutua, especialmente para aquellos adolescentes cuyo entorno no es apoyador, brindando así mecanismos para mejorar la capacidad de enfrentar situaciones, es por ello que desde la Fundación durante el tratamiento terapéutico se trabajan este tipo de redes, desde su identificación hasta su vinculación y fortalecimiento de las mismas, también cuando los adolescentes se encuentran en etapas altas como crecimiento intensivo o desprendimiento gradual la Fundación le

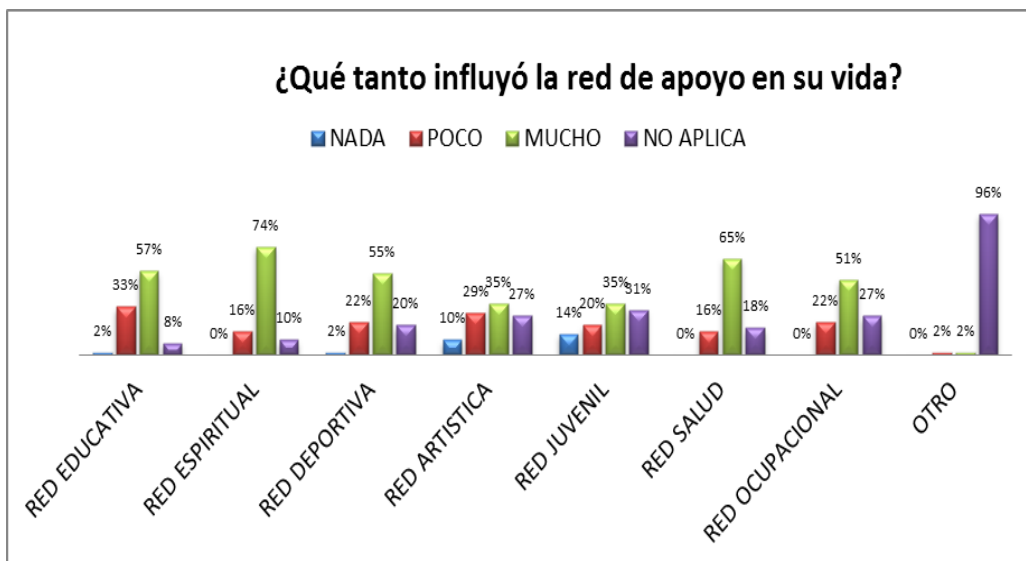
permite identificar, conocer y establecer contactos con todas las redes especializadas de apoyo que puedan dar soporte a su proceso (grupos de autoayuda, iglesia, colegio, líderes comunitarios, mecanismos protectores del Estado).

En la gráfica anterior se puede evidenciar que después del proceso terapéutico los egresados identifican en altos porcentajes diferentes redes de apoyo con las que cuentan, donde se refleja que es la red espiritual (92%) aquella que más se fortaleció a partir de la permanencia en la Fundación, ya que como se ha mencionado anteriormente este aspecto constituye un factor muy importante para la institución frente al proceso de reinserción social, por lo que se trabaja esta área casi que de manera transversal; evidenciándose en el Proyecto de Atención Institucional que: “La Espiritualidad es básica en la recuperación llegando a convertirse en la confianza y esperanza del cambio y en la fortaleza para trascender dificultades. Se trabaja en los espacios religiosos libres de cada NNA, en la Meditación, los Retiros Espirituales, los Video-Foros, en la Consejería, los Talleres de Espiritualidad y en la Terapia de Maratón” (PAI 2015, P.82).

Así mismo la gráfica permite ver que la red educativa (90%) refleja un alto porcentaje, debido a las oportunidades y espacios que la Fundación brinda en relación con el área educativa, la cual está contemplada en la Ley General de Educación y justificada dentro del PAI (2015, p. 24), **La ley 115 de 1994, Ley General de Educación**, contempla dentro de la estructura del servicio educativo a la “**Educación para la Rehabilitación Social**”, cuyo objeto y ámbito comprende: “Los programas que se ofrecen a las personas y grupos cuyo comportamiento individual y social exigen procesos educativos integrales que le permitan su reincorporación a la sociedad”, donde los adolescentes pueden retomar los estudios de primaria, bachillerato y

posteriormente el ingreso a cursos del SENA, la cual está contemplada dentro de la capacitación para el trabajo.

Teniendo en cuenta la gráfica del antes y la influencia de las redes de apoyo se pueden evidenciar cambios significativos, pues pasaron de contar con pocas redes de apoyo a fortalecer todas las que se han mencionado anteriormente, lo que permite que se dé el proceso reinserción, pues de acuerdo a lo planteado por (Pérez y Sierra S.F, p.7) “las personas que poseen una red de apoyo (familiares, amigos, trabajo) parecen salir más fácilmente y con menos ayudas profesionales del consumo. El contexto social ejerce una gran influencia en la superación del abuso de alcohol y drogas”. Ahora bien, es importante mirar que tanto influyeron estas redes de apoyo en el proceso para la reinserción.



Se puede reflejar que todas las redes influyeron mucho en el proceso, teniendo en cuenta que las que más influyeron fueron la red espiritual (74%), la red de salud (65%) y la red educativa (57%), por otra parte las redes que menos influyeron fueron la red juvenil (14%) y la red artística (10%).

Autores como Alvarado y otros (2008) han coincidido en decir que el consumo de SPA debe ser atendido de manera integral y con un impacto de gran alcance y profundidad mediante la articulación de esfuerzos entre los distintos estamentos del Estado, las organizaciones comunitarias, las organizaciones y líderes de la sociedad civil, quienes en conjunto constituyen entes importantes para el proceso de socialización como redes de apoyo, que influyen positivamente para el proceso de reinserción, ya que son fundamentales para prevenir y en este caso mitigar el impacto negativo del consumo y así reconocer la importancia de las redes de apoyo frente al proceso de reinserción social de sustancias psicoactivas.

De acuerdo a lo anterior Ardila (2009) plantea que las redes de apoyo poseen funciones como: el apoyo emocional, la compañía social, la guía cognitiva, los consejos, la regulación o el control social, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos, y en esta medida funcionan como el motor que hacen funcionar el sistema, siendo necesarias para la dinámica y el desarrollo de la sociedad, considerándose entonces como una estrategia que contribuye al proceso de reinserción.

Para concluir se encontró que es importante para los adolescentes las redes de apoyo, ya que al medir su efectividad se evidenció la alta influencia que tuvieron en la vida de ellos durante el tratamiento terapéutico y una vez egresados, permitiendo así mantener el logro del proceso realizado en la Fundación Despertando Corazones, puesto que estas redes se constituyeron como un elemento socializador, y vinculador de diferentes espacios socioculturales que en la misma medida brindaron elementos para fortalecer las habilidades y destrezas que posibilitan la reinserción social de los egresados.

CAPITULO IV

5.4- COMPETENCIAS OCUPACIONALES

El presente capítulo pretende determinar el alcance adquirido en competencias ocupacionales por los egresados de la Comunidad Terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago.

Para el desarrollo de dicho apartado es importante aclarar que el tema de competencias ocupacionales en la Fundación Despertando Corazones es abordado desde el área de Terapia Ocupacional y Pedagogía, donde el principal objetivo es potencializar las competencias ocupacionales y educativas de los residentes en la Fundación.

Para realizar este análisis fue necesario hacer una aproximación a la categoría de competencias ocupacionales que hace referencia “al conjunto de los conocimientos, cualidades, capacidades, y aptitudes que permiten discutir, consultar y decidir sobre lo que concierne al trabajo. Supone conocimientos razonados, ya que se considera que no hay competencia completa si los conocimientos teóricos no son acompañados por las cualidades y la capacidad que permita ejecutar las decisiones que dicha competencia sugiere” (Larousse, 1930 P.2), es decir que las competencias ocupacionales tienen una estrecha vinculación entre la capacidad para desarrollar la actividad laboral y el conocimiento para ejecutarlo (Área Educativa) y además según el Plan de Atención Institucional (PAI) se trabajan de acuerdo a los intereses laborales, recursos personales, recursos sociales y la capacitación prelaboral.

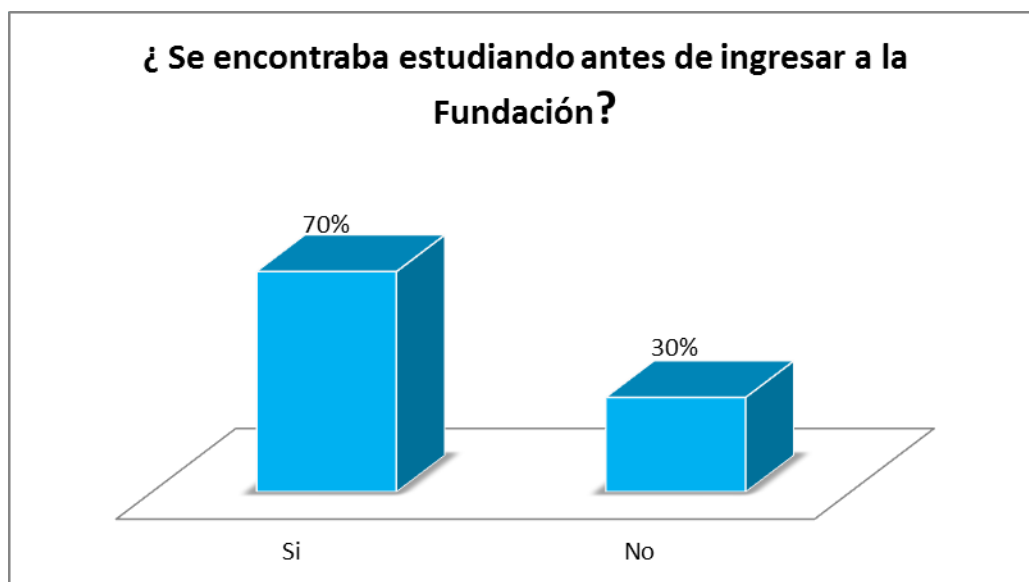
Por consiguiente el área educativa se encuentra vinculada a la ocupacional, por lo cual fue necesario hacer una revisión en primer lugar al campo y nivel

educativo; en segundo lugar al área ocupacional, ambos se encuentran estructurados por tiempos (antes, durante y después del proceso de reinserción) y acompañado de los testimonios de los egresados dados durante el desarrollo del grupo focal, ya que el impacto busca dar cuenta del efecto de una acción, por lo cual se pretende determinar de manera clara las competencias ocupacionales alcanzadas.

5.4.1 Área de educación

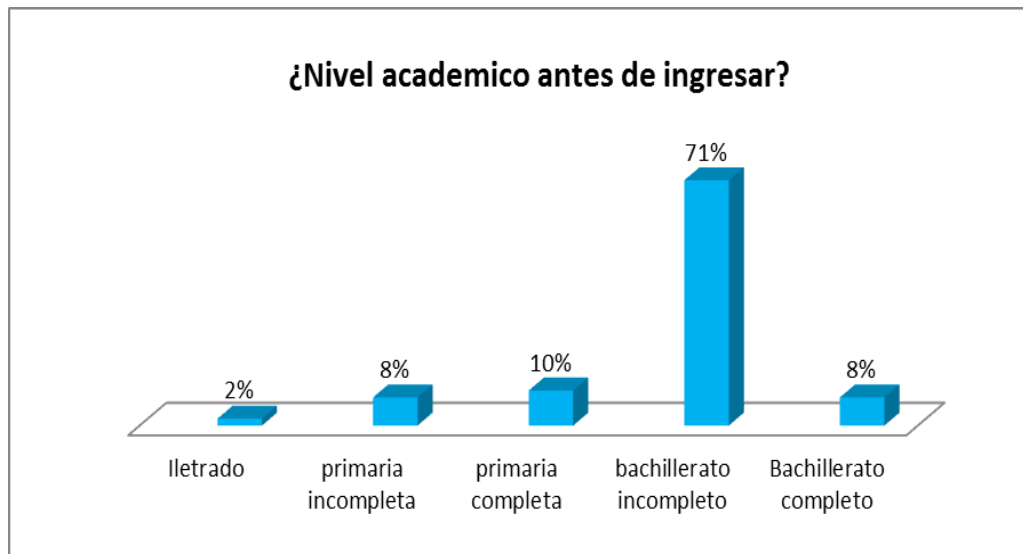
Teniendo en cuenta el concepto de competencias ocupacionales se debe tener habilidad para el trabajo pero a su vez conocimientos sobre su campo laboral, que es determinado por el nivel académico del individuo, que en este caso se evidencia en las siguientes gráficas.

Para el desarrollo de este capítulo se consideró importante tener en cuenta la temporalidad del proceso, por tal motivo es necesario conocer la situación antes del proceso de reinserción social.



La grafica evidencia que el 70% de la población encuestada se encontraba asistiendo a clases, lo que significa que la desescolarización no es una característica del adolescente consumidor, por el contrario es una persona que se puede encontrar activo en el área educativa.

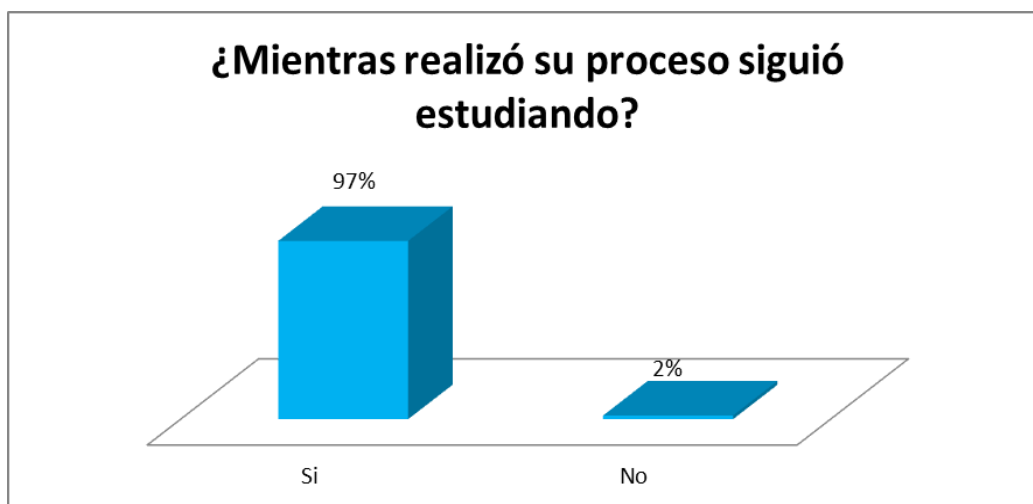
En cuanto al nivel académico antes de ingresar a la Fundación:



Los resultados muestran que antes de ingresar a la Fundación el 71% de la población no había culminado el bachillerato, seguido de un 10% que tenían la primaria completa, lo que significa que la mayoría de ellos se encontraban dentro de un rango de normalidad, ya que entre los 12 y 18 años de edad ingresan a la Fundación y normalmente en Colombia un adolescente entre estas edades se ubica en un nivel académico entre primaria completa y el bachillerato incompleto según lo plantea el Ministerio de Educación (2003) en la siguiente tabla de básica secundaria:

Rango	Razón del rango de edad
15 a 17 años	Es el rango utilizado tradicionalmente por el Ministerio de Educación Nacional y por otras entidades para calcular las tasas de cobertura del nivel de media.
16 a 18 años	Es un rango establecido a partir de la evidencia encontrada en las estadísticas de matrícula, que muestran que la mayoría de los jóvenes de 15 años están cursando el noveno grado del ciclo de básica secundaria.
16 a 17 años	Este escenario se establece con base en el hecho de que un estudiante gasta seis años para terminar la primaria; por lo tanto, el rango de edad para cursar el nivel de media se encuentra entre los 16 y 17 años. Este es el rango que el Ministerio de Educación está empleando actualmente para calcular las tasas de cobertura.

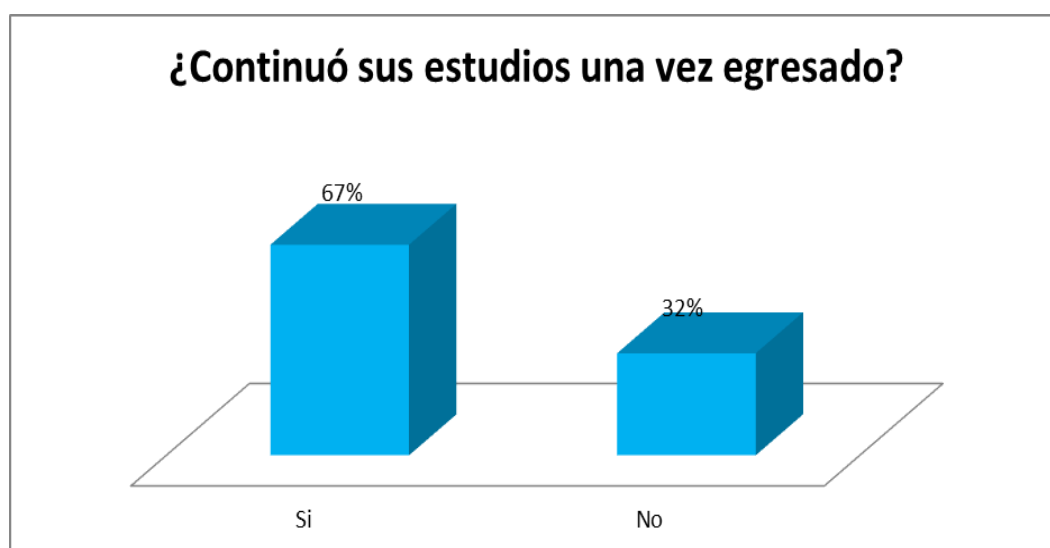
Después de haber conocido los resultados del antes, es importante conocer ciertos aspectos durante y después del proceso de reinserción social.



Se consideró importante indagar si los egresados cuando estaban dentro de la institución continuaron con sus estudios académicos, a lo cual el 97% de los encuestados dijeron que si, ya que la Fundación Despertando Corazones Según lo condensado en el PAI busca restablecerle a los niños niñas y adolescentes (NNA) los derechos que le han sido vulnerados de manera integral, por consiguiente se inicia un proceso de identificación de estos, dentro de los cuales aparece el derecho a la educación que debe ser

restablecida durante el primer mes del adolescente en la institución, es decir en la primera etapa del proceso de “Acogida y Adaptación” que tiene entre sus objetivos “valorar el estado académico y obtener sus certificados del último año cursado e iniciar vinculación escolar -matricula-” (PAI, 2015, p. 25).

Por otro lado, está el después del proceso de reinserción social:



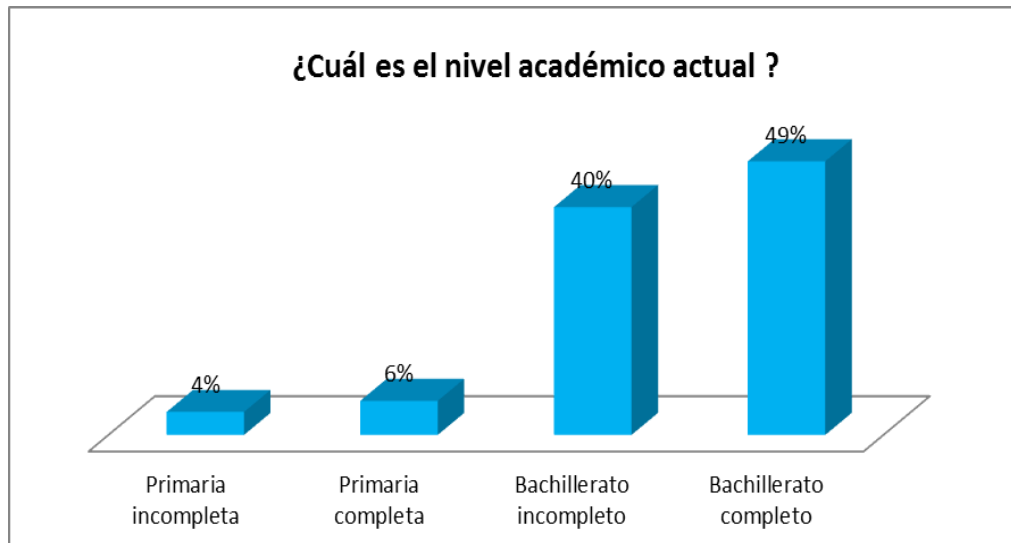
Según los resultados arrojados por la encuesta el 67% de la población logró continuar con sus estudios académicos una vez egresados de la Fundación, ya que muchos de ellos realizaron el traslado a la institución educativa más cercana a su hogar logrando continuar o culminar sus estudios.

Además durante el grupo focal algunos de ellos mencionaron lo siguiente:

“Yo pude seguir desarrollando mis habilidades porque mi familia me dio la plata para seguir estudiando y en un mejor colegio” (C.R egresado, 2015)

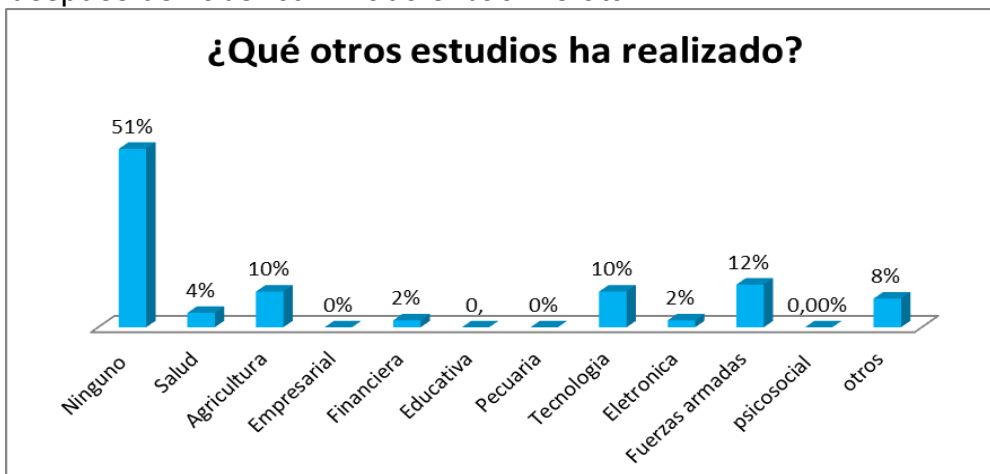
“Después de salir de la Fundación continúe con mis estudios y empecé a estudiar en el SENA” (H.S egresado, 2015)

Ahora bien, en relación al nivel académico los egresados dijeron lo siguiente:



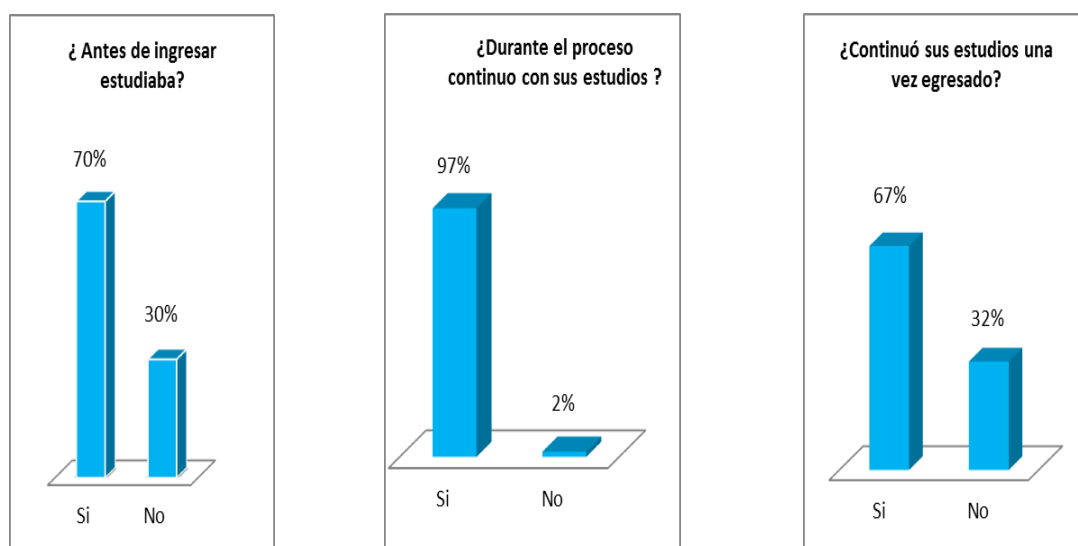
Según la gráfica en la actualidad el nivel académico de los egresados se encuentra entre bachillerato incompleto y bachillerato completo, aunque la mayoría de la población ya culminó los estudios secundarios, esto puede darse a que un gran porcentaje de los egresados está en un rango de edad entre los 16 y 23 años de edad.

Además se consideró importante indagar qué otros estudios han realizado después de haber culminado el bachillerato:



El 51% de los egresados de la Fundación no continuaron con alguna formación técnica, tecnológica o profesional, lo cual puede significar que el mundo laboral exige más la fuerza que el conocimiento para realizar la tarea, pero el 49% de la población ha estudiado en algunas de las siguientes áreas: Fuerzas Armadas de Colombia (12%) (Prestando servicio o realizando cursos militares), tecnología (10%), salud (4%) y finanzas (2%).

De acuerdo a lo anterior es importante realizar un análisis de lo referenciado en base a la temporalidad:



Las gráficas muestran que antes del proceso de reinserción se encontraban escolarizados el 70% de la población y durante el proceso realizado por la Fundación el 97% y una vez finalizado el proceso el 67% de la población continuó estudiando. Lo anterior muestra que durante el proceso la Fundación dentro de sus instalaciones cumplió con el restablecimiento del derecho a la educación en la mayoría de los casos, pero una vez egresado

de la Fundación el porcentaje disminuye en un 30% y en comparación al ingreso desciende de igual manera en un 3%, lo cual significa que durante la instancia del residente se restituye el derecho pero al egresar de la Fundación vuelve a ser vulnerado según los resultados obtenidos. Lo cual puede significar que el continuar con los estudios académicos, técnicos, tecnólogos y profesionales no hace parte del proyecto de vida de los egresados, ya que disminuyo en un 3% las personas que continuaron estudiando.

Después de haber realizado un breve recorrido en el área educativa de los egresados, fue necesario analizar el segundo campo de este capítulo el área ocupacional y las habilidades para desempeñarse laboralmente que tiene estrecha vinculación con la formación académica.

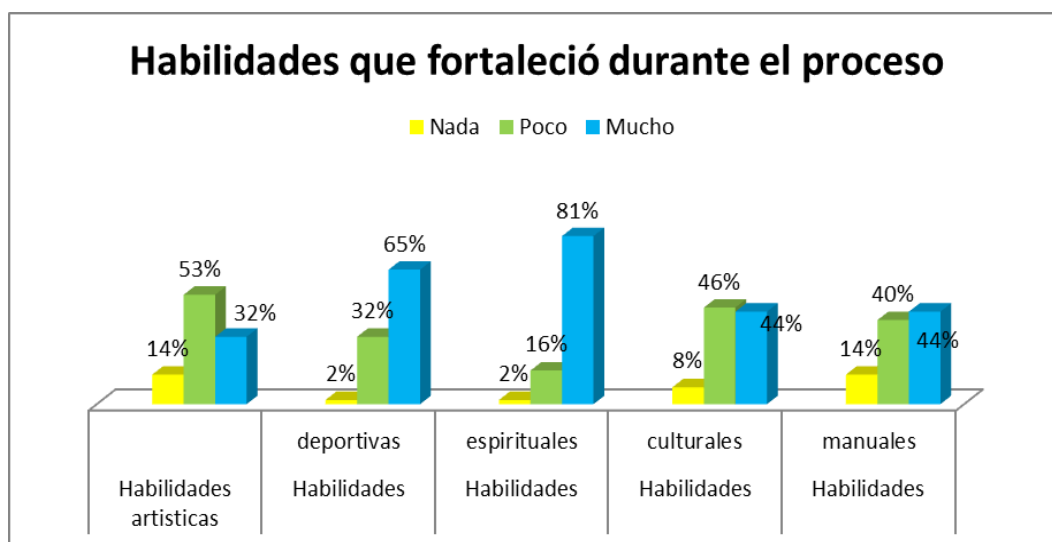
5.4.2 Área de competencias ocupacionales

Para determinar el alcance adquirido en competencias ocupacionales por lo egresados de la Fundación se dividió el apartado en antes y durante y después del proceso de reinserción social, además se hizo uso en algunas ocasiones de una escala evaluativa del 1 al 3, donde 1 es nada, 2 es poco y 3 es mucho.

Al hablar de competencias ocupacionales se trata también las diferentes habilidades que debe poseer el ser humano para desempeñarse en el campo laboral, familiar y social, por tal motivo esto se tiene en cuenta dentro del modelo de atención integral brindado en la Fundación ya que “ reconoce a los NNA como sujetos de derechos, los cuales están consagrados en nuestra Constitución Política y claramente definidos en la Ley 1098 de 2006 o Ley de Infancia y Adolescencia y que cubren o abarcan su desarrollo integral. Como tal, nos obligamos en nuestra concepción, en nuestro trabajo y en

todas nuestras actuaciones a reconocer, garantizar y cumplir con estos Derechos, previniendo su amenaza o vulneración y asegurando su más inmediato restablecimiento cuando estos sean vulnerados. Esta protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes programas y acciones que se cumplen en nuestra institución...el tratamiento Terapéutico está basado en un proceso evolutivo de aprendizaje social que tiene lugar a través de la autoayuda mutua en un contexto social” (De León, 2000 P. 10), caracterizado por el modelado de rol, la normatividad y los Valores, se complementa con el trabajo individual (plasmado en su PLATIN) que se hace con los niños niñas y adolescentes internos y desde su intervención en disciplinas básicas como: Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Pedagogía. Igualmente se trabaja con ellos, desde otras áreas, no menos importantes que completan y complementan la garantía de sus derechos, como son Nutrición y Salud, (Física y Odontológica) Participación, Espiritualidad, Capacitación para el Trabajo, Recreación y Deportes, Cultura y Arte” (PAI, 2015.P.37).

Por tal motivo se indagó en las habilidades que fortaleció durante el proceso teniendo en cuenta las áreas que complementan el tratamiento:



Como ya es de conocerse, en el mundo laboral es necesario el desarrollo de habilidades ocupacionales para desempeñarse adecuadamente en un área específica de trabajo que puede estar relacionada con actividades artísticas, culturales, manuales, espirituales, deportivas, entre otras; que de alguna forma se han adquirido ya sea en la academia o en el desarrollo de la vida cotidiana pero que se tiene la capacidad y destreza para desarrollarlo, lo que facilita la realización del trabajo. Por lo tanto, según la estadística presentada los egresados de Fundación fortalecen principalmente en un 81% las habilidades espirituales, seguido las habilidades deportivas (65%) y por último las habilidades manuales con un 44%, por otro lado los egresados manifiestan fortalecieron muy poco las habilidades artísticas (53%) y las habilidades culturales (46%).

Lo anterior se debe a que en la Fundación “los adolescentes se les educa a través de la cultura institucional, los juegos, las actividades lúdico recreativas, artísticas y de estímulos a su creatividad, esforzándonos por poner en juego enfoques, estrategias y técnicas articuladas en torno del proceso educativo, con la intención de comprender e incidir efectiva y propositivamente sobre el adolescente para incorporarlo progresivamente en la comunidad terapéutica, en el grupo, en una acción que lleva implícita la intencionalidad de un mejoramiento social progresivo que permita que ellos desarrollen todas sus potencialidades y para que tenga un mejor proyecto de vida (PAI, 2015.P.44).

Por tal motivo, los resultados evidenciados en la gráfica muestran que la Fundación Despertando Corazones fortalece principalmente las habilidades espirituales, esto puede darse debido que dentro de los principios del modelo de atención institucional se encuentra la espiritualidad “fundada en la idea de que hay algo que va más allá de uno mismo, que trasciende las limitaciones

del ego. La idea de un Poder Superior es irremplazable y definitiva en la escala de valores y la filosofía de la Fundación, es algo que da fuerzas, que representa la esperanza de cambio, de un futuro mejor. Al mismo tiempo que genera la dosis de humildad necesaria con el reconocimiento de nuestros límites, nos da la confianza en una Fuerza Superior en todos los procesos de superación personal y social, promoviendo el desarrollo de la dimensión trascendente”(PAI,2015, P.15). Es decir que la espiritualidad tiene gran influencia en el proceso y tratamiento de los residentes de la Fundación, además de evidenciarse en repetidas ocasiones en el discurso de los egresados durante el desarrollo del grupo focal, ya que continuamente verbalizaban “Gracias a Dios por los diferentes logros obtenidos durante mi proceso realizado” (CL. Egresado, 2015).

En otras palabras, en la Fundación Despertado Corazones el área espiritual del residente tiene gran fortalecimiento y según las bases teóricas de la Fundación Manantial (2015) también, ya que una vez que el crecimiento espiritual se fortalece se comienza a notar algunos cambios en la vida diaria del adicto en recuperación algunos de las manifestaciones del crecimiento espiritual son: 1. Adecuada capacidad de relacionarse y compartir, así como servir a los demás, 2 Serenidad interior que se refleja en las actuaciones y en la personalidad individual, 3. Capacidad de valorar lo cotidiano y lo que aparentemente es intrascendente, 4. Capacidad para jugar y expresar sentimientos, 5. Disminución del egocentrismo y de la necesidad de validación externa, 6. Disminución de la necesidad obsesiva e irrazonable de control en las relaciones personales, 7. Mayor dedicación al servicio desinteresado, 8. Confianza renovada en el provenir, percibiendo al universo como un sitio amoroso y seguro,9. Desapego creciente a las fuentes materiales de seguridad o satisfacción, como el dinero, sexo y prestigio, 10.Capacidad de maravillarse con la simplicidad. Es decir que el

fortalecimiento de la espiritualidad, determina el mejoramiento de otras áreas de la vida del ser humano, ya que según la gráfica y lo expresado por los egresados se puede decir que el estar bien espiritualmente hace que la persona se desarrolle mejor y mantenga un equilibrio en las otras áreas.

En segunda medida las habilidades deportivas son unas de las que más se fortalecieron durante el proceso, ya que el PAI (2015) plantea que “el proceso se centra principalmente en atender y responder a las necesidades del residente propiciando una relación de ayuda en el proceso de cambio. Es aquí donde las redes vinculares y sociales se convierten en un soporte de ayuda terapéutica (instituciones de carácter educativo, de salud, recreativo, Iglesia, deporte, lúdico, entre otra)”. Volviéndose espacios de apoyo y refuerzo personal, que en el caso del deporte fortalece las habilidades de esta área dentro de la institución, sumado a las redes de apoyo deportivas vinculadas a la Fundación, buscando con el deporte remplazar la conducta adictiva del residente por conductas sanas, lúdico-recreativas y deportivas que disminuyan la posibilidad de recaída en el consumo de SPA.

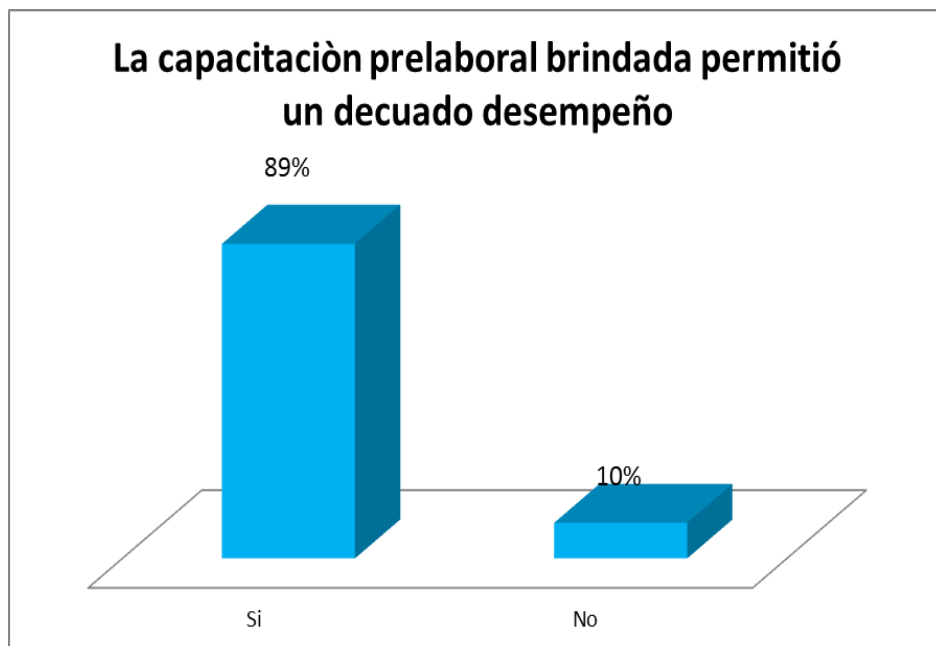
De igual manera durante el grupo focal algunos entrevistados expresan que antes de ingresar a la Fundación poseían habilidades para deportes como el fútbol y el levantamiento de pesas, que fueron reforzadas mediante redes apoyo en las dos últimas etapas del tratamiento, servicio social y desprendimiento gradual.

Las habilidades manuales son las terceras más fortalecidas según los egresados de la Fundación, ya que dentro del cronograma de actividades del área de terapia ocupacional estas aparecen como una actividad que genera recursos económicos, además de dictarse cursos por medio del SENA

(panadería, pastelería, artesanía, informática, entre otras) que permiten desarrollar estas habilidades como medio de producción.

Por otro lado, las habilidades artísticas y culturales según los resultados obtenidos son poco fortalecidas, a pesar que se cuenta “con la creación del taller de accesorios artesanales que desea contribuir a la rehabilitación de los jóvenes de la Fundación Despertando Corazones, dando un tratamiento especial y transformando los diferentes materiales en materia prima, para disminuir simultáneamente los efectos negativos de la contaminación, con esto dar la iniciativa para que otras empresas cuiden el medio ambiente y de esta manera poder mejorar la calidad de vida y además se tiene es el conjunto de jóvenes emprendedores con una mentalidad de preservar la cultura artesanal, utilizando accesorios de un material reciclable; esta es una ventaja de reaprovechamiento de desechos como una alternativa rentable de sustitución de las materias primas convencionales, esto a su vez se traducirá en una mejor calidad de vida y reducción de desechos”(PAI, 2015). Es decir que con el taller de artesanías se busca que los jóvenes sean emprendedores, aprendan a realizar el trabajo y al mismo tiempo mostrarle al contexto local las artesanías realizadas conservando el medio ambiente.

Otras de las fuentes que fortalecen las competencias ocupacionales de los adolescentes que se encuentran en la Fundación según lo expuesto en el PAI, son las capacitaciones prelaborales. Por lo tanto se preguntó a los egresados si dichos aspectos permitieron un adecuado desempeño laboral, a lo cual respondieron:



Para la gran mayoría de la población egresada (89%) de la Fundación las capacitaciones prelaborales brindadas (Entendida como aquellos espacios donde se realizan trabajos sociales como parte de una preparación laboral que requiere el desarrollo de habilidades y competencias laborales básicas) fueron efectivas para un adecuado desempeño laboral por medio del fortalecimiento de sus habilidades personales, sociales e intelectuales en dichos espacios.

Lo anterior también se hace evidente en los discursos de los egresados durante el grupo focal, cuando se les preguntó por las actividades que realizaron dentro de la Fundación en el área de capacitación laboral:

“Pues pienso que nos dieron muchas clases sobre el SENA, aprender a hacer cursos de comidas, nos sirvió mucho pues porque yo no lo desempeñé en la calle, pero aprendí mucho porque aprende uno a hacer comida y pues en el taller uno aprende a manejar su motricidad y aprende a hacer cosas que

uno nunca pensaba que podía llegar a hacer” (HS.egresado.2015).

“De las capacitaciones pre laborales pues si nos daban clases del SENA, unos cursos, también teníamos la oportunidad de estudiar acá, pues algo así pre laboral, es que yo trabajé en el área de la oficina, con lo del transitorio y ahora estoy asistiendo a Narcóticos Anónimos que es mi red de apoyo” (DL.egresado.2015).

“Así laboral en la Fundación pues lo que nos enseñan en el SENA, que pan, plátano, también que lo del formador Fernando, del taller, nos enseñan muchas cosas, también una red de apoyo el levantamiento de pesas y entre poquito voy a estudiar barbería y me va a servir como laboral también” (AS.egresado.2015).

“Lo laboral es como dicen acá en la Fundación uno como varios han dicho, más que todo en el SENA, manualidades también artesanales en el taller de don Fernando en el área ocupacional, también en la parte del SENA aprendí a hacer hamburguesa de plátano, torta de plátano, el cual me llevó a aprender mucho para yo mismo aunque sea tener como un desempeño y elevarme a aprender más las cosas y a tener más conciencia para seguir pensando muy bien las cosas” (CL.egresado.2015).

Por lo tanto en cuanto a las actividades de capacitación prelaboral los asistentes al grupo focal hacen referencia a las redes de apoyo educativas y laborales como un medio brindado durante el proceso por diferentes instituciones y grupos vinculados a la Fundación, cuatro de ellos expresan haber asistido a diferentes cursos relacionados con la gastronomía y culinaria dictados por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), que le permitieron desarrollar y fortalecer su motricidad a través de actividades cotidianas que no habían realizado; y cinco de ellos asistieron a otro tipo de cursos y actividades como decoración de fiestas en la academia Crearte y otros manualidades.

Por otro lado algunos de ellos participaban del taller artesanal que se encuentra ubicado dentro de las instalaciones de la Fundación, lo cual les permitió un mejor desempeño laboral en cuanto a tiempos, horarios, objetivos de trabajo, posibilitando un fácil acercamiento al ambiente laboral y creando una mayor conciencia en ellos para continuar con su vida de una mejor manera.

Además según lo expresado por los egresados de la Fundación las capacitaciones prelaborales les han permitido lo siguiente:

“las artesanías teníamos que cumplir con un horario establecido, teníamos que cumplir con unas metas, teníamos que ser ordenados, teníamos que ser respetuosos, teníamos que manejar la honestidad por que se manejaban objetos de valor, entonces para el área laboral me sirvió demasiado porque prácticamente digamos como las mismas normas que regían en el campo laboral” (CA.egresado.2015).

“Pues después de egresado yo entré a un trabajo en el cual no dure mucho, pero pues me sirvió mucho porque era responsable con los horarios, pues con lo que me tocaba hacer y mi parte la hacía bien, por cosas dadas no pude pero si, siento que me fue muy bien hay” (HS. egresado.2015).

“Si me sirvieron mucho las capacitaciones porque adquirí mayor grado de responsabilidad, hacia las cosas cada día más bien, no se valoraba mucho ¿si me entiende?, ese trabajo que tuve, ¿si me entiende? porque eso para mí es como un privilegio acá ¿cierto?, ósea con mi esfuerzo yo lo logré y me sirvió mucho para, ósea para ser más consciente de que hay trabajos más duros, pero uno empieza desde abajo para llegar, ¿si me entiende?, para llegar a cosas mejores, entonces si la verdad me sirvió mucho y estoy muy agradecido con la Fundación” (DL.egresado.2015).

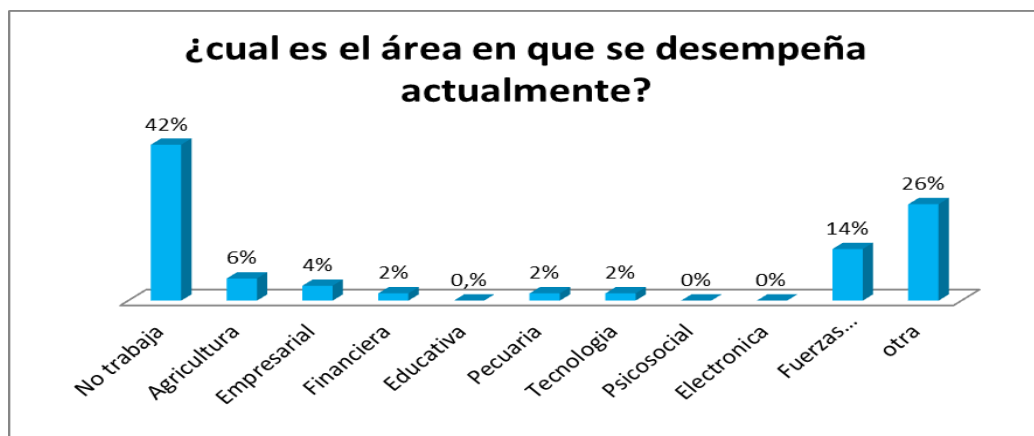
Según lo refirieron, es así como fortalecieron sus competencias laborales u ocupacionales obteniendo un mayor grado de responsabilidad, además de tener objetivos y metas claras, mantener un mayor orden y fortalecer valores

personales como el respeto y la honestidad, así como también el aprecio y valor de los objetos, la ayuda y colaboración al otro y al mismo tiempo un reconocimiento de la normas que rigen un campo laboral, creando conciencia del esfuerzo que deben hacer por mantenerse activos en el medio laboral.

De igual manera, las diferentes habilidades laborales de los adolescentes fueron adquiridas y fortalecidas por medio de los talleres y capacitaciones prelaborales brindadas por los grupos e instituciones vinculadas a la Fundación, que transmitieron los aprendizajes a los adolescentes y posteriormente fueron llevados a la práctica para adquirir experiencia.

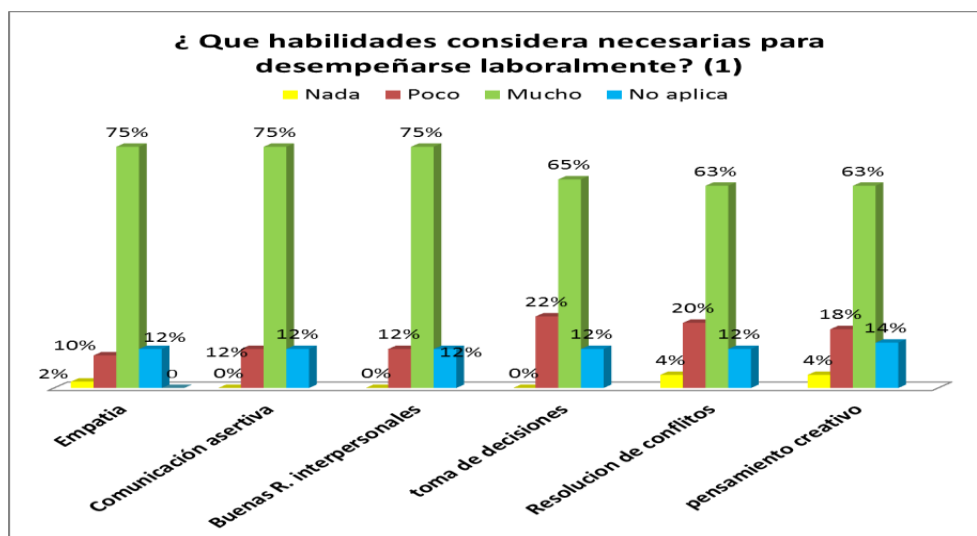
De igual manera los egresados de la Fundación expresan que le ha favorecido la rigurosidad y disciplina en las actividades que realizaban dentro de la institución, lo que permite hoy un mejor desempeño laboral en su campo de trabajo.

Ahora bien, habiendo realizado el análisis del antes, es trascendental conocer el después del proceso de reinserción social, por tal motivo en este tiempo se consideró importante ahondar y conocer actualmente en qué campo laboral se desempeñan actualmente los egresados de la Fundación, lo cual obtuvo los siguientes resultados:



El 58% se encuentra laborando en alguna de las siguientes áreas agricultura (6%), empresarial(4%), financiera (2%), educativa, pecuaria (2%), tecnológica (2%), psicosocial, electrónica, Fuerzas Armadas (14%) u otra entre las cuales mencionaron oficios varios y construcción (26%), esta última es el porcentaje más alto en el que laboran los egresados de manera informal y esto se puede deber a que los egresados necesitan un ingreso económico rápido y no se piensa en la universidad en este momento, seguido de las Fuerzas Armadas en un 14%, esto se puede deber a que el 63% tiene entre 18 y 30 años de edad y en Colombia al cumplir la mayoría de edad (18 años) deben pagar servicio militar en la Policía Nacional, el Ejército, la Marina o las Fuerzas Armadas según la ley 48 de 1993 (Regulación de la prestación del *servicio militar* obligatorio). Y el 42% de la población encuestada expresa no encontrarse laboralmente activo, lo cual puede significar que no consideran la opción de trabajar y obtener un ingreso para el cumplimiento del proyecto de vida.

Teniendo en cuenta las áreas anteriormente mencionadas, es necesario poseer ciertas habilidades personales, sociales e intelectuales entre las cuales se encuentran las siguientes:



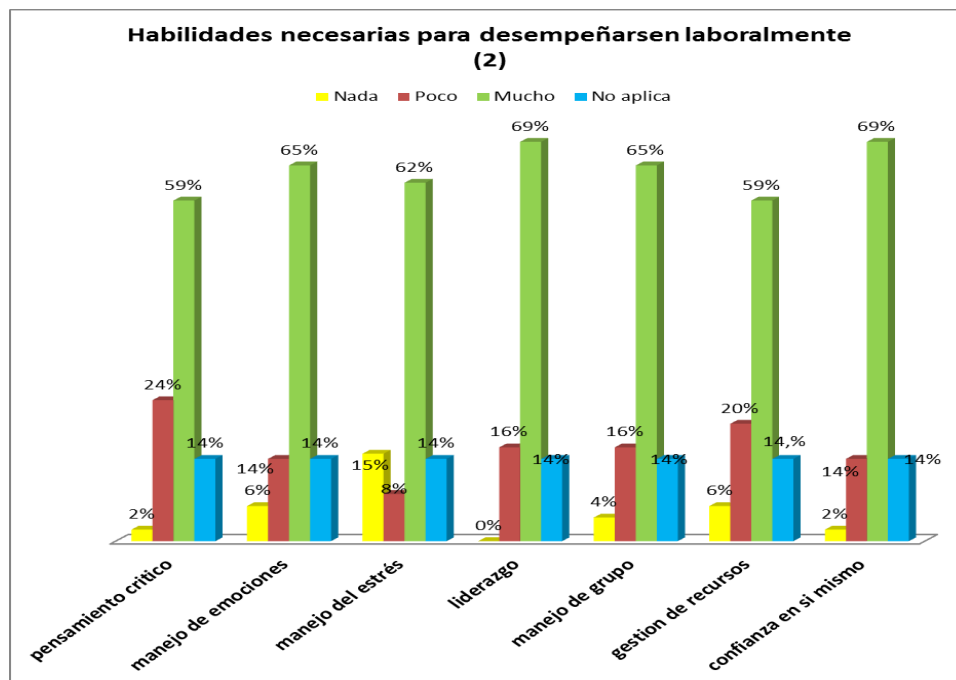
Según la gráfica los egresados consideran necesarias para desempeñarse laboralmente en su campos de trabajo la empatía, la comunicación asertiva y las buenas relaciones interpersonales cada en una un 75%. Siendo así la empatía es importante ya que “ayuda a aceptar a las personas diferentes a nosotros y mejora nuestras interacciones sociales” (Mantilla, 2003. P. 37). Por otra parte la comunicación efectiva “tiene que ver con la capacidad de expresarse, tanto verbal como preverbalmente, en forma apropiada a la cultura y las situaciones. Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a un niño o un adolescente a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable” (Mantilla, 2003. P. 37). Las relaciones interpersonales “ayudan a relacionarnos en forma positiva con las personas con quienes interactuamos, a tener la habilidad necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas que son importantes para nuestro bienestar mental y social” (Mantilla, 2003. P. 37).

Las habilidades anteriormente mencionadas hacen parte de las habilidades sociales, ya que requieren de estar en relación con el otro para poder ser desarrolladas y son estas las que más se necesitan para desempeñarse laboralmente en las áreas que actualmente laboran los egresados de la Fundación, por lo que se puede ver una estrecha relación entre las habilidades que se fortalecieron y las ocupaciones laborales actuales que son acordes con ellas.

Por otro lado consideran importantes la toma de decisiones en un 65, 3%, la resolución de conflictos y el pensamiento creativo en un 63,3%, estas hacen parte de la habilidades personales e intelectuales de la persona, que permiten un mejor desempeño individual y creativo de las actividades que se realizan, ya que la toma de decisiones “nos facilita manejar

constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas y la de los demás. Tomar decisiones en forma activa acerca de sus estilos de vida, evaluando opciones y las consecuencias que éstas podrían tener” (Mantilla, 2003. P. 37). La resolución de conflictos o problemas “nos permite enfrentar de forma constructiva los problemas en la vida. Los problemas y conflictos importantes que no se resuelven pueden convertirse en una fuente de malestar físico (trastornos psicosomáticos) y mental (ansiedad y depresión), y de problemas psicosociales adicionales (alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas”. (Mantilla, 2003. P. 37).

Teniendo en cuenta las habilidades que se fortalecieron durante el proceso, fue importante mirar la utilidad de estas desempeñaban en el espacio laboral, indagando así sobre las habilidades que consideraban necesarias para desempeñarse laboralmente.



Al igual que la anterior gráfica, esta también otras de las habilidades necesarias para desenvolverse en el campo laboral asertivamente. Según los egresados, la confianza en sí mismos y el liderazgo son necesarios en un 69,4%, seguido del manejo de grupo y control y manejo de emociones en un 65,3%, el manejo del estrés un 62,3%, y la gestión de recursos y pensamiento crítico en un 59,2%. Siendo así es evidente que para los egresados de la Fundación las habilidades son importantes para desempeñarse laboralmente ya que siempre serán necesarias las destrezas individuales y sociales para llevar a cabo las funciones y actividades que realizan en su campo de trabajo, por ejemplo el “conocimiento de sí mismo; Implica reconocer nuestro ser, carácter, fortalezas, debilidades, gustos y disgustos” (Mantilla, 2003 P.15). El pensamiento crítico permite “analizar información y experiencias de manera objetiva. El pensamiento crítico “contribuye al desarrollo personal y social, al ayudarnos a reconocer y evaluar los factores que influyen en: nuestras actitudes y comportamientos y los de los demás” (p.15). El manejo de sentimientos nos ayuda a reconocer nuestros sentimientos y emociones y los de los demás, y a ser conscientes de cómo influyen en nuestro comportamiento social, y a responder a ellos en forma apropiada. Manejo de las tensiones Nos facilita: reconocer las fuentes de estrés y sus efectos en nuestras vidas; y el estrés desarrollar una mayor capacidad para responder a ellas y controlar el nivel de estrés; realizar acciones que reduzcan las fuentes de estrés” (p.15).

Dicho lo anterior, las gráficas muestran que las habilidades mas importantes según los egresados son: la empatía, la comunicación asertiva y las buenas relaciones interpersonales, las habilidades espirituales, deportivas y manuales son las destrezas más necesarias para desenvolverse favorablemente en el medio laboral y las más fortalecidas dentro de la institución y las menos importantes son: la gestión de recursos, el pensamiento crítico, las habilidades artísticas.

Las competencias ocupacionales son importantes en el medio laboral porque permiten buenas relaciones interpersonales y además potencian la competitividad de las personas.

Por tal motivo el desarrollo y fortalecimiento de dichas habilidades se convierte en el recurso personal del egresado, que es considerado como aquellas características personales que favorece el desempeño ocupacional e influye en la realización de tareas, actividades y ocupaciones que hacen posible el desarrollo de la labor. Pues como se verbalizó en el grupo focal las habilidades son una ganancia que permite y posibilita un mejor desempeño personal y relacional en el campo laboral. Según Mantilla (2013) y Florez (2003) estas son algunas de las habilidades que debe tener el individuo para ser competente en el medio laboral sumado a algunas habilidades intelectuales y sociales como: la crítica, la planeación, el aprendizaje y el análisis, la cooperación y trabajo en equipo, innovación y emprendimiento.

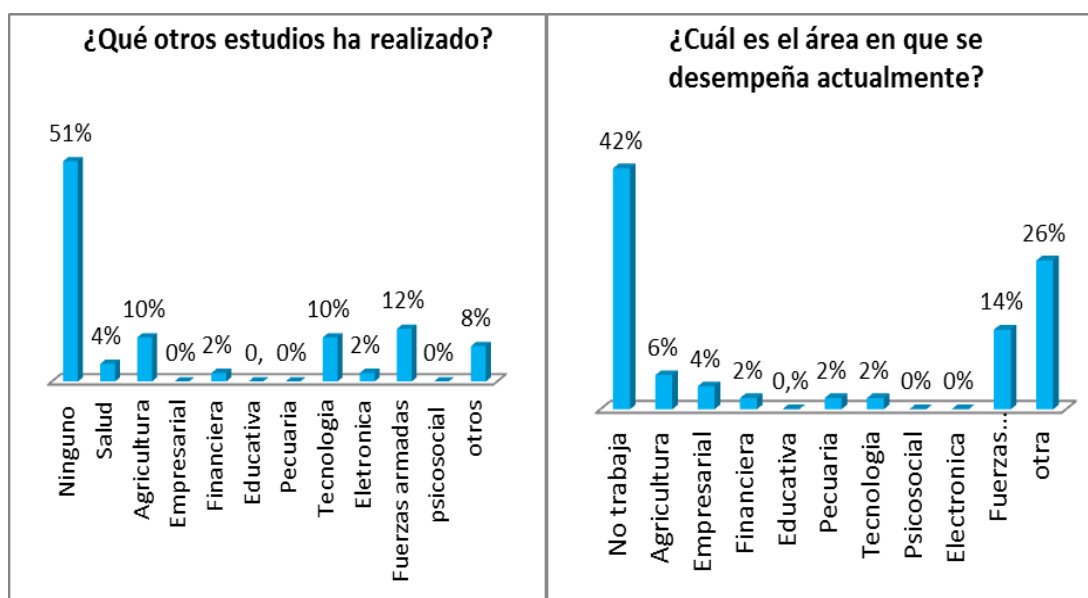
De acuerdo a lo anterior es importante tener en cuenta que más de la cuarta parte de la población egresada manifiesta no haber continuado con los estudios de educación media (32%) porcentaje que puede estar relacionado con la cifra de egresados que han recaído nuevamente en el consumo de drogas y que actualmente se encuentran consumiendo, ya que como lo plantea Goicovic (2002) el consumo de sustancias psicoactivas puede producir la deserción escolar, debido a que en los espacios escolares se tienen reglas y responsabilidades por parte de la institución y alumnado que puede generar molestia para llevar a cabo las actividades escolares, ya que como se mencionó anteriormente en el marco teórico, el consumo de drogas se encuentra vinculado a la llamada anomia social entendida como el quebrantamiento y la ausencia de leyes, es decir el no cumplimiento de las normas, lo que permite visualizar la deserción escolar como

consecuencia del consumo de drogas en algunas ocasiones, pues este espacio es visto como sistema de normatividad y responsabilidad que no se quiere.

Por otro lado los egresados también expresan haber desarrollado ciertas habilidades dentro de la institución ya que anteriormente no identificaban la destreza para realizar ciertas actividades al estar inmerso en el consumo de sustancias psicoactivas , según Cid-monckton Y Pedrão (2011 p. 46) “hay coincidencia de diversos autores en que el inicio del consumo de drogas no radica en un factor único, sino que estaría dado por un conjunto de factores que interactúan, determinando así la incidencia y prevalencia de las adicciones. Se ha identificado la existencia de situaciones potencialmente influyentes y/o favorecedoras del consumo de drogas como lo es, el debilitamiento en ciertas habilidades como el enfrentamiento positivo de los problemas; equilibrio entre responsabilidades sociales y expectativas de lograr una meta (rendimiento escolar); competencias cognitivas (destrezas de comunicación, empatía); características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, capacidad de reflexionar y controlar impulsos, habilidades para comunicarse); experiencias de auto eficacia, confianza en sí mismo y auto concepto positivo; actitud proactiva frente a situaciones estresantes; y, experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, coherencia de valores)”. Es decir que al no haber desarrollado estas habilidades se puede considerar un factor de riesgo que pueden propiciar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas o la recaída en dicha situación.

De igual manera el consumo activo de sustancias psicoactivas según los planteamientos de Ochoa y Madoz (2008) generan diversas dificultades en el desempeño laboral y competencia del trabajador, debido a que presenta continuamente enfermedades, disminuye la eficiencia en el trabajo, aumentan los conflictos con sus compañeros, generando una disminución del rendimiento laboral.

Teniendo en cuenta el concepto de competencias ocupacionales se consideró importante analizar las siguientes graficas ya que muestran el conocimiento de los egresados en ciertas áreas laborales y el lugar en que actualmente se desempeña.



Según estas graficas los porcentajes entre el conocimiento para realizar el trabajo y el área en que se desempeñan actualmente tiene una variación mínima, lo que significa que en cierta medida los egresados si fortalecieron sus habilidades laborales o competencias ocupacionales, es decir que las actividades y el trabajo realizado en la Fundación desde esta área ha logrado crear un impacto en la vida de los egresados.

En conclusión el proceso desarrollado con los egresados en el área de competencias ocupacionales les ha posibilitado mantenerse activos en espacios laborales debido al fortalecimiento de estas habilidades durante sus instancias en la Fundación, las cuales fueron potencializadas por medio de las capacitaciones prelaborales brindadas por la institución y los cursos dictados por el SENA y las redes de apoyo vinculadas a la Fundación que posibilitaban seguir desarrollando

habilidades artísticas, culturales, deportivas entre otras como medio de producción.

Ya que el fin último de esta área según el Plan de Atención Institucional es “ayudar al NNA en el descubrimiento de su perfil vocacional, formación de su autodisciplina, hábitos de trabajo, correcta inversión del tiempo libre, trabajo de dificultades de atención y concentración, motricidad y otras que se puedan perder en la vida de calle y/o el consumo de drogas y el estilo de vida que esto conlleva, reemplazándolos por hábitos de vida saludable. Puesto que esta terapia permite abordar un desempeño ocupacional alterado o disfuncional para irlo cambiando progresivamente por un desempeño ocupacional realizante que permita identificar potencialidades, evitando encasillar en clasificaciones al NNA y considerándolo una persona en cambio que va identificando a lo largo de su proceso sus potencialidades reales e interesándose en reconocer y construir su Proyecto de Vida. También se le ayuda en la identificación de factores de estrés y desequilibrio pedagógico y ocupacional, en que aprenda a responder a las demandas sociales de manera adaptativa (**Habilidades para la vida:** en relación consigo mismo, con los demás y con el contexto) y se le orienta junto con su familia en el reconocimiento y fortalecimiento de redes que faciliten su acceso a servicios diversos en salud, educación y capacitación, crecimiento personal, recreación, integración social y Participación” (PAI, 2015. P. 141).

Además el área de competencias ocupacionales está ligado a la construcción del proyecto de vida del egresado según la cita bibliográfica anteriormente expuesta y según el PAI (2015) al construir un proyecto de vida, queda cimentado en todo lo que significa ser humano, con deseos de progreso, bienestar y crecimiento individual, para luego por supuesto, hacer partícipe a la comunidad familiar y social de sus aportes y significaciones. Pero según los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento la gran mayoría logro fortalecer las habilidades para el

buen desempeño en el campo laboral. Aunque el 51% de la población no ha realizado ningún estudio aparte de la educación media, pero el 58% trabaja, lo cual puede significar que los egresados les interesa más el hacer que el saber y aprender. Es decir que aunque se obtiene un impacto y un alcance por parte de la Fundación hacia los egresados, el seguirse educando no hace parte de su proyecto de vida.

6. CONCLUSIONES

En esta investigación se ha evidenciado que el consumo de sustancias psicoactivas ha tenido diferentes transacciones y ha sido utilizado para diversos fines, en la misma medida que ha sido visto desde varios puntos de vista como, la moral, la científica y el humanismo, el consumo de sustancias se encuentra asociado a múltiples causas, por ello no es viable atribuirle ni las causas ni las consecuencias a un solo factor, por ello el consumo de sustancias se entiende como una problemática multi causal, que afecta los diferentes espacios del ser humano, en la medida que su consumo no es controlado, y afecta diferentes espacios al tiempo, es por ello que surgen las instituciones que buscan intervenir para rehabilitar las personas adictas a las sustancias.

Desde la Fundación despertando Corazones, se mide la efectividad desde diferentes indicadores de los cuales se tuvieron en cuenta tres para la investigación (salud física y mental, red familiar y redes de apoyo y competencias ocupacionales) de los cuales se desprenden otros indicadores que permitieron medir la efectividad del tratamiento.

Así pues, desde el estado de salud física, los tratamientos fueron adecuados y pertinentes, ya que la mayoría de los egresados no se encontraban en condiciones óptimas al momento de ingresar a la Fundación, y desde la buena alimentación, la salud odontológica y el autocuidado, se logró estabilizar los estados de salud física que de acuerdo a los egresados está a paso a ser buena en un 96% de la población, por otro lado el estado de salud mental abarca diferentes aspectos y ámbitos que se relacionan conjuntamente, que hace parte como uno de los aspectos para el proceso de reinserción al mismo tiempo que los egresados lo valoraron como un aspecto que ha sido mejorado y que han podido recuperar de acuerdo al proceso brindado por la Fundación, en la medida que ha permitido a

los egresados insertarse de manera acertada en el medio, en cuanto a las aptitudes, el manejo de emociones, los factores de riesgo y de protección, ya que según el PAI el manejo y control de emociones y la identificación de factores de riesgo y de protección pueden ser vistos como algunos indicadores de un adecuado estado de salud mental.

Al hacer una comparación y contraste sobre la percepción de los egresados en cuanto al área de salud mental, es posible evidenciar con claridad que en el antes la mayoría de los porcentajes hacían referencia a aspectos negativos, mientras que después del egreso en la mayoría de los casos aparecen elementos positivos, lo que muestra que el tratamiento genera cambios que permiten una reinserción social a la gran mayoría de la población en los aspectos que conciernen a la salud mental, sin desconocer, que a través de lo expresado por los egresados en cuanto al manejo y control de emociones, sentimiento de tristeza se identificaron algunas incongruencias en cuanto a estos aspectos que hacen parte del proceso de reinserción social del residente.

En cuanto a la red familiar se vieron reflejados los cambios tanto en la estructura como en la dinámica familiar de los egresados tras la vinculación al tratamiento terapéutico, se considera que estos fueron promovidos a partir del proceso tanto individual y familiar que realizaron en compañía del equipo de trabajo de la Fundación, evidenciándose un fortalecimiento en las habilidades comunicativas, las cuales llevaron a un fortalecimiento del dialogo, la confianza, evidenciándose con mayor fuerza estos cambios en aquellas familias que se vincularon activamente al proceso.

En el desarrollo de la dinámica familiar se observó que al pertenecer la mayoría de los egresados a tipologías de familia monomarental, es la madre quien se encarga de ejercer la autoridad, establecer y hacer cumplir los sistemas normativos; además se observa que es el grupo familiar más cercano del adolescente quien

participa de su proceso en la mayoría de los casos entre ellos la madre, el padre, hermanos y abuelos, pasando a un segundo lugar los demás miembros de la familia como tíos (as), primos (as) padrastro o madrastra. Por tal motivo se considera importante trabajar el fortalecimiento desde el tratamiento terapéutico de los vínculos y la participación con los demás integrantes del sistema familiar en el tratamiento terapéutico, ya que además de una motivación extra para los residentes, se fortalece una posible red de apoyo que una vez finalice el proceso será de gran ayuda para el proceso de reinserción socio familiar y abandono del consumo de sustancias psicoactivas.

Las redes de apoyo con respecto al proceso de reinserción, pues desde el punto de los egresados, éstas influyen en altos porcentajes en la vida de estos, permitiendo así el logro del proceso brindado por la Fundación, en la medida en que las redes se constituyen como un elemento socializador, ya que los vinculó en diferentes espacios socioculturales que en la misma medida brindan elementos para fortalecer las habilidades y destrezas de los egresado para el momento de la inserción a la sociedad.

En el área de las competencias ocupacionales los egresados las perciben como el conjunto de habilidades que se tiene para desenvolverse en su campo de trabajo, que le han permitido mantenerse activos en espacios laborales por el fortalecimiento de estas habilidades durante sus instancias en la Fundación, las cuales fueron potencializadas por medio de las capacitaciones prelaborales brindadas por la institución y los cursos dictados por el SENA y las redes de apoyo vinculadas a la Fundación que posibilitaban seguir desarrollando habilidades artísticas, culturales, deportivas entre otras como medio de producción.

Además, un aspecto importante que sobresale son las habilidades espirituales o la espiritualidad, ya que según lo expresado por los egresados es visto como el pilar principal del proceso de tratamiento y reinserción social, pues se considera como el principio que brinda e influye en el fortalecimiento de otras áreas en que se desenvuelve el ser humano. En cuanto al área educativa, la Fundación permite una evolución en el nivel académico de los egresados, pero hay mucho de ellos que posterior al proceso de reinserción no continúan, ni culmina la educación media.

Por otra parte los egresados en cuanto al área ocupacional, la mayoría de ellos no trabaja, lo que se puede deber a que muchos se encuentran aún entre los 12 y 18 años de edad, aunque algunos se desempeñan de manera satisfactoria en áreas como la salud, finanzas, tecnología, Fuerzas armadas o militares entre otras.

Finalmente desde el punto de vista de esta investigación la Fundación Despertando Corazones a través de su intervención aplicada a través del modelo de Comunidad Terapéutica, logra efectivamente generar cambios positivos en la vida del egresado, ya que como se mencionó anteriormente en los tres ejes sobre los cuales se desarrolló la investigación se generaron impactos desde la salud, las competencias ocupacionales y las redes familiares y de apoyo, lo que permite evaluar el proceso como pertinente y adecuado a la población que atiende, así mismo los indicadores desde los cuales trabaja la Fundación fueron aplicados de manera pertinente en la medida que lograron la reinserción de la mayoría de la población egresada a la sociedad y a los diferentes ámbitos en los cuales se desenvuelven actualmente.

Se pensaba que el tratamiento no era efectivo, ya que más del 50% de la población consume actualmente al menos una sustancia psicoactiva, lo cual se consideraba como un indicador de efectividad del tratamiento, sin embargo los

demás indicadores dejaron en evidencia el impacto del tratamiento en cuanto otros aspectos, es decir, que el consumo no implica que los demás factores afecten la vida o la reinserción social.

7. BIBLIOGRAFÍA

ALCIVAR, Carlos y otros. (2015). *El uso de las drogas afectan a la sociedad o “contribuye al turismo Y sus riesgos en los jóvenes y adolescentes. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales n. 27.*

ÁLVAREZ, Mónica y otros. (2004). El desarrollo social y afectivo en los niños de primer ciclo básico. Universidad Mayor. Facultad de educación. Santiago.

ALVARADO, María Elena y otros. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Revista científica de enfermería. Vol. XII. N° 7. El Salvador.

ARAMENDI, Pello. (S.F). La inserción laboral de personas con problemas de drogas. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad del país de Vasco. En globalpartners.cl/test-alcohol-drogas/wp-content/uploads/2014/01/Insercion-Laboral-de-Personas-Drogadictas-Espana.pdf. Accedido el 1 de Noviembre de 2014.

ARDILA, Eileen. (2009). Redes sociales de apoyo: Una alternativa de solución frente a la problemática de la drogadicción. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

BELEÑO, Senith (2011). Análisis de las tendencias de consumo de drogas de abuso e impactos en la salud del individuo en países de América Latina años 2006-20010. Universidad Nacional de Colombia Departamento de toxicología. Bogotá

BARBIERE, y otros (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. .Revsta Ciencias de la Salud vol. 10 Especial. Pág. 69-86 Colombia.

CALVETE, Esther y ESTÉVEZ, Ana. (2008). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. Departamento de Psicología. Universidad de Deusto.

CANALES, Gregoria Y otros. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. Revista Cuidarte “[Versión electrónica]”.

CANALES, Manuel. (2006). Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. LOM ediciones. Chile.

CARRAZANA, Valeria. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial, Vol. I, No.1 EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA–EXISTENCIAL. Universidad Católica Boliviana.

CERDA, Hugo. (1991). Los elementos de la investigación como reconocerlos diseñarlos y construirlos. Editorial el búho.

CID-MONCKTON Y PEDRÃO (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

CHOQUE, Raúl y Lorenzo, Jesús. (2009). Eficacia del programa habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. Revista de salud pública “[Versión electrónica]”. Vol.11 N°1. Perú.

CONTRERAS, M y CERI, F. (2008). El lado negativo de las emociones: la adicción a drogas de abuso. Revista de neurología “[Versión electrónica]”. Vol. 47. N°9. Santiago, Chile.

EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. (2008). Administration port children y families. Elaborado por la Oficina de Relaciones Públicas 370 L’Enfant Promenade, S.W.

DUSTIN, Thahisin y otros (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. Universidad Católica de Colombia, Bogotá. Psychol. av. discip.Vol.7.N.º 1. Bogotá.

EMCDDA.(2003). Social exclusión and reintegration.In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.Enfile:///C:/Users/admin/Downloads/sel2003_2-en.pdf.Accedido el 24 de Noviembre de 2014.

ESPERANZA PARA LA FAMILIA A.C. Revista. La drogadicción en la adolescencia. Núm. En catalogo 0139 <http://www.esperanzaparalafamilia.com>

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia. Primera edición. San José De Costa Rica.

FERNANDEZ, José y SECADES, R. (2008) Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas. España.

FERRANDO, Delicia. (1994). Evaluación de las estrategias de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de adictos a drogas en el Perú. "Centro de documentación "Carlos Enrique Paz Soldan" OPS/OMS. Perú.

FIESTAS, Fabián y PONSE, J. (2012) Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. Revista Perú Med Exp Salud pública. Perú

FUNDACIÓN ATENEA. (2012). La integración sociolaboral en los centros de día de la población drogodependiente. En [fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wpcontent/uploads/2013/09/EstudioProyectosIntegrSocialportada.pdf](http://fundacionatenea.org/wpcontent/uploads/2013/09/EstudioProyectosIntegrSocialportada.pdf). Accedido el 8 de Septiembre de 2014.

FUNDACIÓN EDE. (2011).Un acercamiento a los procesos de inserción sociolaboral de personas extoxicómanas. Servicio de investigación social. En www.fundacionede.org/ca/archivos/investigacionsocial/23-Procesos-insercion-sociolaboral-personas-extoxicomanas.pdf. Accedido el 25 de Septiembre 2014.

GALLEGO, Henao y Adriana María. (2011).Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista virtual Universidad Católica del Norte #35. Universidad Católica del Norte.México.

GARCÍA, Juan. (2007). La integración laboral a partir de los itinerarios y el tratamiento de las drogodependencias. Aposta. Revista de ciencias sociales “[Versión electrónica]” N° 33.

GARCÍA, María de Lourdes. (2009). Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermeros en México. La reconstrucción del camino. Pesquisa research investigación. En <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. Accedido el 9 de Octubre de 2015.

GIGENA, Pablo. (2012). Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. Revista Scielo. Odontoestomatología “[Versión electrónica]”. Vol.14. N° 20. Montevideo.

GIL Y GIRALDO. (2012). Significado y sentido del consumo de sustancias psicoactivas entre jóvenes de la ciudad de Medellín. Universidad de San Buenaventura seccional Medellín facultad de psicología. Medellín.

GONZALEZ, Portillo y ANDRADE, José. (2012). Asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y actividad delictiva en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Social "[Versión electrónica]". N° 23.

GOICOVIC, Jorge. (2002). Educación, deserción escolar e integración laboral juvenil. última década. v.10 n.16 Santiago de Chile.

GRACIA, Pastor y otros. (S.F). Comunidad terapéutica y familia. En <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/64.pdf>. Consultado el 20 de noviembre de 2015.

GUATAQUÍ, Claudia. (2013). Desarrollo y fortalecimiento de habilidades artísticas para jóvenes con discapacidad cognitiva. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Bogotá.

HERNANDEZ, Delia. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría "[Versión electrónica]". Vol.39.

HERNANGIL, Eduardo y otros. Actividad físico deportiva en el tratamiento de las drogodependencias. 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.

IBÁÑEZ, Jesús (1988) nuevos avances en la investigación social II. Proyecto A, Barcelona.

INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Universidad de Deusto. En http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf. Consultado el 7 de Octubre de 2015.

JAUREGUI, Inmaculada (2007). Droga y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. Nomadas Revista Crítica de Ciencias sociales y Jurídicas. Universidad de las Palmas de Gran Canaria

JIMÉNEZ, Abelardo y otros. (2011). Proyecto caracterización de la explotación sexual de NNA en seis municipios de Cartago Valle del Cauca. Resultados y análisis municipal. Secretaria Departamental de Salud Del Valle del Cauca. Cali.

LEDOUX, S. Y otros. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. Revista Federación ERIT “[Versión electrónica]”.Vol. 12. No. 2.

LEON, George. (2004). La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, Modelo y método. Presentación de Albert Sábates. Editorial Desclee Pbrouter S.A.

LEY 1098 (2006). CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

LÓPEZ, Eulalio Y PÉREZ Manuel. (S.F). La reinserción social y las adicciones. En new.pensamientopenal.com.ar/16062010/dossiers22.pdf. Accedido el 7 de septiembre de 2014.

LÓPEZ, María José y otros. (S.F) Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. En <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/934/1723>. Accedido el 28 de noviembre de 2015.

Lorenzo, A y Castro, A. (2006). Alcohol y Sistemas Nervioso Central. Adicciones, Vol. 18, Supl.1.

LUENGO, M.A Y OTROS. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa. Santiago, Universidad de Santiago de Compostela.

MACIAS, Maria y otros. (2004).Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en “la Cangrejera” (corregimiento de Barranquilla Colombia). Psicología del Caribe # 14. Universidad del Norte. Barranquilla

MANTILLA, Leonardo. (2003). Una propuesta educativa para la promoción del

desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Ministerio de Salud y Fe y Alegría. Santafé de Bogotá.

MANTILLA, Leonardo. (1999). Habilidades para la vida. Una propuesta educativa para convivir mejor. Movimiento de Educación Popular Integral Fe y Alegría. Santafé de Bogotá.

MEDINA, Mora y otros. (1995). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

MEDINA, Oscar y RUBIO, Luz. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación Colombiana. Estudio descriptivo. Revista Colombiana de psiquiatría "[Versión electrónica]". Vol.41.No.3. Bogotá.

MELLA, Orlando. (2000). Grupos focales (focusgroups) técnica de investigación cualitativa. Trabajo N° 3. CIDE. Santiago, Chile.

MINUCHIN, Salvador. (1977). Familias y terapia familiar. Editorial Crónica. Barcelona.

MINISTERIO DE EDUCACION. (2003) Situación de la educación media en Colombia. Bogotá, D.C.

MONTES DE OCA, Zenaida. (2008). Latinoamérica envejece gerontología/geriátrica. Editorial MC GRAW

NIZAMA, Martin y otros. (1995). Comunidad Terapéutica en adicciones. Revista de Neurosiquiatria. No 58.

OBERMANN y otros. (2008). Evaluación del estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones en la Fundación Programa San Carlos. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H.A. Barceló.

OCHOA, E Y MADDOZ, A. (2008) Consumo de alcohol y otras drogas en el medio

laboral. trab. v.54 n.213 Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. 5-34.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf [Consulta: 2007, Octubre 14].

PALENCIA, Yanett. (S.F). Alimentación y salud. Claves para una buena alimentación. En http://www.unizar.es/med_naturista/Alimentacion%20y%20Salud.pdf. Accedido el 13 de noviembre de 2015.

PEÑAFIEL, Eva. (2009) .Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes, pulso.

PÉREZ, Augusto. y Sierra, Diana. (2007). Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. Adicciones. Vol. 19. N°4.

PÉREZ, A. y otros. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. Adicciones. Vol. 10. N°2.

PINTO, Pedro. (2012). Las drogas en la historia. Revisión clínica. Salud Uninorte. Barranquilla. Enfile:///C:/Users/admin/Downloads/4217-14688-1-PB.pdf. Accedido el 07 de noviembre de 2015.

PLAN DE DESARROLLO "CARTAGO MODERNA, COMPETITIVA E INCLUYENTE".2012-2015. En salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/planes_desarrollo/7_plan_de_desarrollo_cartago_2012_2015.pdf. Accedido el 16 de Octubre de 2014.

PONS y BERJANO. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. En www.msc.es/alcoholJovenes/profSanitarios/estRelAlcohol.htm. Accedido el 31

de Septiembre de 2015.

Prado. Javier (2013), abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito.

PROYECTO DE ATENCION INSTITUCIONAL PAI (2015). Fundación Despertando Corazones. Modalidad Internado Consumo de Sustancias Psicoactivas

RODRIGUEZ, Solveig Y Nute, Luis. (2013).Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica. En revista Electrónica Psicología Iztacala. "[Versión electrónica]" Vol.16.No.1.

RUBIO, Javier. (2001). Proceso de construcción de un estigma: La exclusión social de la drogadicción. Revista nómadas "[Versión electrónica]". Vol.4. No.2

RUTH y otros. (2005). La construcción del marco teórico en la investigación social. CLASCO colección campus virtual. Buenos Aires. Argentina.

SALAZAR, Isabel y Arrivillaga, Marcela. (2004).El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. Revista Colombiana de Psicología "[Versión electrónica]". No. 13. Colombia.

SOLVEIG, Eréndira. (S.F). Obstáculos y alternativas para la reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Centros de Integración Juvenil, A.C. En www.facico-uaemex.mx/conten/pdf/48.pdf. Accedido el 29 de Septiembre de 2014.

SAENZ, Ignacio y MEDICI, Sofia. (2010). La relación afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y adolescencia. Universidad abierta Interamericana. En <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102419.pdf>. Accedido el 29 de noviembre de 2015.

SANZ, Mireia y otros. (2004). El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. Estudio financiado con la ayuda a la investigación en

drogodependencias. (Proyecto INV-200300/0012) de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

TEHODORO, José. (2007). Historia de las drogas y de la guerra contra su difusión. Universidad complutense de Madrid.

TELLO, A., SERRANI, I. Y TOVAR, R. (2007). Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Ministerio de la protección social. Fundación procrear. Bogotá D.C.

TOBIO, Constanza y otros. (2005). Las redes familiares en Andalucía jornadas de estadística de las comunidades autónomas. Instituto de estadística de Andalucía consejería de economía y hacienda.

TORRES, Lenin. (2007). Familia y adicciones. El adicto y la familia en recuperación Revista anudando. Edición especial.

UPRIMY y otros. (S.F). Derechos humanos. Fundación social.

VICENTE, Miguel Ángel. (2011). Sociología de la desviación: una aproximación a sus fundamentos. Editorial Club Universitario. Alicante.

VOLKOW, Nora. (2008). Las drogas el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción, Cap. La drogadicción es una enfermedad del cerebro que se puede tratar. Editorial NIDA. Estados Unidos.



8. ANEXOS



PERCEPCION DEL IMPACTO DE LOS PROCESOS DE REINSECCIÓN DE LOS EGRESADOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DESPERTANDO CORAZONES DEL MUNICIPIO DE CARTAGO

CARACTERIZACIÓN PERSONAL

Nombre: _____

1. Edad: _____

2. Sexo: _____

3. Procedencia: _____

4. ¿Año en qué ingresó a la Fundación Despertando Corazones? _____

5. ¿Edad en qué ingresó a la Fundación? _____

6. ¿Año en el que egresó de la Fundación Despertando Corazones?

7. ¿Cuánto tiempo permaneció en la comunidad terapéutica?

1 a 6 meses _____ 7 a 12 meses _____

13 meses o más _____

8. ¿Considera usted que fue importante para su vida el tratamiento que le brindó la Fundación Despertando Corazones? Sí _____ No _____

9. ¿Edad en que inició el consumo de sustancias psicoactivas? _____

10. ¿Qué sustancias consumía antes de ingresar a la Fundación Despertando Corazones? Cigarrillo _____ alcohol _____ Marihuana _____ Solución de caucho _____ Heroína _____ Anfetaminas _____ Basuco _____ Cocaína _____ Otras _____ ¿Cuál? _____

11. ¿Qué sustancias consume actualmente? Ninguna _____ Cigarrillo _____ alcohol _____ Marihuana _____ Solución de caucho _____ Heroína _____ Basuco _____ Anfetaminas _____ Cocaína _____ Otras _____ ¿Cuál? _____

RED FAMILIAR O PROTECTORA

12. ¿Con quién vivía usted antes de ingresar a la Fundación Despertando Corazones?

Solo _____
Familia Nuclear _____
Familia Monoparental _____
Familia Monomarental _____
Familia Recompuesta _____
Familia Extensa _____
No Familiares _____
Situación de Calle _____
Otros ¿Cuál? _____

13. ¿Con quién vivió después de egresar de la Fundación Despertando Corazones?

Solo _____
Familia Nuclear _____
Familia Monoparental _____
Familia Monomarental _____
Familia Recompuesta _____
Familia Extensa _____
No Familiares _____
Situación de Calle _____
Otros ¿Cuál? _____

14. ¿Qué tipo de red tenía usted al momento de ingresar a la Fundación

Despertando Corazones? Ninguna _____ Red de apoyo _____ Red Vincular: _____
Red Educativa _____ Red Espiritual: _____ Red Deportiva: _____ Red Artística _____
Red Juvenil: _____ Red Salud: _____ Red Ocupacional _____ Otra _____
¿Cuál? _____

15. ¿Qué Tipo de red (es) familiar (es) o protectora (s), encontró o fortaleció a partir de su proceso en la Fundación Despertando Corazones?

Red de apoyo _____
Red Vincular: _____ Red Educativa _____ Red Espiritual: _____ Red Deportiva: _____
Red Artística _____ Red Juvenil: _____ Red Salud: _____ Red Ocupacional _____
Otra _____ ¿Cuál? _____

16. ¿Qué tanto influyeron esta (s) red (es) familiar (es) o protectora (s), en su vida?

(valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno): Red de apoyo _____ Red Vincular: _____
Red Educativa _____ Red Espiritual: _____ Red Deportiva: _____ Red Artística _____
Red Juvenil: _____ Red Salud: _____ Red Ocupacional _____ Otra _____
¿Cuál? _____

17. ¿Cómo eran las relaciones con su red vincular al momento de ingresar a la Fundación Despertando Corazones? (valore de 1 Mala, 2 Regular, 3 Buena):

Padre _____ Madre _____ Hermanos (as) _____ Abuelos _____ Tíos _____

Primos____ Padrastro____ Madrastra____ Otro____ ¿Cuál?

18. ¿Las intervenciones con su red vincular realizadas en la Fundación Despertando Corazones fueron efectivas? Sí _____ No____ No realizaron intervenciones_____

19. ¿Cuáles eran los principales motivos de las intervenciones? No realizaron Intervenciones_____ Temas propios de la Fundación____ Problemáticas Familiares____ Salud en General____ Resolución de conflictos____ Normas en la Institución____ comportamiento____ Otro____ ¿Cuál?_____

20. ¿Cómo eran las relaciones con su red vincular al momento de egresar de la Fundación Despertando Corazones? (valore de 1 Mala, 2 Regular, 3 Buena): Padre _____ Madre _____ Hermanos (as) _____ Abuelos____ Tíos____ Primos____ Padrastro____ Madrastra____ Otro____ ¿Cuál?_____

21. ¿Qué tanto influyó su familia en el proceso de rehabilitación? (valore de 1 Nada, 2 Poco, 3 Mucho): Padre _____ Madre _____ Hermanos (as) _____ Abuelos____ Tíos____ Primos____ Padrastro____ Madrastra____ Otro____ ¿Cuál?_____

22. ¿Qué tanto se vinculó su familia al proceso terapéutico? (valore de 1 Nada, 2 Poco, 3 Mucho): No se vinculó____ Padre _____ Madre _____ Hermanos (as) _____ Abuelos____ Tíos____ Primos____ Padrastro____ Madrastra____ Otro____ ¿Cuál?_____

COMPETENCIAS OCUPACIONALES

23. Durante su permanencia en la Fundación Despertando corazones, valore el trabajo o fortalecimiento de las siguientes habilidades (valore de 1 Nada, 2 Poco, 3 Mucho): Habilidades artísticas____ Habilidades deportivas____ Habilidades Espirituales____ Habilidades culturales____ Habilidades manuales____

24. Nivel académico antes de ingresar a la Fundación Despertando Corazones

Iletrado____
Primaria Incompleta____
Primaria Completa____
Bachillerato Incompleto____
Bachillerato Completo____

25. ¿Estudió mientras realizó su proceso de rehabilitación en la Fundación Despertando Corazones? Sí____ No____

26. ¿Continuó sus estudios una vez egresado de la Fundación Despertando Corazones? Sí___ No___
27. Nivel académico actual Iltrado___ Primaria Incompleta___ Primaria Completa___ Bachillerato Incompleto___ Bachillerato Completo___
28. ¿Qué otros estudios ha realizado? Ninguno___ Salud___ Agricultura___ Empresarial___ Financiera___ Educativa___ Pecuaria___ Tecnología___ Electrónica___ Fuerzas Armadas___ área Psicosocial___ ¿Otra? Cual

29. ¿Qué tan necesarias son las siguientes habilidades para desempeñarse laboralmente? (valore de 1 Nada, 2 Poco, 3 Mucho): Empatía___ Comunicación asertiva___ Buenas relaciones interpersonales___ Capacidad para tomar decisiones___ Capacidad para resolver problemas y conflictos___ Pensamiento creativo___ Pensamiento crítico___ Manejo de emociones___ Manejo de estrés___ Liderazgo___ Manejo de grupo___ Facilidad para gestionar recursos___ Confianza en sí mismo___ Otra ¿Cuál? _____
30. ¿Considera necesarias dichas habilidades personales para desempeñarse laboralmente de manera asertiva? Sí___ No___
31. ¿En cuál de las siguientes áreas se desenvuelve actualmente? No trabaja___ Agricultura___ Empresarial___ Financiera___ Educativa___ Pecuaria___ Tecnología___ Psicosocial___ Electrónica___ Fuerzas Armadas___ ¿Otra? Cual_____
32. ¿La capacitación pre laboral brindada por la Fundación Despertando Corazones le ha permitido un adecuado desempeño en el ámbito ocupacional? Sí___ No___

SALUD FÍSICA

33. Valore su estado de salud al momento de ingresar a la Fundación Despertando Corazones: (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno): Salud Física___ Salud Odontológica___ Autocuidado___
34. ¿Qué actividades realizaron en torno a su salud? Valoraciones medicas Iniciales___ Controles médicos de seguimiento___ Tratamientos sugeridos___ Otros ¿Cuál?_____

35. Valore su estado de salud al momento de egresar de la Fundación Despertando Corazones: (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno): Salud Física____ Salud Odontológica____ Autocuidado____
36. ¿Cómo califica usted su salud física actual? (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno): _____
37. Nivel de satisfacción con su apariencia personal antes de en ingresar a la fundación despertando corazones? (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno): _____
38. Nivel de satisfacción con su apariencia personal después de egresar de la Fundación Despertando Corazones (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno):_____
39. ¿Cómo considera que era su alimentación diaria antes de entrar a la Fundación Despertando Corazones? (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno):_____
40. ¿Cómo considera que era su alimentación diaria después del egreso de la Fundación Despertando Corazones? (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno):_____
41. ¿Era importante para usted su cuidado personal antes de ingresar a la Fundación Despertando Corazones? Sí____ No____
42. ¿Es importante para usted el autocuidado? Sí____ No____
43. ¿Cómo califica usted su estado de salud bucal? (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno):_____
44. ¿Lleva usted un control de odontología actualmente? Sí____ No____
45. A nivel general ¿Cómo califica su estado de salud física antes de en ingresar a la Fundación Despertando Corazones? (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno):_____
46. A nivel general ¿Cómo califica su estado de salud física después de egresar de la Fundación Despertando Corazones? (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno):_____

SALUD MENTAL

47. Valore su salud mental antes de ingresar a la fundación: Bueno_____
Regular____ Malo_____

48. Valore su salud mental al egresar de la fundación: Bueno_____ Regular_____ Malo_____
49. ¿Antes de ingresar a la Fundación considera usted tenía manejo y control de emociones? Sí_____ No_____ ¿Y actualmente?: Sí_____ No_____
50. Antes de ingresar a la Fundación Despertando Corazones cuando se presentaban situaciones como era su actitud, (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno) Problemas familiares_____ Problemas personales_____ Problemas laborales_____ Problemas con amigos_____
51. Después de egresar de la Fundación Despertando Corazones cuando se presentaban situaciones como las siguientes, ¿cómo es su actitud?: BM (buena manera) MM (mala manera) (valore de 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno) Problemas familiares_____ Problemas personales_____ Problemas laborales_____ Problemas con amigos_____
52. ¿Se sentía triste frecuentemente antes de ingresar a la Fundación? Sí_____ No_____ ¿y actualmente? Sí_____ No_____
53. ¿Lloraba usted con mucha frecuencia antes de ingresar a la Fundación? Sí_____ No_____ ¿y actualmente? Sí_____ No_____
54. ¿Antes de ingresar a la Fundación presentaba dificultades para realizar sus actividades diarias? Sí_____ No_____ ¿y actualmente? Sí_____ No_____
55. ¿Antes de ingresar a la Fundación presentaba dificultades para pensar con claridad? Sí_____ No_____ ¿Y actualmente? Sí_____ No_____
56. ¿Antes de ingresar a la Fundación presentaba dificultades para tomar decisiones? Sí_____ No_____ ¿Y actualmente? Sí_____ No_____
57. ¿Antes de ingresar a la Fundación perdía fácilmente el interés en diferentes cosas? Sí_____ No_____ ¿y actualmente? Sí_____ No_____
58. ¿Antes de ingresar a la Fundación contemplaba la idea de acabar con su vida? Sí_____ No_____ ¿y actualmente? Sí_____ No_____
59. ¿Qué actitud asume usted cuando se le presenta una dificultad o problema? Se estresa _____ Se deprime _____ No le importa _____ Busca soluciones _____
60. ¿Cómo asume usted los nuevos cambios en su vida? Asume el cambio de lo mejor manera _____ Le da miedo, pero busca maneras de afrontarlo _____ Deja que pase _____

61. ¿Qué actitud asume usted cuando las cosas no salen como usted esperaba?
Aprende de dicha experiencia para hacer las cosas cada vez mejor____
Entiende que solo fue un mal momento y sigue adelante____ Se molesta____

GRUPO FOCAL “PROCESOS DE REINSERCIÓN EN ADOLESCENTES EGRESADOS DE LA FUNDACIÓN DESPERTANDO CORAZONES”

OBJETIVO DEL PROYECTO: Conocer la percepción sobre los procesos de reinserción que tienen los egresados de la comunidad terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago.

OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL: Profundizar sobre la información brindada en la encuesta por los egresados de la Fundación Despertando Corazones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Complementar la información acerca de las habilidades personales y laborales protección tienen los egresados de la comunidad terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago
- Describir la experiencia de las capacitaciones pre laborales recibidas por los egresados de la comunidad terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago.
- Identificar los factores de riesgo y protección que tienen los egresados de la comunidad terapéutica Despertando Corazones del municipio de Cartago.

PERSONAS INVITADAS: 12 egresados de la Fundación Despertando Corazones

FECHA: 26 de Agosto de 2015 **HORA:** 6:30 P.M

LUGAR: Fundación Despertando Corazones Programa Masculino

HABILIDADES PERSONALES

¿Con qué habilidades personales contaba usted antes de ingresar a la Fundación Despertando Corazones?

¿Qué habilidades fortaleció o identificó durante su permanencia en la Fundación Despertando Corazones?

¿Qué habilidades aplica actualmente en su vida personal y laboral?

CAPACITACION PRELABORAL

¿Qué actividades recuerda usted que se realizaron durante su estadía en la Fundación acerca de las capacitaciones para el trabajo?

¿Considera usted que dichas capacitaciones han sido útiles para desempeñarse en el trabajo?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION

Describa el contexto en el que se desenvolvía cuando inicio el consumo de SPA e identifique los factores de riesgo y de protección

Describa el contexto en el que se desenvuelve actualmente e identifique factores de riesgo y de protección.

¿Qué actividades realizaba en su tiempo libre antes de ingresar a la Fundación?

¿Qué actividades realiza actualmente en su tiempo libre?