

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD  
DE CONDUCTAS ADICTIVAS PSICO DE LA CIUDAD DE CARTAGO**

**ESTEFANÍA PULGARÍN VÁSQUEZ**

**Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadora Social**

**Directora**

**Ketty Yalile Rosero Estupiñán**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE TRABAJO SOCIAL**

**CARTAGO**

**2015**

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitir que me acercara al Trabajo Social y culminar este proceso de estudio tan valioso para mí quehacer profesional.

A mis padres y esposo por el apoyo incondicional y emocional durante el proceso de formación, porque gracias a ellos tuve la oportunidad de estudiar una carrera profesional.

A mi directora de trabajo de grado Ketty Yalile Rosero Estupiñán por su dedicación, interés en el acompañamiento de este proceso.

A mis compañeros Nathalie Bravo y Carlos A. Restrepo por su colaboración, dedicación y esmero en el acompañamiento de este proceso.

A mi familia por su colaboración y tiempo prestado durante este proceso.

A los funcionarios, usuarios y familias de la clínica Psico, quienes facilitaron los espacios necesarios para llevar a cabo esta investigación.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I</b>	3
<b>Planteamiento del problema</b>	
Formulación de la pregunta de investigación	10
Objetivos	10
Consideraciones metodológicas	11
<b>CAPITULO II</b>	16
<b>MARCO CONTEXTUAL</b>	
<b>CAPITULO III</b>	22
<b>MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO-CONCEPTUAL</b>	
<b>CAPITULO IV</b>	28
<b>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	
<b>RASGOS DISTINTIVOS DE LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS</b>	29
Características sociodemográficas	29
Características económicas	32
Características educativas	42
<b>CONOCIENDO LAS FAMILIAS DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS</b>	45
Comunicación... Expresión de la afectividad al interior de la familia	46
Padres mandan, hijos no obedecen	51

<b>PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS</b>	58
<b>AVANCE EN EL PROCESO</b>	62
Cambios en relaciones familiares	62
Cambios a nivel comportamental	63
Cambios cognitivos	64
Cambios afectivos	65
Cambios sociales	66
<b>CONCLUSIONES</b>	68
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	70
<b>ANEXOS</b>	77

## LISTADO DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
Grafica n°1. Pacientes que han culminado el proceso de rehabilitación	21
Grafica n°2. Pertenencia étnica de los usuarios	30
Grafica n°3. Ocupación de las familias	37
Grafica n°4. Tipo de vivienda	40
Grafica n°5. Régimen al que pertenecen los participantes	42
Grafico n°6. Escolaridad de los usuarios	43
Grafica n°7. Nivel de escolaridad de las familias	44

## LISTADO DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla n°1. Número de usuarios según sexo	29
Tabla n°2. Edad de los usuarios	29
Tabla n°3. Estado civil de los integrantes de cada familia	32
Tabla n°4. Miembros que aportan ingresos al hogar	34
Tabla n°5. Nivel socioeconómico de las familias	35
Tabla n°6. Actividad económica de la cual dependen los ingresos del hogar	37
Tabla n°7. Número de cuartos de cada vivienda	40

## LISTADO DE TABLAS DE CONTINGENCIA

	<b>Pág.</b>
Tabla de contingencia n°1. Escolaridad - Estrato de la vivienda	33
Tabla de contingencia n°2. Estrato de la vivienda – Régimen al que pertenecen	36
Tabla de contingencia n°3. Ingreso promedio mensual – Número de personas que habitan en la vivienda	39
Tabla de contingencia n°4. Número de personas que habitan en la vivienda – Número de personas que duermen en cada cuarto	41

## INTRODUCCIÓN

Si bien la problemática del consumo de sustancias psicoactivas es un tema que ha cobrado especial importancia dentro de los procesos de intervención que se llevan a cabo en los diferentes contextos sociales, en países desarrollados y en vías de desarrollo, los cuales han debido ajustar sus políticas públicas con el fin de abordar de manera oportuna el consumo en la población, pues se ha convertido en un tema de interés público que afecta a todos los sectores poblacionales, debido a la complejidad que guarda, al involucrar múltiples causas y que por ende requiere integralidad para combatir sus consecuencias; ello implica así directamente no solo a la población consumidora, sino a sus entornos inmediatos y a las personas que le rodean, especialmente las familias como contextos principales de socialización en donde el ser humano se empieza a desarrollar.

Es por ello que el presente trabajo se propone describir las características socio-familiares de los usuarios de la unidad de conductas adictivas PSICO de la ciudad de Cartago y relacionarlas con el proceso de rehabilitación; teniendo en cuenta la caracterización de la dinámica de las familias de los usuarios; los factores sociodemográficos y la participación de las familias en el proceso de rehabilitación, así como también el avance de los usuarios en dicho proceso.

Para facilitar el análisis de la información el trabajo se estructuró en cuatro capítulos: el primero tiene que ver con el planteamiento del problema, antecedentes, justificación, objetivos y formulación del problema de investigación, contemplando además el marco metodológico a través del cual se llevó a cabo el proceso de investigación; el segundo tiene que ver con generalidades del municipio en materia de su geografía, economía, salud y educación, que contextualizan al lector en dichos temas; el tercero contempla el marco de referencia teórico conceptual bajo el cual se sustentó la investigación para la



lectura de la problemática; el cuarto y último capítulo condensa el análisis y resultados encontrados en la investigación, el cual se subdivide en cuatro aspectos: el primero hace referencia a las características sociodemográficas, familiares y educativas de los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO; el segundo caracteriza la dinámica familiar de dichos usuarios; el tercero la participación de las familias en el proceso de rehabilitación y cuarto contempla los avances de los usuarios en su proceso.

De igual forma, se presentan algunas conclusiones para futuras investigaciones que puedan tener lugar en el municipio y en la Unidad de Conductas Adictivas PSICO.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En lo que respecta al ámbito socio-familiar asociados al proceso de rehabilitación de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, se tuvieron en cuenta investigaciones, planes y programas que se han implementado para la atención y prevención del consumo; los estudios e investigaciones se clasificaron en cinco grupos principales:

Un primer grupo de estudios se enfoca en las causas del consumo de SPA; es posible afirmar que el consumo de sustancias psicoactivas es 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 personalidad y variables sociales o contextuales (familiares, escolares y grupales). (LÓPEZ y otros, S.F). Algunos estudios como el de (MORAL y otros, 2007), se enfocan a determinar las causas del consumo, los cuales confirma que la actitud favorable hacia el consumo de drogas está relacionada con las siguientes variables: tendencia a permanecer en ambientes y con compañías incitadoras al consumo, influencia del modelado del grupo de iguales consumidores de drogas, las propias pautas de experimentación, baja valoración en los indicadores de habilidad física, conducta desviada (ataques físicos, ausentismo y desobediencia escolar, relación con iguales conflictivos, etc.) y conductas de búsqueda de atención (conductas de fanfarroneo, llamadas de atención, prepotencia, trato interpersonal insidioso, etc.). Generalmente estas sustancias son consumidas en momentos de diversión con los amigos (47,3%) y en reuniones sociales (31,4%), siendo los principales lugares de consumo las casas de amigos (58,6%), los parques (44,4%) y los autos (35,5%). El mayor consumo se produce en discotecas (75%) y en todos los casos en compañía de los amigos. (VARELA Arévalo, María Teresa y otros, 2007).

Un segundo grupo de estudio se centra en la prevalencia de consumo de SPA , ya que existen numerosos estudios que buscan evaluar el consumo de sustancias psicoactivas, pues este se considera un problema mundial que ha venido incrementando de manera significativa en las últimas décadas; el cual repercute tanto en el sector social, económico y político como en el de salud, ya que se asocia a daños en la salud del consumidor, aumento en la demanda de servicios, altos índices de incapacidad social y laboral, además de que existen evidencias que indican una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y Conductas delictivas. (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2010); (*BARREIRO y otros, S.F*); (URREGO, 2001); (AMAYA y otros, 2004); (BRAVO y otros, 2005)

Sin embargo el último estudio en hogares en Colombia se realizó en el año 1996; pues en la última década solo se han realizado diversos trabajos investigativos orientados hacia una caracterización del uso de drogas y la problemática social en el ámbito nacional, (Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

Estudios como la “Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años” realizada en el 2001 por el programa RUMBOS de la presidencia de la república, el “Estudio Nacional de Salud Mental” del año 2003 realizado por el ministerio de la protección social en asocio con la organización mundial de la salud OMS y la “ Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolares entre 12 y 17 años” realizada por el ministerio de la protección social y la CICAD- OEA en el 2004, El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008 y el 2009, realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) y el Ministerio de la Protección Social (MPS), el Estudio Nacional en Población de 12 a 65 Años, Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2006 en Argentina, presentan un panorama amplio y detallado de las características del consumo de sustancias tanto legales como ilegales en la población general entre 12 y 65 años de edad, asentadas en las capitales departamentales y en todos los municipios. Estos estudio coinciden al

afirmar que existe una amplia y variada disponibilidad de diversas sustancias psicoactivas en la población general, pues según estos estudios cerca de la mitad de la población colombiana utiliza frecuentemente sustancias legales como el cigarrillo y el alcohol, siendo los hombres quienes consumen más que las mujeres, de igual modo fuman y toman alcohol en mayor proporción quienes tienen entre 18 a 34 años de edad, además la marihuana y la cocaína son las sustancias ilegales de mayor consumo entre los jóvenes del país. Un 70,8% de los estudiantes de Colombia refieren que les resultaría *fácil comprar* alguna bebida alcohólica, y respecto a las sustancias ilícitas, el 30% de los estudiantes percibe que les resulta *fácil conseguir* marihuana, seguida de basuco con un 12,1% y las sustancias con menor porcentaje de fácil acceso son éxtasis con un 7,9% y heroína con 5%; tan solo un 6.3% manifestaron no haber consumido nunca algún tipo de SPA. (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2011, realizada por el Gobierno Nacional de la República de Colombia); (PONS, y BERJANO, S.F).

Sin dejar de mencionar que pertenecer al sexo femenino es un factor protector, es decir los que apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estímulos de vida saludables y que a su vez sirven como moderadores de los factores de riesgo, frente al consumo de sustancias psicoactivas, por el contrario el hecho de tener relaciones sexuales, pertenecer a un grupo, tener pareja, vivir con 2 ó 3 personas en la misma habitación, y el consumo de sustancias por parte de los familiares, están asociadas estadísticamente de manera significativa con la presencia de consumo de de dichas sustancias en los adolescentes. (DAZA, 2008)

Un tercer grupo está conformado por aquellas investigaciones que se centra en conocer la percepción de riesgo que tienen los jóvenes sobre el consumo de sustancias psicoactivas en contraendose que un 58% de los escolares no percibe

riesgo o el riesgo que le asignan es bajo, casi la mitad de los estudiantes (47,3%) percibe un riesgo bajo (ninguno o leve) frente al uso ocasional de tabaco, en cuanto a tranquilizantes y estimulantes, algo más del 28% en cada caso, no sabe el riesgo que pudiese derivar de su uso. También para todas las restantes sustancias y sus frecuencias de uso, se tiene un porcentaje bastante alto de estudiantes que desconocen el riesgo de usarlas. Llama la atención que un 22% de los estudiantes del país consideran que el uso ocasional de marihuana conlleva un *riesgo leve*, o simplemente no tiene riesgo. (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar). Es importante anotar que una proporción no despreciable de estudiantes no saben el riesgo que se corre frente a estos eventos.

El cuarto grupo de estudio está relacionado con la atención a personas consumidoras de SPA; hoy día se dispone de una amplia oferta de servicios de atención a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas (SPA), especialmente por parte de los denominados grupos de ayuda mutua, en una modalidad tradicional, en la que se otorga un servicio de terapia grupal, en la perspectiva de la ayuda mutua, sin cuotas económicas. De igual forma, otras asociaciones también prestan servicios similares a familiares y usuarios bajo las mismas modalidades y con los mismos modelos de operación; también se dispone de un conjunto de servicios residenciales y semi-residenciales profesionales y mixtos, públicos y privados. Sin embargo, diferentes autores como (ALVARADO y otros, 2008.); (Programa Institucional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, 2011); (Ministerio de la Protección Social, 2004), 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; así pues que la manifestación de apoyo social, son considerada como un factor importante para prevenir o mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales

estresantes, tanto de forma directa como mediante un mecanismo tampón o amortiguador; para ello se han descrito cuatro tipos de apoyo social:

- a) Emocional, que comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza;
- b) instrumental, caracterizado por conductas específicas que directamente ayudan a quien lo necesita;
- c) informativo, que provee conocimientos a las personas afectadas para que éstas puedan enfrentar situaciones problemáticas y
- d) evaluativo, que implica sólo transmisión de información.

El quinto y último grupo de estudios está relacionado con el apoyo socio-familiar en los procesos de rehabilitación del consumo de SPA; las personas con problemas de adicción, tienen capacidades y habilidades que les permiten realizar un cambio positivo en su vida e incorporarse como personas productivas para la sociedad, sin dejar de lado la disposición que tengan para reconocer su problema y aceptar la ayuda que necesitan, pues el apoyo social es un factor protector de la reincidencia del consumo de drogas, en usuarios que han alcanzado la abstinencia del consumo; el apoyo familiar o social diferencia a consumidores de no consumidores. Se encontró, en individuos en tratamiento por adicción a SPA, que en aquellos que disponían de más soporte social disminuyó significativamente el consumo, así como los niveles de depresión y ansiedad. (GARMENDIA, y otros, 2008); (CHAVARRÍA y ROBLES, 2008); (TORRES, 2007).

En, lo que respecta a esta problemática, son los adolescentes los que corren mayor riesgo, más que otra población, pues están expuestos a su contacto y por su inexperiencia y edad son las personas más afectadas por el uso y abuso de las sustancias psicoactivas, sin dejar de mencionar que existe fácil acceso a estas (SCOPETTA, 2010); es por eso que, el papel de los padres, madres y educadores es definitivo, ya que es necesaria la formación continua frente a esta problemática social empleando principios y valores que preserven la dignidad e integridad. (MARTÍNEZ, Jorge Arturo, 2005); (MEDINA Arias Núbia; Graças

Carvalho Maria Ferranib, 2010); (ROMERO Morales, Yudith Marisela, 2012); (ZAVALETA Martínez, Alfonso, S.F).

Así pues, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es uno de los problemas más relevantes que como sociedad se debe enfrentar actualmente; además de ser un fenómeno social complejo que ha venido en aumento. Teniendo en cuenta dicha complejidad, se hace necesario diseñar diversas opciones que permitan responder integralmente al problema del consumo y a sus diversas expresiones; expresadas a través de políticas públicas que atienden de manera integral dicha problemática, además de programas y proyectos que van en la misma dirección.

De esta manera la atención integral a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas se operacionalizan a través de las instituciones y los profesionales que llevan a cabo propuestas de intervención enmarcadas en modelos y paradigmas que van desde lo médico hasta lo social y cultural, todas éstas con la finalidad de aportar a los usuarios que buscan posibilidades de rehabilitación; entre estas encontramos la Clínica de Unidad de Conductas Adictivas PSICO de Cartago, la cual está dedicada a la Promoción, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación e Inclusión Social de las personas con conductas Adictivas y patologías mentales; sus actividades se basan en el conocimiento científico actual del ser humano en sus esferas Biológica, Psicológica y comunitaria, las cuales buscan contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en su área de influencia.

Es así como la clínica contempla un programa institucional de atención, basado en una concepción integral del ser humano, en la cual se tiene en cuenta los siguientes aspectos: lo físico (atendida por médicos, nutricionistas, enfermeras, deportólogos, instructores de yoga), entrenamiento en habilidades (instructores en áreas productivas); lo psicológico (psiquiatras y psicólogos); lo familiar (terapeuta en farmacodependencia, psicólogos y profesionales en desarrollo familiar); lo

social (psiquiatras, psicólogos y voluntarios); lo espiritual (consejeros, sacerdotes, pastores). Para su funcionamiento la institución se organiza en dos unidades: la unidad de adictivas y la unidad mental; la primera, contempla dentro de sus procesos de intervención el ámbito familiar, sin embargo de acuerdo a los resultados arrojados en el diagnóstico realizado por Galvis y Pulgarín (2013) no tiene un conocimiento profundo y estructurado a nivel socio-familiar de los usuarios, debido a que no hay sistematización de dicha información y se evidencia la inasistencia de las familias en el proceso de rehabilitación de los mismos, teniendo en cuenta esto, se puede establecer que el proceso de atención presenta una perspectiva individualizada con prioridad en aspectos médico-psiquiátricos y psicológicos, las cuales encierran una concepción más individualizada, que la familiar, sin dejar de mencionar que aunque existe un profesional de las ciencias humanas, la clínica no cuenta con un profesional de Trabajo Social, que aporte desde su formación al equipo interdisciplinario desde el ámbito específico de lo socio-familiar, que haga lecturas contextualizadas de las realidades específicas de cada contexto familiar; por ende fortalezcan los procesos de atención integral.

Tradicionalmente en las distintas disciplinas de las Ciencias Sociales se ha dado mayor énfasis al estudio de las causas del consumo de SPA y a los estados patológicos de las personas, situación última que permea la mirada institucional de la clínica PSICO; y teniendo en cuenta además que pocos estudios se centran en identificar aspectos de las familias en procesos de rehabilitación, la presente propuesta de investigación permitirá brindar elementos de análisis socio-familiares que guardan relación con los procesos de rehabilitación de las personas consumidoras de Sustancias Psicoactivas (SPA), para que redunde en mejorar la prestación del servicio en la institución; como aporte a futuros procesos de intervención desde el Trabajo Social que apunten a potencializar la atención integral de los usuarios, a través de la articulación con otras disciplinas como la



medicina, la psicología, la psiquiatría, entre otras; incluyendo así el ámbito familiar y social como aspectos fundamentales en los procesos de atención,

De igual forma, el aporte de este estudio se encuentra en que en el contexto de Cartago no hay estudios que hagan referencia a este tema y dada la ausencia de protocolos de atención profesional en Trabajo Social desde la Unidad de Conductas Adictivas PSICO, aportará a la consolidación de una práctica profesional, en el área de intervención: rehabilitación en sustancias psicoactivas que sirva como estrategias de intervención del o los trabajadores sociales con el fin de vincularse al equipo de atención de la misma, teniendo en cuenta entonces que los trabajadores sociales hacen parte de los equipos requeridos en las unidades e instituciones que prestan atención a personas con adicciones a sustancias psicoactivas legales o ilegales.

### **Formulación de la pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las características socio-familiares de los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO de la ciudad de Cartago y la relación que tienen con el proceso de rehabilitación?

### **Objetivo general**

Describir las características socio-familiares de los usuarios de la unidad de conductas adictivas PSICO de la ciudad de Cartago y relacionarlas con el proceso de rehabilitación.

### **Objetivos específicos**

- Evidenciar las características sociodemográficas, económicas y educativas de los usuarios y sus familias de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO

- Caracterizar la dinámica familiar de los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO
- Identificar la participación de las familias en los procesos de rehabilitación.
- Identificar el avance en el proceso de rehabilitación de los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas Psico en relación con la participación de la familia

### **Consideraciones metodológicas**

Dentro del marco del curso de Seminario de Monografía de Trabajo Social surgió el interrogante de investigación a una estudiante de Trabajo Social de la Universidad del Valle sede Cartago, ya que se encontraba en el proceso de la práctica preprofesional en la clínica PSICO<sup>3</sup>, dicho interrogante tuvo que ver con las relaciones familiares asociadas al proceso de rehabilitación de los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO, por lo cual desarrolló un proyecto teniendo como objetivo describir las características socio-familiares de los usuarios de la unidad de conductas adictivas PSICO de la ciudad de Cartago y relacionarlas con el proceso de rehabilitación; dicho proyecto debió atravesar diferentes modificaciones en su estructura con el fin de buscar responder de manera oportuna al planteamiento y objetivos del mismo, así como también la aprobación de los profesores a cargo, siendo finalmente aprobado y cumpliendo expectativas para su puesta en marcha.

De acuerdo al interés de la investigación fue pertinente el uso de una integración metodológica por combinación, en la cual lo cuantitativo cobró relevancia con respecto a lo cualitativo; lo anterior, se estableció como una respuesta al objetivo principal de la investigación, dado que la información obtenida a través de dicha

---

<sup>3</sup> Dedicada al manejo de las enfermedades mentales y conductas adictivas

metodología permitió dar cuenta de cada uno de los objetivos planteados en la investigación, debido a que éstos estaban relacionados tanto con variables medibles, como lo son las características económicas y socio-demográficas, así como variable no medible, categorías de análisis como la estructura, la dinámica familiar y el proceso de rehabilitación de los usuarios.

Por tanto, para describir las características socio-familiares de los usuarios de la unidad de conductas adictivas PSICO de la ciudad de Cartago, y la relación con el proceso de rehabilitación, fue necesario la integración de métodos, puesto que la dimensión cuantitativa busca describir los factores económicos y socio-demográficos de los usuarios, dicha construcción de datos se lleva a cabo a través de métodos estadísticos; mientras que la dimensión cualitativa, busca evidenciar la relación entre estructura y dinámica familiar con el avance del proceso de rehabilitación de los usuarios.

Así pues, la investigación alcanzó un nivel de profundidad correlacional, ya que la investigación mostró la relación entre las características socio-familiares de los usuarios con su proceso de rehabilitación; la investigación fue de tipo diacrónico, dado que se analizó el fenómeno teniendo en cuenta la historia y el presente de las familias.

Ahora bien, la investigación presentó un enfoque estructural funcionalista, puesto como refiere Talcott Parsons citado en Guach Hans Carrillo (2011) estudia la sociedad como un todo, partiendo de las funciones que ocupan las estructuras sociales en el funcionamiento y desarrollo de la sociedad, realizando un análisis de dichas estructuras, sus interrelaciones e influencia opresora sobre los actores, así como por las diversas funciones sociales de las mismas en el todo social, de esta manera se logró poner orden a la complejidad de los mensajes y las conductas que emergen en las interacciones familiares, así pues, la realidad social

es susceptible a ser interpretada, es decir, a partir del análisis de las interacciones que se generan al interior de las familias; se hizo uso de la técnica de entrevista semiestructurada a los usuarios, sus familias y los funcionarios de la clínica, a través de la cual se caracterizó algunos elementos de la estructura y la dinámica familiar de los usuarios, al mismo tiempo que se evaluó el avance en el proceso de rehabilitación de los mismos.

Por su parte, se desarrolló un diseño de sondeo, a partir del cual se identificaron de manera general las variables y/o características económicas y socio-demográficas; de ahí que el sondeo permitió obtener información general del fenómeno; para la medición de la dimensión cuantitativa se utilizó la técnica de la encuesta social, cuyo análisis descriptivo se ejecutó a través del programa (SPSS), a través del cual se organizaron los datos en variables, que posteriormente se constituyeron en tablas de frecuencias simples y de contingencia.

En cuanto al universo, se puede decir que fueron todos los 18 usuarios de la unidad de conductas adictivas de la clínica PSICO que se encontraban hospitalizados en el momento de la obtención de los datos y sus respectivas familias. Para la dimensión cuantitativa se aplicó la encuesta a todos los usuarios de la unidad de conductas adictivas de la clínica PSICO de la ciudad de Cartago; para esta dimensión el tipo de muestreo fue homogéneo puesto que se realizó la entrevista a los usuarios teniendo en cuenta el tiempo en el proceso de intervención.

Ahora bien y con respecto a los criterios de inclusión, se estableció que desde la dimensión cualitativa podían participar dos usuarios por cada una de las cuatro etapas del proceso de rehabilitación de la unidad de conductas adictivas de la clínica Psico de la ciudad de Cartago y sus familias, al considerarse una muestra representativa que puede dar cuenta de la generalidad de cada fase, pero en el

momento de aplicar dichas entrevistas no se encontraban usuarios en la fase 2, por lo cual solo se realizaron 6 entrevistas; mientras desde la dimensión cuantitativa se dio la participación de todos los usuarios internos en proceso de rehabilitación de la unidad de conductas adictivas Psico.

Una vez recolectados los datos que se requerían para la presente investigación, se procedió a realizar el análisis descriptivo de los mismos, para esto se realizaron tres matrices las cuales contemplaban las categorías sobre la dinámica familiar, participación, avances en el proceso, permitiendo la organización de los datos en diferentes variables; siendo de igual utilidad el programa de Microsoft Excel pues a través de éste se diseñaron las tablas de frecuencias simples y de contingencia, y se elaboraron las gráficas que contiene el presente documento.

### Matriz metodológica

La presente matriz obedece a un diseño propio producto de la construcción metodológica la cual facilita la lectura de los objetivos y las categorías de análisis.

OBJETIVO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FUENTE	TÉCNICA
Evidenciar las características sociodemográficas, económicas y educativas de los usuarios y sus familias de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO	Socio-demográfico	Demográfico Económico Educativos Salud Recreación	Pacientes de la unidad de conductas adictivas	Encuesta

Caracterizar la dinámica familiar de los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO	Dinámica familiar	Limites Normas Roles Autoridad Alianzas-afectividad Comunicación	Pacientes de la unidad de conductas adictivas y sus familias	Entrevista
Identificar la participación de las familias en los procesos de rehabilitación.	Participación	Motivaciones Expectativas Necesidades Intereses	Familias de los pacientes de la unidad de conductas adictivas.	Entrevista
Identificar el avance en el proceso de rehabilitación de los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas Psico en relación con la participación de la familia	Proceso de rehabilitación	Logros en las relaciones familiares  Logros en la participación del paciente: a nivel conductual y relacional, en relación con los objetivos de las diferentes etapas.	Historias clínicas de los pacientes de la unidad de conductas adictivas.  Profesionales	Documentales Entrevistas

## **CAPITULO II**

### **MARCO CONTEXTUAL**

Cartago se encuentra ubicada en el Departamento del Valle del Cauca, concretamente en la región conocida con el nombre del Norte del Valle; siendo la puerta de entrada a éste. Lo que la ubica en la región andina de Colombia, en una planicie con una altitud de 917 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con el Departamento de Risaralda, al oriente con los municipios de Ulloa, Alcalá y el Departamento del Quindío, al sur con Obando y al occidente con los municipios de Toro y Ansermanuevo. La ciudad posee un clima cálido con una temperatura promedio de 26° C. Tiene una extensión aproximada de 279 Km<sup>2</sup> y se encuentra a 186.8 Km de la ciudad de Santiago de Cali, capital del departamento. El territorio es plano y ligeramente ondulado; lo atraviesan los ríos La Vieja y Cauca; compuesto además por los corregimientos de Cauca, Coloradas, La Grecia, Modín, Piedra de Moler y Zaragoza.

Según el censo de 2005 del DANE, Cartago cuenta con 160.000 habitantes en promedio, de los cuales el 97,68% son habitantes de la zona urbana y 2,32% de la zona rural; y el 47% son hombres y el 53% mujeres.

Con respecto al tema de interés de la investigación es importante anotar que actualmente no se cuenta con estadísticas relacionadas sobre la problemática del consumo; por observaciones en el contexto se puede establecer que los barrios de mayor consumo y expendio de sustancias psicoactivas son Bellavista, la Platanera, la Playa, la Loma de la Virgen, la Invasión.

A nivel nacional existe una política pública para la atención y prevención del consumo y además se encuentra la ley 1566 sobre la atención integral a consumidores de spa, de igual forma el municipio cuenta con 3 fundaciones, (Nueva Alianza, El Shadai, Despertando Corazones) y 1 Clínica (Unidad de

Conductas Adictivas “PSICO”), las cuales atienden a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Estando esta última ubicada en el barrio Santa Ana de la Comuna 7 del municipio de Cartago, Valle.

PSICO es una institución habilitada por la secretaria departamental de salud que funciona en la región del Norte del Valle y el Eje Cafetero como centro especializado en el abordaje integral de las conductas adictivas. La oferta actual ofrece dos tipos de instituciones, los centros de rehabilitación, que utilizan métodos de ex adictos y las instituciones psiquiátricas, que tratan en un mismo espacio físico la toma de gama de enfermedades mentales. PSICO es una unidad especializada socialmente en conductas adictivas, no se tratan otros tipos de alteraciones y el segundo elemento, es que las actividades son desarrolladas por personal profesional con un enfoque científico, basados en una concepción holística o integral del ser humano, en la cual se tiene en cuenta los siguientes aspectos: la parte física (atendida por médicos, nutricionistas, enfermeras, deportólogos, instructores de yoga), entrenamiento en habilidades (instructores en áreas productivas); la psicológica (psiquiatras y psicólogos); la familiar (terapeuta en farmacodependencia, psicólogos); la social (psiquiatras, psicólogos y voluntarios); la espiritual (consejeros, sacerdotes, pastores).

Tiene como misión ser una institución dedicada a la Promoción, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación e Inclusión Social de las conductas Adictivas y las patologías mentales. Sus actividades se basan en el conocimiento científico actual del ser humano en sus esferas Biológica, Psicológica y comunitaria, las cuales buscan contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en su área de influencia, y como visión, en el 2015 ser una institución que lidere procesos en todas las áreas de intervención de las conductas adictivas y los trastornos mentales, a nivel Local, Regional, Nacional e Internacional a través de investigación y prestación de servicios con estándares de alta calidad y acreditación.



Sus programas institucionales son de *promoción*: actividades para toda la comunidad a través de medios masivos de comunicación: programas de radio, televisión, prensa escrita; *prevención*: talleres con grupos en riesgo (escolares, empresas, universitarios, grupos juveniles, organizaciones comunitarias); *tratamiento, rehabilitación e inclusión social*: todo el proceso tiene una duración de 15 meses, se pueden dar las siguientes modalidades, dependiendo de la evaluación del equipo clínico institucional; *residencial: ultracorta*: 6 semanas, *corta*: 3 meses, *intermedia*: 6 meses, *larga*: 12 meses. Este proceso se realiza en la sede de PSICO, en un ambiente campestre situado a 5 minutos del centro de la ciudad de Cartago, en alojamiento único bipersonal, con ventilador, piscina, jacuzzi, árboles frutales y huerta, basados en los principios de la agricultura orgánica, estos productos son la base de la alimentación; *ambulatorio*: asistencia a la sede de PSICO en horario de 08:00 a 17:00, durante todos los días, durante 28 días. Luego dos veces por semana, durante 28 días y se continua 1 vez por semana durante 28 días. Quien ha realizado todo el proceso residencial de 1 año, asiste 1 vez por semana durante 3 meses, hasta completar los 15 meses; *seguimiento*: para la persona que ha completado todo el proceso y a su familia se les brinda la opción de continuar a la sede de la institución a las conferencias y talleres que se realizan 1 vez por semana; *consultas, asesorías ambulatorias*: las realizan profesionales de PSICO a nivel individual, de pareja, familia, grupal. Estas actividades son realizadas por: psiquiatra, psicólogo y educador en farmacodependencia.

Tiene como campos de acción *la Salud*, el objetivo es detectar riesgos y alteraciones que afecten el desarrollo, independencia y funcionalidad del individuo en su desempeño diario y de *educación*, promover y mejorar el desarrollo de habilidades motoras, sensoriales y cognitivas requeridas para el aprendizaje y desempeño de cualquier actividad; mejorar las condiciones físicas, mentales y sociales que influyen en el desempeño del individuo en un contexto,

bien sea en el medio lúdico en el bebé, en el medio escolar durante la niñez. En lo laboral durante la etapa adulta y en el tiempo libre u ocio durante la vejez.

Entre sus áreas o servicios que ofrece se encuentra la unidad de conductas adictivas, el cual brinda atención en drogas, modalidad ambulatoria, modalidad residencial, consulta externa en psiquiatría y psicología, actividades de atención primaria en drogas, asesoría en elaboración, coordinación y ejecución de proyectos en drogas.

La modalidad residencial tiene tres fases: la primera llamada “*inducción, desintoxicación y recuperación*”, esta es la fase de deshabitación que comprende un periodo de tres meses en promedio, en la que se logra: acoger y motivar al paciente, la desintoxicación física, síquica y la recuperación nutricional, la adquisición de una autodisciplina en cuanto a hábitos de higiene, alimentación, comportamiento, horarios entre otros, lograr familiarización con el diario vivir de la clínica y su normatividad, conocimiento de la filosofía del programa y el planteamiento y objetivos de cada etapa, establecimientos de relaciones sociales básicas y de actuación grupal, restablecimiento de valores morales y éticos, Incrementar la conciencia de cambio y de compromiso existencial, comprometer a la familia.

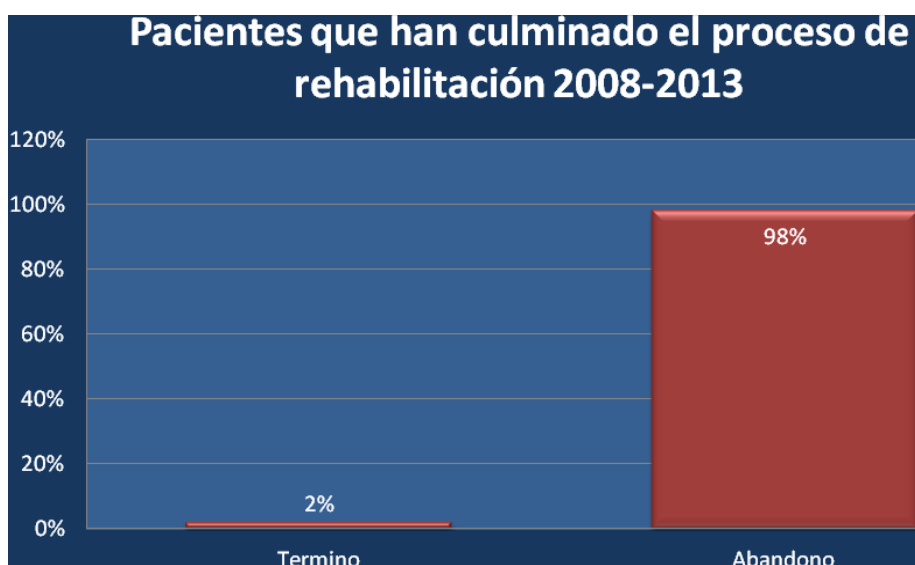
La segunda fase llamada “*tratamiento primario*” contempla dos etapas la primera de *identificación* la cual tiene como finalidad señalar los amplios objetivos sociales y psicológicos su duración esta entre tres meses en promedio en lo que se logra: participar activamente en las actividades del programa, cumplir con las normas del programa, introyección de normas y valores del programa, elaborar y comenzar la ejecución del plan de tratamiento, comienzo de una evaluación personal del propio ego (autoestima), sus circunstancias y necesidades, comienzo de la comprensión de la naturaleza del trastorno adictivo y de las demandas de la recuperación, identificar las causas y las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, acepta la gravedad de su consumo de droga y el resto de

sus problemáticas y muestra una cierta separación de la cultura de la droga, el código y el lenguaje de la calle, el reconocimiento de la problemática y sus causas en el ámbito individual, revela una disminución de su disforia. La segunda *de elaboración*, en esta fase se tratan más de cerca los problemas que le llevaron a la persona a la adicción, por medio de terapias mucho más personalizadas esta fase comprende un periodo aproximado de tres meses en lo que se logra: trabajo de las problemáticas identificadas, modelar roles positivos, verbalización, elaboración y seguimiento escrito de problemáticas identificadas en plan de tratamiento anexar al plan de tratamiento otras problemáticas identificadas, desarrollar habilidades relacionales, cultivar la cultura de trabajo, diseñar el proyecto de vida

La tercera fase “de reingreso” de igual forma contempla dos etapas la primera de consolidación aquí los pacientes comienzan a desarrollar trabajos según sus profesiones, aspiraciones y talentos, desarrollando actitudes favorables para una pronta reinserción, su duración esta entre los tres meses en promedio en los que se logra: consolidar logros de fases anteriores, identificar y trabajar problemáticas residuales, revisar e iniciar ejecución del proyecto de vida, desarrollar habilidades para el afrontamiento de factores de riesgo, crear factores de protección, fortalecer red de apoyo socio familiar, presenta una elevada autoestima.

Y la segunda etapa de *desprendimiento gradual o integración sociofamiliar y cultural*, los pacientes comienzan un desprendimiento con la clínica, se espera que puedan vivir de manera exitosa por sí mismo esta fase comprende un periodo aproximado de tres meses donde se espera lograr: acrecentar logros de etapas anteriores, impulsar la concreción y ejecución del proyecto de vida, integrarse totalmente a la comunidad externa, acompañamiento, monitoreo y seguimiento en el proceso de consolidación de la red de apoyo socio familiar, educativa, laboral y cultural, fomentar factores de protección y de vida saludable, fomentar la responsabilidad, la honestidad, la humildad y la solidaridad

Por su parte en lo que respecta a la clínica PSICO, desde agosto del 2008 hasta abril del 2013 han recibido tratamiento 600 personas por consumo de SPA, de las cuales 99 han ingresado en lo que ha corrido este año (enero-abril 2013), lo que quiere decir, que este ha aumentado, ya que el promedio de atención por año había sido de 125 personas, es decir que en estos cuatro meses del presente año se han atendido 79.2% del promedio anual de personas consumidoras de SPA. Solo el 2% de la población total atendida ha culminado su proceso satisfactoriamente.



Según el diagnóstico realizado por Galvis y Pulgarín (2013), el rango de edades de los usuarios que se encuentran en tratamiento en la clínica oscila entre 18 – 47 años. El 100% de los usuarios ingresan por convenio con el régimen subsidiado (Barrios Unidos).

La clínica PSICO para ello, cuenta con un equipo de trabajo el cual está conformado por 2 psicólogas, 2 médicos psiquiatras, 2 médicos generales, 1 interno en psiquiatría, 1 jefe de enfermería, 7 enfermeros, 2 practicantes de Medicina, y 2 practicantes de Trabajo Social.

## **CAPITULO III**

### **MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO-CONCEPTUAL**

El marco de referencia teórico-conceptual se basó teniendo en cuenta el enfoque estructural funcionalista y para comprender el concepto de familia se partió de una visión sistémica para definirla y, posteriormente abordarla; siendo el estructural funcionalista un enfoque en la que se supone que los elementos de una determinada estructura social son interdependientes entre sí, y que una variación de alguno de ellos repercute en los demás (Durkheim, Parsons y Weber (S.F)); por tal motivo se parte de los postulados de Bertalanfy citado por Gonzales (2008) en cuanto caracteriza al sistema como un estado estable, dinámico, que permite un intercambio constante de componentes a través de procesos de asimilación y desasimilación, ya que esta debe facilitar el desarrollo personal, la autorrealización de su miembros como personas con derechos, capaces de desarrollar un sinfín de potencialidades manuales, cognitivas, afectivas y sociales; a su vez que se constituye como una antesala de la vida social, en donde cada persona debe proyectar su competencia y compromiso.

Es decir, el autor da a entender la familia como un sistema integrado multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas que se influyen entre sí y con los sistemas externos relacionados, siendo gobernado por una serie de leyes bajo modalidades transaccionales, en las cuales operan los miembros de la familia en relación recíproca. Es así que en la familia todos los elementos se influyen al tiempo que todos se ven afectados por la naturaleza del sistema.

De esta manera, la familia será entendida como un sistema donde se encuentran a todos sus miembros interactuando entre sí y se establece una serie de vínculos, transacciones, normas, limites, jerarquías, roles y acuerdos que les permite funcionar como tal. (Gimeno, citado en Uriel, 2012).

Tales vínculos o interacciones serán entendidos como la dinámica familiar; de la cual diversos autores como Oliveira, Eternod & López (1999); Torres, Ortega, Garrido & Reyes (2008);González (2000); Palacios & Sánchez (1996) citados en Gallego (S.F) subrayan que esta es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia—padre, madre e hijos— al interior de ésta, de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones.

Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo. Al respecto, afirma Agudelo citado por Gallego (S.F) que la dinámica familiar comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia.

Ahora bien, según Gallego (S.F) la dinámica familiar se caracteriza porque ella implica una serie de características que le son propias: *la afectividad*, es el nivel de intimidad y apego que se da entre los miembros de una familia. Se expresa en la preocupación mutua por las necesidades de todos y cada uno y es la principal fuerza de cohesión de la familia; *la comunicación*, la comunicación en la familia es un proceso por el cual todos sus integrantes entran en contacto para compartir mensajes y expresarse mutuamente afectos. Por tanto, la comunicación sirve al propósito de unir y mantener en armonía a sus miembros, les ayuda a superar conflictos y dificultades y, ante todo, les permite establecer un contacto afectivo permanente; *la autoridad*, se entiende en la familia como un poder legítimo que tienen las figuras parentales o sus sustitutas, que les permite cumplir funciones de dirección, protección, educación y formación de los hijos. De esa manera, se

busca que su crecimiento se dé en un ambiente propicio que posibilite la asimilación y la incorporación a su comportamiento habitual de las normas y los valores sociales; *la norma*, pauta que determina el comportamiento de un sujeto frente a diferentes circunstancias que se le presentan y que le exigen una posición. Las normas definen qué está permitido y qué prohibido, señalando correctivos cuando no sean acatadas. Las normas pueden ser explícitas e implícitas; *los límites*, es aquella región o sector que sirve de barrera de diferenciación entre los integrantes de una familia.

Los límites son el vacío en que se permite la protección sin perder la individuación y diferenciación de quienes conforman el grupo familiar; *los roles*, Son las tareas que se espera que cada uno de los miembros cumpla dentro de la estructura familiar, son asignaciones definidas por la cultura y por la propia familia; *alianzas y triangulaciones*, la primera es positiva, se refiere a la unión de uno o más miembros para alcanzar un objetivo, la segunda es una tensión entre un subsistema conformado que necesita a un tercero para desviar la tensión.

Por otro lado, para no caer en reduccionismo es importante resaltar que la dinámica familiar es una condición particular de las diferentes formas de ser y estar como familia, en ese sentido para esta investigación retomaremos una clasificación propuesta por Micolita (2002): Familia nuclear, conformada por la pareja y los hijos, es la tipología tradicional; familia extensa, corresponde a aquella familia conformada por dos o más generaciones. En ella implican, figuras como los abuelos y otros parientes; familia superpuesta, conformada después de la ruptura de un vínculo conyugal y donde uno o ambos miembros de la pareja trae hijos de la relación disuelta; familia monoparental, aquí solo uno de los progenitores asume la convivencia bajo el mismo techo con sus hijos; Familias homoparentales (Parejas homosexuales), es aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños. Las parejas homoparentales

pueden ser padres o madres a través de la adopción, de la maternidad sustituida o de la inseminación artificial en el caso de las mujeres, siendo también cuando uno de los miembros de la pareja homosexual es el padre biológico del niño o niña.

Los aspectos mencionados en relación con la dinámica familiar, pueden verse afectados por situaciones de la cotidianidad, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas en alguno o algunos de sus miembros.

Por lo cual, es necesario plantear que dichas sustancias son comúnmente reconocidas como drogas, definidas por la Organización Mundial de la Salud (citada en Pons Díez, 2006) como aquella sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central. Esta modificación sobre el sistema nervioso significa un efecto sobre la mente y la conducta, es decir, un efecto psicoactivo; así pues la persona que consume una sustancia psicoactiva experimentará una alteración en sus funciones mentales. Sin embargo, esta definición constituye un término ambiguo e impreciso el cual excluye injustificadamente a otras sustancias, estableciendo una diferencia entre aquellas que son consideradas prohibidas (ilegales) y las permitidas (legales).

Dada la ambigüedad de la palabra “droga” se asume el término de sustancia psicoactiva (SPA), como “todas aquellas sustancias que ejercen un impacto sobre el Sistema Nervioso Central -SNC- y modifican su funcionamiento, aumentándolo o disminuyéndolo, y alterando el campo de conciencia” (Programa Rumbos, 2001); no obstante, éste alude que esta definición se sigue ubicando en una visión farmacológica de la sustancia, dejando de lado la significación sociocultural que adquiere la sustancia en un determinado contexto.

Rendón (2004:54), por su parte, define el consumo de sustancias psicoactivas “como una práctica cultural, en la medida que se construye una manera de entender y encarar la vida, a través de unos universos compartidos que se generan con la mediación de unos productos culturales denominados sustancias psicoactivas”.



En este orden de ideas es necesario mencionar que para llegar al consumo de sustancias psicoactivas las personas se ven condicionadas por características sociodemográficas específicas de cada contexto en el cual las personas se ven inmersas, siendo aquellas características sociales de la población en general y su desarrollo a través del tiempo. Estas características se construyen a partir de un conjunto de indicadores y variables tales como: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, situación familiar, actividad económica, estado civil, seguridad social, entre otros; es así como dependiendo de estas características sociodemográficas y del entorno familiar en el cual se encuentran inmersos las personas, es que éstas utilizan diferentes formas de acceder a las sustancias.

Dada la problemática del consumo y su relación con las características sociofamiliares se intenta buscar formas a través de las cuales las diferentes instituciones y sus profesionales afronten, junto con las personas afectadas por éste, las consecuencias negativas del mismo; es así como una de dichas formas ha sido la Rehabilitación. Para lo cual el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia alude al hecho que Rehabilitar implica reponer, readquirir, recuperar una función o patrón de actividades perdidas, lo mismo que reducir secuelas e incapacidades, tratando también de aprovechar o reorganizar las posibilidades residuales en el individuo y su entorno que quedan como consecuencia de procesos patológicos, ya sea por la gravedad misma del proceso o por la intervención tardía sobre éste; estando la rehabilitación intrínseca en el proceso de tratamiento y debe tenerse en cuenta desde el mismo momento en que se realiza el diagnóstico, evaluando las posibles discapacidades por el consumo y evitando las secuelas. De esta forma la Rehabilitación son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica y social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad

que pueden reducir o alterar la capacidad del usuario para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.

En esta medida la rehabilitación busca reintegrar al individuo a su vida familiar y social; ofreciendo a través de asesoría y asistencia, desarrollo de habilidades, educación y orientación vocacional, entre otros. La meta primaria de la rehabilitación es restaurar las condiciones psicológicas, sociales y físicas previas al inicio del consumo que permitan la reconstrucción de un estilo de vida libre de Sustancias Psicoactivas y prevengan también la recaída y reincidencia en el consumo; además deberá ofrecer los medios que permitan contrarrestar la influencia de los factores de riesgo producidos por el consumo mismo, entre ellos, aspectos de auto-estima, auto-eficacia, estilos de vida, patrones relacionales, desocupación, pérdida de intereses y habilidades, entre otros. La rehabilitación propenderá por la recuperación de una red de apoyo social a través de la adquisición de un nuevo rol social distante del rol que asumió siendo consumidor de Sustancias Psicoactivas, correspondiendo estos objetivos a algo más allá que el logro de la abstinencia.

Por otro lado y para efectos de esta investigación se tendrá en cuenta el concepto de participación provista por Gonzales (1995): “una forma de intervención social que le permite al individuo reconocerse como actores que, al compartir una situación determinada, tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y que están en capacidad de traducirlas en formas de actuación colectiva con una cierta autonomía frente a otros actores sociales y políticos”. A si mismo alude a que la actuación de las personas se dan a partir de sus necesidades y del interés que tengan para resolver un problema o para hacer realidad una aspiración, por lo que la solución que se le dé a los problemas esta mediada por las motivaciones, expectativas, e intereses de los individuos.

## **CAPITULO IV**

### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El análisis que se presenta se estructuró en cuatro subcapítulos, los cuales permiten presentar los resultados obtenidos durante el proceso de investigación y dan respuesta a los objetivos planteados. El primero de ellos “Rasgos distintivos de los usuarios y sus familias”, en el cual se determinan las características socio demográficas, económicas y educativas tanto de los usuarios de la Unidad de conductas Adictivas PSICO como de sus familias; el segundo subcapítulo “Conociendo las familias de los usuarios de la unidad de conductas adictivas” que corresponde a la caracterización de la dinámica familiar de los usuarios de la unidad de adictivas; el tercer subcapítulo “Participación de las familias”, en este se hace una identificación de la perspectiva que tiene la Clínica desde el modelo de intervención sobre participación, además del conocimiento que tienen las familias sobre los espacios de participación en el proceso de los usuarios; el cuarto y último subcapítulo llamado “avance en el proceso”, que corresponde a la identificación de los cambios a nivel familiar, comportamentales, cognitivos, afectivos y sociales de los usuarios dentro del proceso.

## RASGOS DISTINTIVOS DE LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS

En el presente capítulo se abordarán las características sociodemográficas: como sexo, edad, pertenencia étnica, estado civil, religión; económicas: ingresos, tenencia de la vivienda, actividad económica, gastos familiares, salud; educativas: nivel de escolaridad, recreación, presentes en los usuarios de la unidad de conductas adictivas y sus familias.

### Características sociodemográficas

Tras analizar los datos se encontró que el 94,4% de los usuarios de la unidad de conducta adictivas son hombres, mientras el 5,6% pertenecen al género femenino, además que el 55,2% del total de la población se encuentra en el grupo etario comprendido entre los 20 a 25 años de edad, un porcentaje menor (28%) se ubica entre los 26 y 31 años de edad; siendo el 11,2% el porcentaje de personas que presentan edades entre los 14 y 19 años y el 5,6% hace alusión a las personas que se encuentran en el grupo etario entre los 32 y 37 años de edad. Lo que deja en evidencia que la población que predomina es la masculina principalmente entre las edades de los 20 y los 25 años de edad. (Ver tablas n°1 y n°2)

**Tabla n°1 Número de usuarios según sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	94,4
Femenino	1	5,6
Total	18	100,0

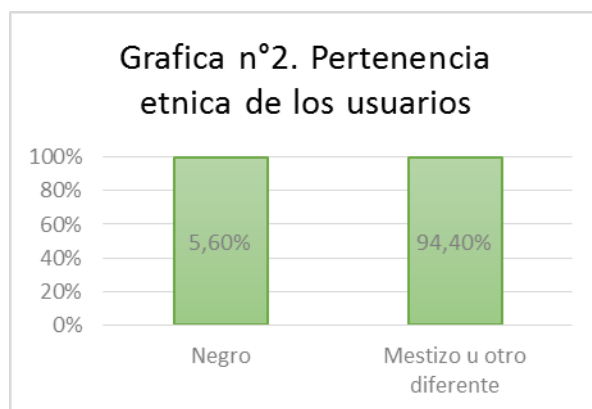
**Tabla n°2. Edad de los usuarios**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14-19 años	2	11,2%
20-25 años	10	55,2%
26-31 años	5	28%
32-37 años	1	5,6%
Total	18	100,0

Algunos estudios como el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia del año 2008, han identificado que la población con mayor condición de consumo de sustancias psicoactivas son los hombres, con una prevalencia de consumo cuatro veces mayor que en mujeres.

Si bien dichos estudios muestran que los grupos de personas comprendidos entre las edades de 20 a 44 años son aquellas que presentan mayores porcentajes de consumo de sustancias psicoactivas, sus resultados dejan ver un rango mayor al encontrado en los usuarios de la unidad de conductas adictivas Psico, pues éstos se centran principalmente entre los 20 a 25 años de edad. Sin embargo se puede establecer que los 2 rangos de mayor porcentaje está entre este criterio.

Con respecto a la pertenencia étnica se estableció que el 94,4% de la población se identifica como mestiza, correspondiendo el 5,6% a los usuarios que se reconocen como negros, mulatos o afrocolombianos. En lo que se refiere al estado civil de los usuarios el 94,4% son solteros y el 5,6% conviven en unión libre. (Ver grafica n°2)



En cuanto a la religión que profesan el 94,4% son católicos y el 5,6% refieren no pertenecer a ningún tipo de adepto religioso. Igualmente se estableció que un porcentaje del 94,4% de la población afirmaron no participar de ningún grupo u organización social, argumentando falta de interés en un 58,8%; el no haber sido

invitados a participar con un 29,4% y el 11,8% aluden la falta de tiempo; siendo el 5,6% de los usuarios quienes refirieron participar en alguna actividad u organización social. Esta no participación puede deberse a que como lo alude el DSM IV<sup>4</sup> el consumo de sustancias psicoactivas reduce la participación en importantes actividades sociales, laborales o recreativas.

Con respecto a las familias de los usuarios se encontró que el 54,9% son hombres y el 45,1% son mujeres, no obstante, se evidencia un mayor acompañamiento de las mujeres en el proceso terapéutico de los usuarios.

Lo anterior se evidencia en diferentes artículos publicados por la revista Discapnet y el de CEM (Centros de Estudios de la Mujer), los cuales coinciden en afirmar que es mayor el porcentaje de mujeres (86,1%) que se dedican al cuidado de sus familiares, que el porcentaje de hombres (13,9%) que realizan esta misma acción; lo que se atribuye a patrones culturales tradicionales que asignan a las mujeres el papel de proveedora principal de atención y cuidado a las personas dependientes (niños, ancianos y familiares impedidos); sumado a que las expectativas actuales de autosuficiencia de las familias siguen reforzando esta asignación desigual para hombres y mujeres.

Por otro lado y con respecto a las edades de los miembros de las familias, se estableció que el 33,6% se encuentran en el grupo etario entre 15 y 28 años, el 26,6% entre los 43 y 56 años, el 15,4% entre 57 y 70 años; seguidos por aquellos que se ubican entre los 29 y 42 años (11,2%), siendo menor el porcentaje de personas que tiene entre 0 a 14 años (8,6%) o cuentan con más de 71 años de edad (5,5%). Del mismo modo se encontró que el 59,2% de las personas son solteros(as), el 18,3% son casados, el 16,9% conviven en unión libre y el 5,6% son viudos(as); por lo que se puede inferir que más de la mitad de la población

---

<sup>4</sup> El DSM-IV es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* el cual clasifica por categorías y divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios

participante es soltera, (ver tabla n°3) siendo relevante que en ésta fracción de la población el rango de edad comprendido entre los 15 y 28 años es significativo.

**Tabla n°3. Estado civil de los integrantes de cada familia**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	42	59,2
Casado	13	18,3
Unión libre	12	16,9
Viudo	4	5,6
Total	71	100,0

Con relación a la pertenencia étnica y en concordancia con lo aportado por los usuarios, el 95,8% de los miembros de las familias se reconoce como mestizo y el 4,2% como mulatos o afrocolombianos. Por otro lado, se encontró que el 98,6% de los miembros de las familias son católicos y el 1,4% refieren ser protestantes.

### **Características económicas**

Es importante tener en cuenta que el 100% de la población usuaria de la unidad de conductas adictivas Psico se encuentra desempleada, puesto que al poseer una conducta adictiva promovió su desvinculación laboral, ya que las sustancias psicoactivas provocan el “síndrome amotivacional” en las personas consumidoras, síndrome que se caracteriza principalmente por la pasividad, apatía, conformismo, aislacionismo, introversión, pérdida de los ideales y de las ambiciones personales, entre otros, siendo para la época que los usuarios se encontraban hospitalizados efectuando proceso terapéutico orientado al abandono del consumo de sustancias psicoactivas, situación que ha impedido que éstos no puedan devengar algún tipo de ingreso económico, quedando a cargo de su familia los gastos personales, tales como útiles de aseo, vestuario y materiales requeridos para su proceso.

Como lo corrobora el DSM IV en el apartado sobre los trastornos relacionados con sustancias, el consumo recurrente de sustancias, da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, ausencia en la escuela o en casa, descuido de los niños o de las obligaciones de la casa.

Al analizar el grado de escolaridad de los usuarios, se encontró que solo el 38,8% de los usuarios culminaron el nivel de escolaridad secundaria, de los cuales el 14,3% pertenece al estrato socioeconómico uno, el 28,6% hace parte del estrato dos y el 57,14% al estrato tres; igualmente se observó que la relación entre el nivel educativo y el estrato socioeconómico que el 33,3% de los usuarios aseguraron no haber terminado la secundaria, de los cuales el 50% hace parte del estrato socioeconómico uno y con el mismo porcentaje se ubican los usuarios que pertenecen al estrato dos.

Es relevante tener en cuenta que el 5,5% de los encuestados afirmaron no tener ningún tipo de escolaridad, siendo el 100% de éstos pertenecientes al nivel socioeconómico uno; y de igual forma un 5,5% de los usuarios afirmaron haber terminado estudios universitarios con el 100% de ellos pertenecientes al estrato cinco. (Ver tabla de contingencia n°1)

**Tabla de contingencia n°1. Escolaridad - Estrato de la vivienda**

		Estrato de la vivienda				Total
		Estrato Socioeconómico Bajo (Nivel 1)	Estrato Socioeconómico Medio Bajo (Nivel 2)	Estrato Socioeconómico Medio (Nivel 3)	Estrato Socioeconómico Alto (Nivel 5)	
4.Escolaridad	Ninguna	1	0	0	0	1
	Secundaria incompleta	3	3	0	0	6



a Secundaria	1	2	4	0	7
a Técnica incompleta	1	0	0	0	1
a Técnica universitario incompleta	0	0	1	0	1
a Universitario	0	1	0	0	1
Total	6	6	5	1	18

Con relación al número de miembros que compone cada familia, se estableció que en promedio cada vivienda cuenta con cuatro personas, resultando interesante el hecho que en el 38,9% de éstas quien aporta económicamente al sustento de la familia son ambos padres; seguido de ellos, se ubican las familias en las que el único aportante es la madre o el padre u otro familiar con igual porcentaje(16,7%), siendo menor el porcentaje de familias en los que los proveedores económicos son los hijos (11,1%). (Ver tabla n°4)

**Tabla n°4. Miembros que aportan ingresos al hogar**

	Frecuencia	Porcentaje
Padre	3	16,7
Madre	3	16,7
Ambos padres	7	38,9
Hijos	2	11,1
Familia extensa	3	16,7
Total	18	100,0

Así pues y haciendo alusión al nivel socioeconómico de las familias de los usuarios de la unidad de conductas adictivas de la clínica Psico, el 33,3% se ubican es estrato uno, con un porcentaje igual se encuentran las familias que pertenecen al estrato dos, el 27,8% pertenecientes al estrato tres, y en menor porcentaje se ubican en el estrato cinco (5,6%). Lo que permite concluir que la mayoría de las familias poseen un nivel socioeconómico bajo, por lo que acceden al tratamiento brindado en la clínica a través de los servicios de las EPS subsidiadas a las que se encuentran afiliados. (Ver tabla n°5)

**Tabla n°5. Nivel socioeconómico de las familias**

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Estrato Socioeconómico Bajo (Nivel 1)	6	33,3
Estrato Socioeconómico Medio Bajo (Nivel 2)	6	33,3
Estrato Socioeconómico Medio (Nivel 3)	5	27,8
Estrato Socioeconómico Alto (Nivel 5)	1	5,6
Total	18	100,0

Ahora bien, analizando el nivel socioeconómico con respecto al régimen al cual pertenecen los miembros de las familias, se puede ver que del 27,8% de las familias que pertenecen a un nivel socioeconómico medio (nivel 3) solo el 20% de ellas quienes pertenecen al régimen contributivo<sup>5</sup> deben pagar el tratamiento de forma particular y no a través de sus EPS como sí lo hacen el 66,6% de las familias que hacen parte del régimen subsidiado, siendo relevante que de este porcentaje se ubican en estratos uno (50%) y dos (50%). Ver tabla de contingencia n°2.

---

<sup>5</sup> En el Régimen Contributivo podemos encontrar a las personas que tienen capacidad de pago, haciendo sus aportes mensualmente, a la entidad promotora de salud.

**Tabla de contingencia n°2. Estrato de la vivienda – Régimen al que pertenecen**

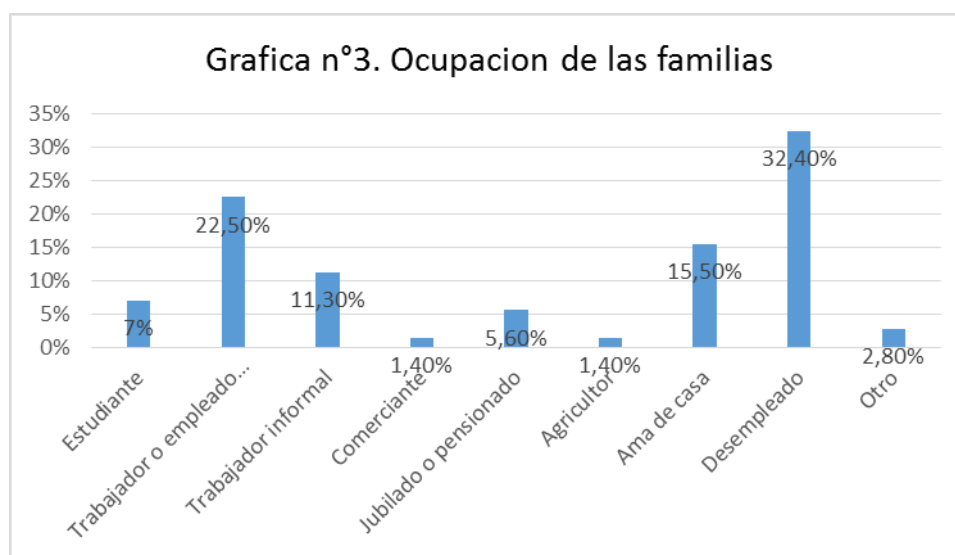
Estrato de la vivienda	Régimen al que pertenecen		Total
	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	
Estrato Socioeconómico Bajo (Nivel 1)	6	0	6
	6	0	6
Estrato Socioeconómico Medio Bajo (Nivel 2)	4	1	5
Estrato Socioeconómico Medio (Nivel 3)	0	1	1
Estrato Socioeconómico Alto (Nivel 5)			
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>18</b>

De manera general y al indagar en la actividad económica a partir de la cual las familias adquieren recursos para satisfacer sus necesidades básicas, se estableció que el 38,9% de las familias refieren que la actividad económica de la cual dependen los ingresos mensuales es el empleo formal, mientras el 22,2% afirman desempeñarse en actividades de construcción, el 11,1% realizan tareas agropecuarias (agricultura ganadería, pesca, silvicultura); encontrándose que el 11,2% se dedican a la minería (extracción de arena, balasto, cal, etc) y que el 5,6% laboran en oficios domésticos, el comercio informal y el sector informal con un 5,6% respectivamente (Ver tabla n°6).

**Tabla n°6. Actividad económica de la cual dependen los ingresos del hogar**

	Frecuencia	Porcentaje
Agropecuario (Agricultura, ganadería, pesca, silvicultura)	2	11,1
Minería (extracción de arena, cal, etc.	2	11,1
Construcción	4	22,2
Comercio	1	5,6
Empleado	7	38,9
Oficios Domésticos	1	5,6
Sector informal	1	5,6
Total	18	100,0

Con relación a la ocupación de los miembros de cada familia, es imperante tener en cuenta que el 32,4% se encuentra desempleadas; en contraste con un 22,5% de los miembros de las familias son trabajadores o empleados asalariados, en menor porcentaje se encuentran las amas de casa (15,5%), los trabajadores informales (11,3%), los estudiantes (7%), los pensionados (5,6%) y los agricultores (1,4%). Ver grafica n°3



Ahora bien, el ingreso promedio mensual en el 16,7% de las familias es de dos salarios mínimos legales vigentes, seguido por un porcentaje de 38,9% que viven con menos de dos salarios mínimos legales vigentes, el 27,8% satisfacen sus necesidades con un salario mínimo (\$616.000 pesos), mientras el 11,1% viven con menos de un salario mínimo legal vigente y el 5,6% de las familias obtiene como ingreso hasta de tres salarios mínimos legales vigentes.

Si analizamos los ingresos de las familias y el número de personas que las componen (ver tabla de contingencia n°3), se puede decir que el 11,11% de los hogares que afirman que sus ingresos mensuales son menores a un salario mínimo legal vigente, está compuesto por tres personas (50%) y en igual porcentaje se ubican los que están compuestos hasta por cinco personas; en cuanto a los hogares que ganan un salario mínimo legal (27,8%), en su totalidad están compuestos por cuatro miembros.

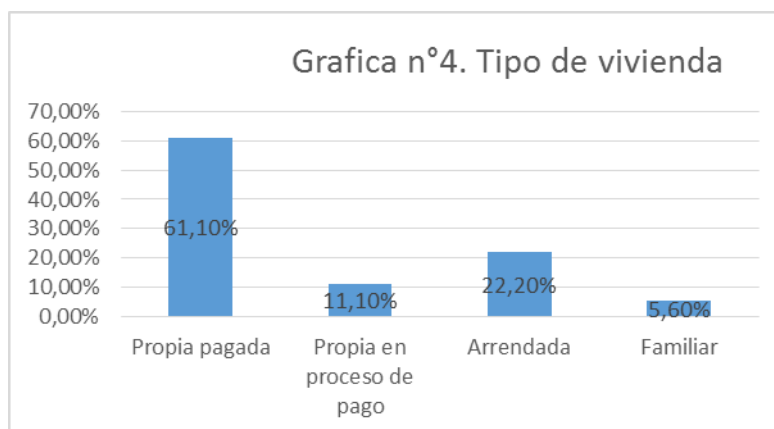
En el caso de las familias (38,9%) que ganan menos de dos salarios mínimos legales vigentes están conformadas por dos personas (14,3%), tres personas (28,6%), cuatro personas (42,8%) y cinco personas (14,3%); así pues el 16,6% de las familias que devengan dos salarios mínimos el 66,6% están conformados por tres personas y el 33,4% restante están conformados por ocho personas; siendo el 5,5% el porcentaje de grupos familiares que aseguran ganar tres salarios mínimos, conformado en su totalidad por cuatro personas.

**Tabla de contingencia n°3. Ingreso promedio mensual – Número de personas que habitan en la vivienda**

		Número de personas que habitan en la vivienda					Total
		2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	8 personas	
Ingreso promedio mensual	Menos de 1SMLV (Menos de \$535.600	0	1	0	1	0	2
	1SMLV (\$535.600	0	0	5	0	0	5
	Más de 1 SMLV y menos de 2 SMLV (535.601 y 1.070.119	1	2	3	1	0	7
	2SMLV (1.070.120	0	2	0	0	1	3
	. 3 SMLV y mas ( 1.605.180 y más	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>18</b>

Con respecto a los gastos de las familias el 38,7% aluden a que el pago de arrendamiento es lo que les representa mayores gastos, seguido por la inversión en alimentación (27,8%), el pago de las deudas o créditos (22,2%) y el 5,6% a los gastos referentes a servicios de salud y educación respectivamente.

Por otro lado, en lo que respecta a la tenencia de vivienda, el 66,1% de las familias refieren tener vivienda propia, el 11,1% se encuentra en proceso de pago de su inmueble, el 22,2% pagan arriendo mensual y el 5,6% residen en viviendas de un familiar. Puede decirse entonces que el hecho de que la mayoría de las familias posean vivienda propia les ofrece a dichas personas mayores condiciones de estabilidad económica. Ver grafica n°4.



Con respecto a la distribucional espacial de los inmuebles en promedio cuentan con cuatro habitaciones, no obstante solo el 11,2% de las familias hacen uso por completo de tal número de cuartos, siendo relevante que el 66,7% de éstas hace uso de tres cuartos, el 16,7% utiliza dos cuartos y el 5,6% de las familias utilizan un solo cuarto para dormir. Ver tabla n°7 Del mismo modo, el 88,9% expresan que el número de personas que duermen en cada cuarto es de una y con igual porcentaje (5,6%) se ubican las familias que expresan que un cuarto es utilizado por dos personas o tres miembros de la familia; lo que refleja que en la mayoría de familias no hay condiciones de hacinamiento<sup>6</sup>

**Tabla n°7. Número de cuartos de cada vivienda**

	Frecuencia	Porcentaje
3 cuartos	2	11,1
4 cuartos	8	44,4
5 cuartos	4	22,2
6 cuartos	2	11,1
7 cuartos	2	11,1
Total	18	100,0

<sup>6</sup> Según definición suministrada por el sistema de indicadores de suelo y vivienda, refiere a la proporción de ocupantes de viviendas con más de tres personas por habitación.

Al realizar el cruce entre el número de personas que conforman cada hogar y su distribución habitacional se encontró que el 5,5% de las familias en los que habitan dos personas, el 100% afirma que duerme una persona por cuarto, seguido por un 27,7% de hogares en los que habitan tres personas, de los cuales el 80% afirman que duerme una persona por cuarto y el restante (20%) refiere que en cada cuarto duermen tres personas; así pues, en el 50% de las familias en los que habitan cuatro personas, el 100% afirma que duerme una persona por cuarto, en menor porcentaje se ubican los grupos familiares (11,11%) en los que conviven cinco personas, siendo el 100% de ellas, las que afirma que duerme una persona por habitación y del 5,5% de los hogares de los que habitan ocho personas por vivienda el 100% afirma que duermen dos personas por cuarto. Ver tabla de contingencia n°4.

**Tabla de contingencia n°4. Número de personas que habitan en la vivienda –  
Número de personas que duermen en cada cuarto**

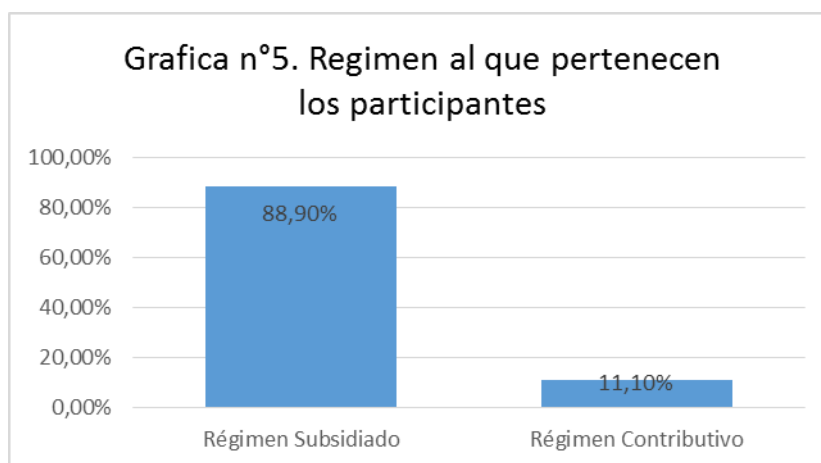
	Número de personas que duermen en cada cuarto			Total
	1 persona	2 personas	3 personas	
Número de personas que habitan en la vivienda 2 personas	1	0	0	1
3 personas	4	0	1	5
4 personas	9	0	0	9
5 personas	2	0	0	2
8 personas	0	1	0	1
Total	16	1	1	18

En cuanto a los servicios públicos con los que cuenta cada familia, el 100% refirieron que sus viviendas cuentan con servicio de gas, de telefonía, de parabólica y de eliminación de basura, de agua (94,4% acueducto y el 5,6%



aljibe), al igual que electricidad, servicio sanitario, manejo de aguas residuales (94,4% alcantarillado y 5,6% vertimiento en corrientes de agua).

En cuanto al tema de la salud se encontró que el 100% de las familias poseen acceso a servicios de salud, el 88,9% pertenecen al régimen subsidiado<sup>7</sup> y el 11,1% al régimen contributivo<sup>8</sup> (Ver grafica n°5). En cuanto a la salud física el 27,8% de la población familiar presenta alguna enfermedad o discapacidad que les impide desarrollar algunas actividades de su vida diaria y el 72,2% asegura no tener ningún impedimento físico.



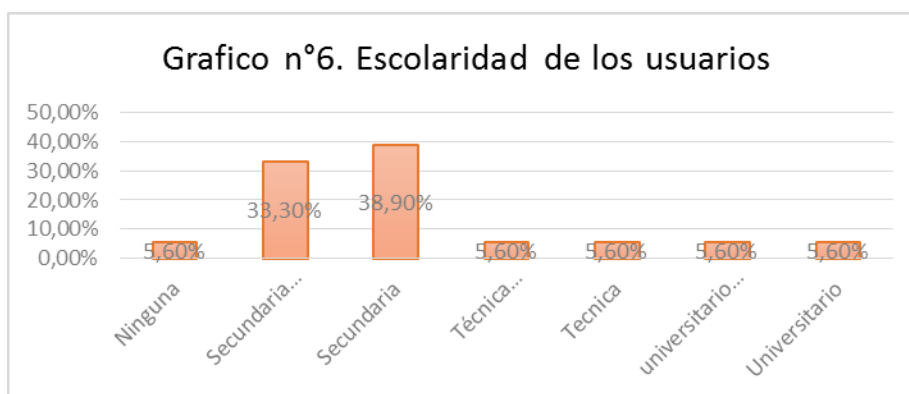
### **Características educativas**

Ahora bien y en cuanto al nivel educativo el 72,2% de los usuarios encuestados afirmaron haber estudiado en centros educativos públicos y el 22,2% lo hicieron en centros educativos privados. El 38,9% alcanzó un nivel de secundaria completa, el

---

<sup>7</sup> El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

33,3% no culminó la secundaria, el 11,2% alcanzaron estudios técnicos, y con igual porcentaje se ubican los usuarios con estudios universitarios, con menor porcentaje (5,6%) se ubican aquellos no han realizado algún tipo de estudio formal. Siendo relevante el hecho que la mayoría (61,3%) de los usuarios terminaron sus estudios de bachillerato y alcanzaron algunos niveles de estudios superiores. (Ver grafica n°6)



En lo que concierne al uso del tiempo libre, enmarcado en los espacios de recreación y deporte a los cuales pueden acceder los usuarios, teniendo en cuenta que la clínica Psico cuenta con espacios propicios para el desarrollo de dichas actividades, entre las cuales se encuentran: las zonas verdes, la piscina, el gimnasio, entre otros; con respecto a ello, se encontró que el 38,9% de los usuarios practica futbol, el 27,8% natación, el 22,2% atletismo, y el 11,1% refiere no practicar ninguna clase de deporte.

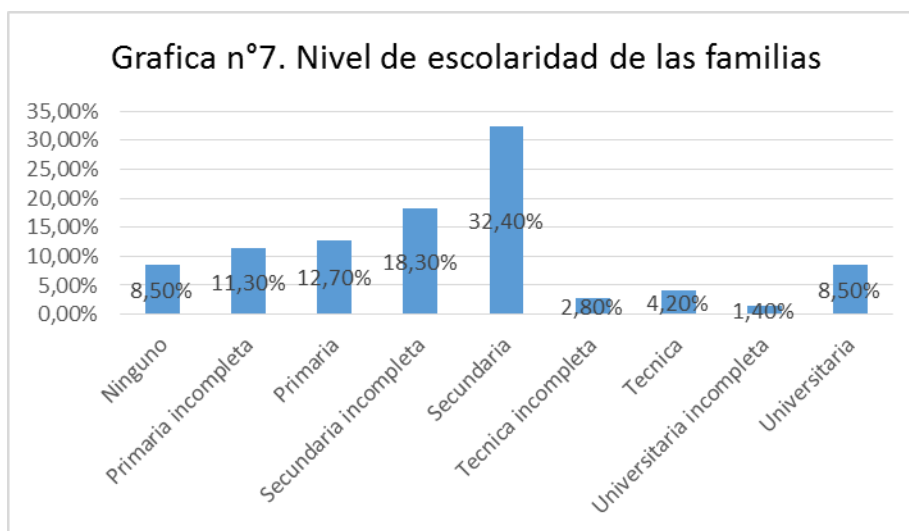
Con relación a la frecuencias de la práctica del deporte por parte de los usuarios el 44,4% refiere que practica una vez por semana, el 11,1% dos veces por semana, y el 33,3% tres o más veces a la semana.

Complementando lo anterior, se observa que la principal actividad que realizan los usuarios en sus tiempos libres es escuchar música (33,3%), seguido por ver televisión (27,8%), hacer deporte (16,7%), compartir con amigos (5,6%), dormir

(5,6%) o realiza otro tipo de actividades (11,1%). Resulta interesante el hecho de que el 33,3% de los usuarios expresa que en su tiempo libre no los comparten con nadie, siendo el 27,8%, el porcentaje de usuarios que comparten tales espacios con sus amigos, con su familia (22,2%) o en iguales porcentajes con familiares y amigos (16,7%).

Puede decirse entonces que la mayoría realizan actividades enmarcadas en deporte y recreación, actividades de sano esparcimiento como ejercicio físico, futbol, escuchar música que aportan de manera complementaria al proceso de rehabilitación de los usuarios como formas protectoras; siendo en mayor porcentaje quienes no comparten dichos espacios con nadie.

En lo que respecta a la escolaridad en los miembros de las familias, el 32,4% terminaron la secundaria, el 18,3%, abandonaron sus estudios secundarios, el 12,7% terminaron solo la primaria, el 11,3% no completaron la primaria, el 8,5% no ha realizado algún tipo de estudio formal, el 9,9% han llegado a realizar estudios universitarios y el 4,2% tienen estudios técnicos; de los familiares que han estudiado, el 80,3% lo hicieron en centros educativos públicos y el 11,3% en centros educativos privados. Por consiguiente, aproximadamente la mitad de los familiares de los usuarios alcanzan niveles bajos de escolaridad. Ver grafica n°7.



## CONOCIENDO LAS FAMILIAS DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS

En el siguiente apartado se presentaran las características de la dinámica familiar como la comunicación, límites, autoridad, alianzas, afectividad, normas y roles presentes en las familias a los que pertenecen los usuarios de la unidad de adictivas.

Ahora bien, antes de entrar al análisis de la investigación de un grupo familiar es preciso puntualizar que la “familia” se toma como una unidad de estudio, dentro de este proceso se distinguen dos dimensiones: una transversal y la otra longitudinal, la primera muestra el “aquí y ahora” de esa familia, mientras que la dimensión longitudinal revela su historia; así pues en esta investigación se tiene en cuenta la situación actual de la familia, la historia personal y familiar de cada uno de los usuarios de la clínica PSICO.

Con relación a la tipologías familiares<sup>9</sup>, se encontró que las familias en general son monoparentales con jefatura femenina (53,1%), es decir familias integradas por un solo miembro de la pareja (mujer) con hijos no emancipados; el 29% de las familias son nucleares o están compuesta por dos adultos que ejercen el papel de padres, y sus hijos; en menor porcentaje se encuentran las familias recompuestas (14,3%) y el 3,6% son extensas, es decir que incluyen otros parientes aparte de los padres e hijos, como los abuelos, los tíos y los primos, en éste caso predominan las familias extensas por línea materna.

---

<sup>9</sup> Hace referencia a los tipos o clases de familia según su estructura.

## **Comunicación... Expresión de la afectividad al interior de la familia**

Es relevante tener en cuenta que la mayoría de las familias asocian la afectividad con el nivel de comunicación existente al interior del núcleo familiar, esto teniendo en cuenta que para las familias un aumento en la comunicación promueve un mejoramiento de las relaciones intrafamiliares, tal como se evidencia en el siguiente fragmento.

*“Hoy en día son muy buenas, porque ya nos comunicamos más; antes no había una comunicación adecuada, es más yo... casi no hablaba con ella, simplemente ella llegaba y yo salía”. (Familia 1)*

Lo cual puede deberse a que la comunicación es un proceso a través del cual se expresa la afectividad; aspecto que puede ser corroborado con los planteamientos de Gallego (2006) quien define la comunicación como un proceso simbólico transaccional que produce al interior del sistema familiar, significados acerca de eventos, cosas y situaciones propias de la cotidianidad de la familia, por consiguiente se traduce en un proceso dinámico y de influencia mutua, en el que están presentes mensajes verbales y no verbales, percepciones, sentimientos y cogniciones de los miembros de la familia. Del mismo modo Cañón y otros (2010) definen la afectividad como el nivel de intimidad y apego que se da entre los miembros de una familia, se expresa en la preocupación mutua por las necesidades de cada uno de los integrantes y es la principal fuerza de cohesión de la familia.

Así pues, tras el ingreso del familiar al proceso terapéutico se observa un incremento en los procesos comunicativos y un mejoramiento en las relaciones familiares a partir de un aumento en el nivel de confianza existente al interior de las mismas, como resultado del aumento en el nivel de interacción a partir de la

intervención del equipo interdisciplinario y las actividades planeadas para vincular a la familia al proceso terapéutico, como lo es el taller de familias.

Es imperante tener en cuenta que previo a la hospitalización, los usuarios y sus familias expresan que existían conflictos en las relaciones familiares, enmarcados en la ausencia de dialogo y de expresión de sentimientos de afecto, además de la presencia de comportamientos en los usuarios portadores de la conducta adictiva, tales como el aislamiento, la rebeldía, actividad defensiva e irrespeto para con los padres y otros familiares, evidenciándose con ello, conflictos al interior del sistema familiar, distanciamiento en las relaciones y no aportaban al reconocimiento de las formas de ser y pensar de cada uno de los miembros del núcleo familiar, generándose distanciamiento y fragmentación al interior de las relaciones entre los integrantes de la familia; como se vislumbra a continuación.

*“Buenas, estables, de pronto antes cuando yo estaba en la negativa, si había muchos desacuerdos, por el comportamiento de mi misma personalidad (...)” (Familia 1.)*

*“Antes era regulares por el problema de ellos, porque a veces habían problemas y conflictos con ellos y nos tocaba discutir, pero pues ahora no ya que no discutimos casi no la llevamos mejor” (Familia 3.)*

Por tanto y tal como lo afirma Gallego (2006) 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, por lo que es la comunicación el medio a través del cual las personas edifican su vida familiar y sus relaciones.

*“Uno siempre ha querido ser afectivos con ellos, pero ellos por su problema de su droga han sido apartaditos, más retiraditos, pero ahora ya las manifestaciones han cambiado mucho, porque ahora son ellos más cariñosos mientras que antes eran más distantes” (Familia 4.)*

Por otro lado y a pesar de que en las familias entrevistadas han existido conflictos al interior de las relaciones intrafamiliares previos a su hospitalización, esto no ha sido impedimento para que los miembros de la familia se demuestren el afecto, siendo comunes expresiones tales como abrazos, palabras de afecto y frases de aliento que afianzan las relaciones al interior de los subsistemas implicados; constituyéndose la palabra en un elemento vinculante en la medida que es un recurso que permite reconocer las diferencias particulares y expresar sentimientos; elementos que corroboran lo expuesto por Cañón y otros (2010) quienes refieren que cuando la comunicación es apoyada en palabras o gestos afectivos afianzan las relaciones y aportan al aumento de la autoestima familiar.

Con respecto a la afectividad se encontró que la mayoría de las familias expresan su afecto a través de palabras cariñosas y el contacto físico a través de abrazos, no obstante existe familias que conciben la afectividad como apoyo y el suplir las necesidades del usuario.

*“Sí, claro, porque nosotros estamos siempre pendientes de lo de cada uno, apoyándonos” (Familia 3.)*

Es interesante como muchos de estos participantes inicialmente reconocen que no tenían una comunicación, pareciendo dar una concepción ideal de la comunicación, desconociendo aquellos planteamientos, de Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) quienes afirman que cualquier acto se traduce en comunicación, la cual se traduce en un elemento vinculante para la familia. Así pues, las familias asumen que existe comunicación solo al momento en que se evidencian mensajes verbales entre las personas, por lo que los gestos y las posiciones corporales no son tenidos en cuenta como parte de la comunicación.

*“La comunicación es bien porque, ya ahora el uno le comunica al otro, vea tal problema o cualquier cosa no la comentamos, antes no había comunicación, porque éramos muy distantes” (Familia 4.).*

En la mayoría de las familias resuelven las dificultades a través del dialogo, dejando ver una idealización de estos, ya que todas las familias en sus relatos aseguraron que los problemas siempre los solucionan de la mejor manera y nunca se han presentado inconvenientes en el momento de solucionarlos. En contraposición se evidencia algunas alteraciones de la familia frente a las proyecciones de abandono<sup>10</sup> o las sanciones que se les imparte a los jóvenes desde la clínica, dejando ver sentimientos de ira, agresiones verbales entre otros.

*“Por medio del dialogo, solo por medio del dialogo, nos ponemos a hablar y manifestar lo que está ocurriendo malo, y ya mi mama es la que más nos hace entender” (Familia 5.)*

Sin importar la tipología familiar en la mayoría de las familias la progenitora es la encargada de resolver las dificultades familiares, aun cuando según los roles de género el hombre es el encargado de proteger a la familia, posicionándose como figura de autoridad al interior de la misma, sin embargo en las familias entrevistadas es la madre quien tiene el conocimiento de los acontecimientos del hogar, toma decisiones frente a la situación problema y que es la persona a la cual acuden el resto de los miembros en el momento de alguna dificultad, lo cual puede deberse a que la mitad de las familias entrevistadas son monoparentales con jefatura femenina, por lo que ayuda a que se dé más este acontecimiento; sin embargo, la revista del Programa de Adicciones del Departamento de salud mental del Hospital Universitario de San Vicente Fundación (2011), refiere que la familia del farmacodependiente presenta síntomas como efecto de una desorganización al interior de su estructura, en donde la figura paterna no está físicamente existente por un abandono o si está presente, es distante emocionalmente, su función tiende a ser únicamente económica, por lo que la madre asume parte de ese rol, ubicándose en una posición de poder, involucrándose más cercanamente con sus hijos, en algunos casos el compromiso

---

<sup>10</sup> Proyección de abandono es un concepto institucional el cual hacer referencia a que el joven está pensando en no continuar con el proceso.



es tan alto que desencadena una relación co-dependiente con alguno de ellos, a si pues como lo refiere Escobar y Betancourt (S.F) por los procesos de socialización las mujeres están más preparadas para el cuidado, lo cual explica que estas tienen mayor disposición para apoyarse y trabajar colectivamente por la protección de sus hijos y la familia.

Los anteriores planteamientos se corroboran en el siguiente fragmento.

*“De pronto uno como de mamá es la que primero se entera de todo, porque es la que permanece más en la casa, y la que percibe más las cosas de los hijos, porque el papa está más trabajando” (Familia 6.)*

En cuanto a los temas que se tratan al interior de los espacios de dialogo, la gran mayoría de las familias no ha establecido límites frente a los temas que se puede tratar con sus hijos, por lo que se puede ver que existe espontaneidad a la hora de dialogar, ya que no tienen momentos específicos en los cuales se pueda dialogar, pues cualquier oportunidad en la que puedan compartir es un espacio para dialogar, o compartir sus sentimientos; la familia ha permitido un espacio implícito de expresión de sentimientos, en donde los integrantes tienen la oportunidad de manifestar sus emociones, en busca de mejorar las relaciones y llevar una mejor convivencia, es decir un ambiente armónico sin violencia, tal como se observa en el siguiente párrafo.

*“De una cierta variedad completa, ósea desde un chiste, hasta un pensamiento jocoso, porque nosotros nos comentamos todo (...)”, “(...) No, nosotros hablamos de todo, no tenemos restricción de ningún tema, porque nosotros nos tenemos mucha confianza.” (Familia 3.)*

Es relevante tener en cuenta que la expresión de sentimientos la refieren como expresión de afecto, más no como expresión de emociones como tristeza, dolor, rabia.

Ahora bien, las familias expresan posterior a la hospitalización del usuario que el aumento de la comunicación adquirido en el proceso generó el reconocimiento por parte de cada uno de sus miembros de actitudes, comportamientos, temperamento, cualidades, defectos, entre otros aspectos. Lo que es corroborado por Laing (1982), quien afirma que cada miembro internaliza su familia de origen, cada miembro se encuentra en interioridad recíproca gracias a las expectativas que se han construido históricamente de los miembros de cada familia; viéndose reflejado en lo que expresan de lo que piensan cada integrante.

### **Padres mandan, hijos no obedecen**

Minuchi (1986) define la autoridad en la familia como un poder legítimo que tienen las figuras parentales o sustitutas, que les permite cumplir funciones de dirección, protección, educación y formación de los hijos de esa manera, se busca que su crecimiento se dé en un ambiente propicio que posibilite la asimilación y la incorporación a su comportamiento habitual de los valores sociales y las normas, siendo éste término concebido por el mismo autor, como una pauta que determina el comportamiento de un sujeto frente a diferentes circunstancias que se le presentan y que le exigen una posición; así pues, las normas definen qué está permitido y qué prohibido, señalando correctivos cuando no sean acatadas, pueden ser explícitas e implícitas.

Con respecto a la autoridad, si bien en la cotidianidad es común escuchar que el padre es la persona que frecuentemente se ha posicionado como figura de autoridad, en las familias entrevistadas se evidenció que la madre al interior del hogar es quien ejerce la autoridad, haciendo uso para ello de estilos de autoridad y mecanismos de control que varía de acuerdo a cada familia y van desde control total de los hijos, hasta aquellos que les otorgan total autonomía, reflejándose tal ejercicio de la autoridad en el cumplimiento de la norma por parte de los hijos y sus comportamientos en el entorno familiar y social. Por lo que se puede decir que se encontraron tipos de autoridad democráticas la cual permite el consenso, el

diálogo y los acuerdos, partiendo de la premisa de qué es mejor para todos; Por lo tanto, en este modelo cada miembro de la familia es importante y protagónico, en donde existen garantías a través de la práctica de la escucha activa y la utilización de la palabra como forma de construcción conjunta. Arias y otros (2006). Así como el autoritarismo en donde existe la sumisión incondicional hacia el representante de la autoridad, se vale de la imposición para hacerse reconocer por medio del temor, evidenciando la incapacidad para establecer consenso, para concertar.

Así pues que se pasa del padre que fomenta el diálogo y que no renuncia a su poder al padre que le entrega responsabilidades al hijo; partiendo de una postura amigable que cede ante las demandas del hijo y busca los medios para controlarlo sin imponer órdenes, sino buscando que sea responsable de sus actos y asuma las consecuencias; esto a su vez puede reflejar la desautorización por parte de alguno de los padres, al querer estar en un ambiente de bienestar – armonía, por lo que se puede ver que son familias muy permisivas, y esto se puede evidenciar a la hora de implementar normas con sus hijos, lo que adquiere una mayor relevancia si tenemos en cuenta que al interior de los hogares entrevistados es la madre quien se posiciona como figura de autoridad; igualmente tal permisividad promueve relaciones de codependencia. Para lo cual Torres (s.f) argumenta que los familiares de la persona adicta a menudo sufren de ésta condición, en donde los pensamientos y las sensaciones de esposas, hijos y hermanos son controlados por el comportamiento y las emociones del adicto lo que conlleva a la destrucción de la unidad familiar, esta condición de codependencia se caracteriza por un sentido de urgencia por el control de la conducta de otros, especialmente hacia el adicto.

Por otro lado y con relación al proceso de toma de decisiones se encontró que son los padres los que toman las decisiones, al momento de tomarlas tratan de tener presente la opinión de los integrantes, pero cuando es una decisión muy radical,

es la madre quien toma la decisión, y en algunos momentos no tiene en cuenta lo que piense u opine el resto de los integrantes con tal de que se haga lo mejor por el bienestar de la familia.

Pero aunque las familias refieren que permiten a los integrantes participar en la toma de decisiones, no tienen claro los mecanismos que utilizan a la hora de participar en la toma de una decisión, ellos solo hacen referencia al dialogo, esto puede deberse a la misma dinámica familiar, la cual no les permite a los integrantes tener sus propios mecanismos de participación; dejando a los participantes en un rol pasivo a la hora de presentarse una situación, en ese diálogo los padres no pierden ni la práctica ni la representación de su papel dominante, así pues, son padres que se representan como “jefes del hogar” y como personas a quienes los hijos tienen que “respetar”, tal como lo expresa Gallego (s.f), existen múltiples experiencias de ser padres, las cuales pueden haber contribuido a hacer representaciones fusionadas de modelos de ser padres.

Aunque existen algunas normas al interior del hogar, no son muy claras o no están establecidas para los miembros, en el sentido de que no reconocen cuáles son esas normas, y además no son cumplidas en la mayoría de los casos; por lo tanto, no existe un sistema de normas estructurado como tal; así pues, según el Instituto de Adicciones Madrid Salud. (s.f) al interior de la familia se debe establecer normas, ya que esto supone uno de los factores de protección más significativos para reducir la probabilidad de aparición de conductas de riesgo, tanto en la infancia como en la adolescencia. La norma según Arias y otros (2006), puede plantearse como aquella pauta que determina el comportamiento de un sujeto frente a diferentes circunstancias que se le presentan y que le exigen una posición, estas definen lo que está permitido y lo que está prohibido, las cuales se pueden dar de forma explícita e implícita, las primera son claras para los miembros de la familia porque han sido verbalizadas, mediadas por la palabra y la escucha, en las segundas los miembros de la familia no recurren a la palabra

como elemento básico de su estilo de comunicación, en cambio el lenguaje no verbal cobra importancia, se trabaja con supuestos, las emociones y el afecto se “sobreenfocan” por lo que es poco usual hacerlo explícito.

Con relación a las normas se puede afirmar que al interior de las familias existen pocas normas o están implícitas y no se evidencian límites claros, lo que sumado a la permisividad con que los padres hacen ejercicio de su autoridad, generan al interior del hogar conflictos promoviendo en los jóvenes la posibilidad de participar en espacios de interacción que no son supervisados por sus progenitores y en los que iniciaron el consumo de spa. Así pues algunos hogares refieren tener normas y que estas son establecidas por los padres, no obstante el comportamiento de los integrantes del núcleo familiar no guardan concordancia con la pauta comportamental establecida, ya que algunos miembros consideran que ya están en una etapa de sus vidas donde no se hace necesario dicha norma, expresando de esta manera que son personas consientes y responsables de sus actos.

*“Pues ahora que están ya viejos, ya es de ellos como ellos quieran manejar su disciplina, porque por ejemplo con mi hijo que esta ya mayor yo le digo mire vea haga tal cosa, o no la haga; pero si él dice a no yo ya estoy mayor, que tal cosa... pues entonces ya el vera, pero uno como madre les hace ver las cosas,.. Pero pues ellos ya están grandes” (Familia 1.)*

Del mismo modo, es relevante tener en cuenta que en la actualidad a los jóvenes de la unidad de adictivos acatan con facilidad los llamados de atención frente al acatamiento de la norma, contrario a lo que sucedía cuando se encontraban consumiendo spa, dado que ante la directiva respondían de manera agresiva; promoviéndose con ellos conflictos entre los miembros de la familia.

Ahora bien y con respecto al ejercicio de la autoridad al interior de las familias las madres exigen que los padres se comporten como ellas, porque piensan que sus conductas tienden a respetar los derechos del joven, consideran que la parentalidad debe tener un estilo “delicado”, es decir no agresivo y además las madres se representan como la parte que habla y gana la amistad, esperando que ellos tengan un comportamiento similar. Mientras las mujeres definen a los esposos como padres duros, los hombres también califican a las esposas de duras y ellos se perfilan como “los alcahuetas”; los que regañan pero no pegan. Del mismo modo, pasa cuando se cumplen las normas, lo dejan pasar sin tener ningún cambio en la dinámica; siendo relevante el hecho de que no existen sanciones para la transgresión de la normas, observándose permisividad en éste aspecto, a la cual Arias y otros (2006), alude a que esta se sustenta en la idea de dejar hacer para alcanzar la realización de seres libres, es decir, dar permiso para llevar a cabo cualquier acto confiando en la conciencia de cada miembro, desconociendo que esto es una construcción conjunta. No obstante algunos padres hacen uso de consejos como elemento que puede ayudar a corregir el comportamiento transgresor, mientras otros reconocen que no sancionan físicamente a sus hijos, manifestando que sus castigos son esporádicos, circunstanciales, tienen una justificación y no generan daño en la integridad física o psicológica del joven; en este sentido los padres no se representan como maltratadores, pues se oponen al castigo físico y rescatan la necesidad de explicar éste y sustituirlo por otras maneras de sancionar para disciplinar como privar al hijo de algo que le gusta, hablarle y escucharlo.

Cabe anotar, que en la mayoría de las familias sujetos de la investigación, es la madre la encargada de reprender al hijo, pero en estas familias en particular, dichas madres son muy permisivas con sus hijos, es decir, que el control que ejercen sobre sus hijos es escaso o inexistente y los tratan como iguales. Por consiguiente se evidencia la existencia de un sistema normativo, que no es claro

para todos los integrantes de la familia y no cuenta con el respaldo de un sistema de sanciones para corregir la transgresión de la norma.

En cuanto al modo de solucionar los problemas entre hermanos se puede ver que el hecho de estar llevando a cabo un proceso de rehabilitación ha ayudado en las relaciones, esto se puede ver en el momento en que ellos refieren que antes de estar allí, la forma como solucionaban sus problemas era de una manera violenta, y en estos momentos ya lo hacen mediante el diálogo, como consecuencia positiva del proceso de rehabilitación. Además son ellos mismos quienes solucionan el conflicto sin la intermediación de sus padres, excepto en el caso de la familia Morado quien es la madre la mediadora entre los conflictos en la diada fraternal.

Ahora bien si nos referimos a la existencia de límites al interior del hogar, término que es definido por Minuchin (1986) el cual alude a que los límites están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera, y además es aquella región o sector que sirve de barrera de diferenciación entre los integrantes de una familia, los cuales protegen la diferenciación del sistema o subsistema, el enfatiza que para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros, deben definirse con precisión para que permitan a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferir, permitiendo el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

En cuanto a los límites, la madre es la que más trata de mantenerlos, sin embargo no en todas las familias participantes están marcados ya que permiten que sus hijos de alguna manera u otra se involucren en la relación de pareja.

Por lo que en situaciones de pareja en ocasiones intervienen los hijos, así pues que no existen límites generacionales de según Minuchin (1986) los cuales divide a la familia en un subsistema parental que guía y dirige, y el otro que sigue y

aprende, ya que a la hora de dialogar no tienen restricción alguna, puesto que se les permite involucrarse y tocar temas que los hijos quieran. Más del 50 % de las familias de los usuarios son monoparentales con jefatura femenina, por lo que son mayores las actividades que se realizan con los hijos, y en el caso de las familias nucleares no se comparte gran tiempo en pareja, debido a la dinámica con los hijos, dedican mayor parte del tiempo para con ellos. Por la misma codependencia<sup>11</sup> de las madres, dejan de lado su relación de pareja, y el padre solo se dedica a las actividades laborales.

Ahora bien, en cuanto a los roles Minuchin (1986) alude a que son la totalidad de expectativas y normas que una familia tiene respecto a la posición y conducta de un individuo en la familia. Los participantes en la investigación tienen muy claro su rol dentro la familia, ya que dependiendo al subsistema que pertenece dependen sus responsabilidades, sin importar que no se encuentren conviviendo en la vivienda familiar, pues al estar en tratamiento permanecen por fuera de su hogar durante un año, sin afectar la existencia de dichos roles. Encontrándose con los tipos de roles de Minuchin (1986) como el rol instrumental, tradicionalmente asignado al hombre, identificado con el rol de procreador y mantenedor de la especie, al padre quien se encarga de satisfacer las necesidades físicas y materiales, de la familia además de garantizar la supervivencia, y la aportación de orden económico del hogar; el rol afectivo, el cual se relaciona con funciones de apoyo, amor, de aportación de valores, el cual lo desempeñan las madres.

---

<sup>11</sup> Según Mansilla Izquierdo, Fernando (s. f) Codependencia y psicoterapia interpersonal. Pag 11. El término hoy día hace referencia a la actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones, fruto de la propia inseguridad.



## **PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS**

En este apartado se hace una descripción de la percepción que se tiene desde el modelo de intervención de la clínica sobre la participación de las familias en el proceso de rehabilitación de los usuarios; además del conocimiento que tienen las familias sobre los espacios de participación dentro de la clínica y la manera cómo participan éstas.

Para efectos de este análisis se tuvo en cuenta el concepto de participación provisto por Gonzáles (1995) como una forma de intervención social que le permite al individuo reconocerse como actor que, al compartir una situación determinada, tiene la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y que está en capacidad de traducirlas en formas de actuación colectiva con una cierta autonomía frente a otros actores sociales y políticos. Así mismo, alude a que la actuación de las personas se dan a partir de sus necesidades y del interés que tengan para resolver un problema o para hacer realidad una aspiración, por lo que la solución que se le dé a los problemas está mediada por las motivaciones, expectativas, e intereses de los individuos.

Ahora bien, aunque la clínica se estructuró bajo un modelo de intervención el cual integrara elementos del enfoque médico, del psicológico y del social, no obstante, es importante tener en cuenta que en la práctica institucional se evidencia una intervención más de tipo cognitivo conductual donde se priorizan los cambios individuales, centrándose en el sujeto de intervención, tomando como complemento la participación de las familias en el proceso de rehabilitación, sin embargo, dicha participación se enfoca en la importancia del cambio positivo del que pueda verse beneficiado el usuario y promueva su estabilidad emocional en el proceso.

Dicho modelo de intervención se convierte en un elemento de gran importancia en los procesos de recuperación del usuario ya que permite una mirada amplia de la problemática del consumo enfocada en un proceso de rehabilitación que involucre no solo las esferas físicas y psicológicas sino también la sociofamiliar, teniendo en cuenta la fragmentación que se genera en las relaciones familiares a partir de la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva, tal como se evidencia en el siguiente fragmento.

*“(...) la familia para ellos que están en este proceso es indispensable, ya que es lo primero y lo último que ellos terminan perdiendo, si, y de hecho cuando llegan aquí a hacer proceso, ellos no llegan con apoyo familiar, o sea, el porcentaje es muy mínimo, pero, la familia es fundamental en ese proceso nuevamente de vinculación o reinserción a ellos con el tratamiento y de apoyo para lo que ellos están realizando, el proceso durante un año”. (Funcionario de la clínica)*

Así pues, desde los profesionales de la clínica la participación de las familias en el proceso potencia el vínculo afectivo, restablece la confianza y propende por la permanencia del usuario en el proceso terapéutico, tal como se evidencia a continuación.

*“El hecho de que ellos vuelvan otra vez a tener personas que confíen en ellos, por ejemplo los que ya van finalizando proceso que la mamá o el papá vuelvan a estar acá acompañándolos, que sepa que hay una garantía, de que ellos están acá haciendo un proceso de transformación de vida, pero que también de esa manera puedan volver a confiar en ellos y fortalecer como en herramientas ya dentro del proceso de convivencia”. (Funcionario de la clínica)*

De esta manera, se efectúan actividades planeadas para facilitar espacios como escuela de familias que promuevan su participación a través de reuniones, talleres y procesos de orientación familiar, todo ello encaminado a potenciar el proceso de

rehabilitación de los usuarios; espacio que no solo permite educar y promover las relaciones constantes con las familias, sino también posibilita al equipo clínico la intervención en las dinámicas familiares. De esta manera se interviene con la familia desde dos niveles: el primero es de tipo grupal, desde el cual las familias se vinculan a la escuela de familias, en donde se trabajan temas específicos de la conducta adictiva, relaciones de codependencia y temas de interés para las familias; la segunda es de tipo individual la cual se trabaja por caso familiar de cada usuario, enfocándose en las dificultades que se presentan al interior de la familia, y así fortalecerlos mediante las orientaciones que se brindan.

Además de las intervenciones individuales y grupales de las cuales se hizo referencia, la clínica facilita espacios de integración donde las familias tienen la oportunidad de participar en diferentes celebraciones de fechas especiales: día del padre, de la madre, día del niño, amor y amistad, en diciembre se realizan las novenas con las familias de los usuarios, de igual forma se hacen compartir para que se vinculen las familias; por lo que la Clínica da a conocer dichas actividades a través del contacto directo con cada familia.

La participación de la familia desde la clínica se está pensando más desde la corresponsabilidad, por lo que la vinculación de las familias tiene que ser de manera activa y participativa, pues al vincularse el usuario se establecen compromisos con la familia de manera escrita, donde se especifica la importancia de su presencia en el proceso de rehabilitación del usuario, en espacios como: talleres semanales, actividades o citas con profesionales que se requiera en el proceso, además que colaboren en la construcción de elementos de trabajo con sus familiares en conjunto con los profesionales responsables; hecho que da cuenta que el concepto de corresponsabilidad no está entendido en el marco de la relación con el síntoma, puesto que para ellos el síntoma es individual mas no familiar como se explicó anteriormente.

*“...que esa responsabilidad no sea únicamente institución-usuario, porque aquí se ven esos términos, cuando se viene a hacer un proceso de transformación de vida, entonces aquí está el usuario, el quiere venir a hacer proceso para dejar de consumir... porque esas son las palabras específicas de la familia y que nosotros nos encarguemos del resto”. (Funcionario de la clínica Psico)*

Puede decirse entonces que la mayoría de las familias tienen conocimiento de las actividades que se llevan a cabo dentro de la clínica, como espacios en los cuales pueden participar, tales como reuniones familiares (orientaciones grupales e individuales), celebraciones, integraciones, terapias de reinserción<sup>12</sup>, entre otras; sintiéndose motivadas a participar de estas actividades al sentir el apoyo constante de sus familias, compartiendo su proceso en colaboración mutua que le permite a los usuarios mayor compromiso de superación, siendo la familia una base afectiva y relacional importante que da sustento emocional como motor de cambio en las personas usuarias de la Clínica, por el hecho de aportar en el proceso terapéutico que llevan a cabo sus familiares, a fin de que éstos puedan alcanzar la rehabilitación; otros motivos que impulsan la participación de las familias son el mejoramiento de las relaciones entre los miembros de la familia y el usuario, poder adquirir conocimiento y comprensión acerca de la conducta adictiva y el manejo de ésta dentro de la familia, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que se encuentran en el proceso de rehabilitación.

En la mayoría de las familias, son las figuras parentales, específicamente las madres, quienes asisten y participan en el proceso de rehabilitación y terapéutico de sus familiares usuarios de la Clínica, sin embargo en algunos casos específicos, acuden otros familiares como hermanos, tíos y abuelos.

---

<sup>12</sup> Es el desprendimiento gradual que se le da al usuario para que comparta con sus familiares y amigos por fuera de la institución.

## AVANCE EN EL PROCESO

En este capítulo se hace una descripción de los cambios que han presentado los usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas tras el proceso de rehabilitación, a nivel familiar, comportamental, cognitivo, afectivo y a nivel social.

### **Cambios en las relaciones familiares**

Teniendo en cuenta lo encontrado en la investigación, la familia inicialmente comienza el proceso con una actitud de angustia y desconfianza, sin embargo en el transcurso del proceso van cambiando estas actitudes, en el sentido que van aceptando la situación del usuario, van adquiriendo un reconocimiento, tanto el usuario como la familia, de la problemática del consumo en la que identifican su propia responsabilidad, de este modo disminuye la relación de codependencia hacia el usuario.

*“(...) yo diría que uno como de los avances que se han tenido es que por lo menos ellos ya han hablado de la situación problemática y están más conscientes de que deben empezar a mejorar (...).”  
(Funcionario de la clínica)*

Otros de los cambios que se evidencian es la existencia de una confianza en el futuro, mayor dialogo; se tiene una mayor implementación de la norma al interior de la familia; vuelven a florecer valores como la unión, la tolerancia, el respeto entre los miembros y se fortalecen los lazos fraternales.

*“(...) el apoyo ya en el sentido de lo que va a pasar cuando salga, y la confianza hacia la persona (...).” (Funcionario de la clínica)*

Ahora bien, cuando empiezan a ver cambios comportamentales positivos en su familiar, la familia asume actitudes de apoyo, las cuales van a entrar a fortalecer la decisión del usuario de mantenerse en el tratamiento; de igual forma esto permite que las relaciones familiares se empiecen a movilizar de manera positiva.

“ha sido una actitud receptiva, de apoyo, de acompañamiento, y de mucho compromiso.” (Funcionario de la clínica).

Sin embargo, en algunas familias no se han percibido aun cambios representativos a nivel relacional.

### **Cambios a nivel conductual o comportamental**

Los cambios a nivel comportamental en los usuarios han tenido que ver con el control de impulsos, manejo de la ansiedad, de las frustraciones, de sus emociones, de la interiorización de las normas, el control de su forma de expresarse; así como también se identifica una mejor postura corporal, aceptación de sanciones, mejoría en la convivencia con el grupo en el cual se encuentran, resolución pacífica de conflictos y participación voluntaria en las diferentes actividades. Según Bleger (s.f) dichos cambios comportamentales hacen referencia al conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales) por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades:

*“A nivel conductual ha manejado más la parte de impulsividad, han aprendido a controlar la impaciencia, la intolerancia (...)” (Funcionario de la clínica).*

De igual forma, han dejado el hábito de robar, de ser agresivos, manipuladores, vuelven a manejar un adecuado horario para dormir, para bañarse, se preocupan por su presentación personal, en la forma de vestirse, cortarse el cabello, de cepillarse, se preocupan por ir al odontólogo, entre otros.

*“Ya no roban, no son tan agresivos, porque antes se les decía cualquier cosa y querían como pegarle a la persona que lo reprendía o lo hacía caer en razón.” (Funcionario de la clínica).*

Sin embargo, algunos siguen mostrándose resistentes a participar en ciertas actividades en las cuales creen que van verse expuestos en situaciones consideradas para ellos como incómodas, entre ellas el temor de hacer el “ridículo”, desconocimiento de ciertos temas, entre otros, por lo cual tienden a aislarse del grupo.

*“Él se muestra a veces resistente a participar hacia ciertas actividades en las cuales él cree que se va ver expuesto” (Funcionario de la clínica).*

## **Cambios cognitivos**

En cuanto a los cambios cognitivos los cuales refiere el documento de Parkinsons Disease Doundation (2009) son las alteraciones de las distintas capacidades mentales involucradas en el procesamiento y uso de la información como la memoria, atención, pensamiento abstracto, resolver problemas, uso del lenguaje. De esta manera se evidencia en los usuarios: agilidad mental, ya que el consumo los deteriora tanto física como psicológicamente, lo cual el proceso de rehabilitación aporta en el desarrollo de esta habilidad; toman conciencia del proceso de rehabilitación que están llevando a cabo; presentan un nivel mayor de motivación al cambio; muestran un interés por la lectura; interés en sus proyectos de vida; van teniendo claridad respecto a la afinidad que sienten por alguna o algunas carreras profesionales como forma de garantizar mejores oportunidades laborales.

*“... también a que él se proyecte nuevos proyectos gracias a su nivel cognitivo” (funcionario de la clínica)*

De esta manera, presentan una mayor comprensión de sus necesidades y prioridades, a su vez de las consecuencias de sus actos, lo que les permite potenciar más su nivel cognitivo. El hecho de que manejan de manera más asertiva sus emociones, las cuales hacen parte de los cambios cognitivos, les permite pensar antes de actuar frente a una situación determinada, reduciendo las consecuencias negativas de sus actos.

*“Desde el punto de vista cognitivo tiene una idea muy fija, más estructurada, más elaborada en cuanto al proceso de rehabilitación, de hacerlo...” (Funcionario de la clínica).*

Así pues, los usuarios tras el proceso de rehabilitación avanzan dramáticamente en la forma en que piensan, razonan; tienen mayor capacidad para resolver problemas, anticipando consecuencias, además de que consideran distintos puntos de vista para la acción; sintiéndose más ansiosos por adquirir y aplicar conocimientos nuevos tanto de sus vidas como del proceso. Estos cambios cognitivos también se ven reflejados en su vida emocional puesto que se relacionan mejor con su entorno, en cuanto a su forma de actuar y expresarse ante la sociedad. Por último tienen mayor claridad en su proyecto de vida y capacidad para realizar planes para lograr ser la persona que desea ser.

### **Cambios afectivos**

Afectividad según Pérez (2012) es la susceptibilidad que el individuo experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en el mundo exterior o interno, que constituye un proceso cambiante en la vivencias del sujeto, calidad de experiencias agradables o no. Uno de los principales cambios afectivos de los usuarios es el hecho de que cambian sus sentimientos y emociones frente a sí mismos, frente a su familia y frente al mundo, es decir, hay un reconocimiento de



su emocionalidad y un manejo diferente de su afectividad, a través de la posibilidad de manifestar sus sentimientos frente a los demás, evidenciándose una reducción de los síntomas depresivos, ansiosos e ideas negativas que los han incitado a continuar con la adicción.

*“Antes que todo ellos se valoran a sí mismos, y respetan más su cuerpo, y así expresan más a sus familias (...) (...) El por cualquier cosa se descompensaba, o agredía, ahora no él ya tiene una mejor forma de relacionarse (...).” (Funcionario de la clínica)*

De igual forma, modifican los sentimientos de odio, de culpa, aprendiendo a perdonar. Por otro lado identifican las heridas emocionales, dificultades, pérdidas, las cuales han resuelto en el transcurso del proceso.

*“(...) ha identificado todas las heridas emocionales, dificultades, y sus pérdidas, pero ya está resolviendo.” (Funcionario de la clínica)*

De todos modos algunos todavía se avergüenzan por haber estado en las condiciones que los deja la adicción a sustancias psicoactivas y continúan aislándose del grupo.

*“Se avergüenza de estar en esas condiciones, y se retira se aísla del grupo.” (Funcionario de la clínica)*

## **Cambios sociales**

Uno de los cambios que se presentan a nivel social es la aceptación que les da la sociedad, dejándolos de ver como personas consumidoras, delincuentes, las cuales le hacen daño a la sociedad; por el contrario los ven de forma diferente, otorgándoles un reconocimiento al querer cambiar su condición de consumo.

*“Sus seres queridos ya expresan una percepción diferente sobre él.” (Funcionario de la clínica)*

Por lo cual no implica un aislamiento de la sociedad sino una búsqueda de aceptación de su proceso de rehabilitación como forma de integrarse a la misma. El que las demás personas y especialmente su familia resalte en él aspectos positivos, promueve mayor autoestima y capacidad para relacionarse con los demás miembros de la sociedad; ya que antes de ingresar a la clínica la sociedad generaba exclusión en ellos, pero ahora lo acogen.

*“El reconocimiento que tiene frente al grupo como tal y que en algún momento se resalta a fuera, porque él dice que antes de ingresar acá la gente lo excluía porque llegó a estar en situación de calle y ya ahora lo ven de una manera diferente.” (Funcionario de la clínica).*

Uno de los principales cambios sociales que presentan en su mayoría los usuarios de la unidad de conducta de adictivos PSICO, es el alejamiento de su círculo de amigos, donde se daba el consumo como forma de relacionarse, impulsado por el mismo proceso de rehabilitación donde han adquirido una comprensión de su situación de consumo; propendiendo por la búsqueda de nuevas formas de relacionarse.

## CONCLUSIONES

- Con respecto a los cambios suscitados al interior de la dinámica familiar, se establece que tras la incorporación del familiar al proceso terapéutico se observa un crecimiento en las técnicas comunicativas y un mejoramiento en las relaciones familiares, a partir de un crecimiento en el nivel de confianza existente al interior de las mismas, observándose mayor comunicación familiar relacionada con la afectividad en aquellas familias que han participado de manera activa en el proceso. Frente a las características de las familias, estas en su gran mayoría pertenecen a hogares monoparentales con jefatura femenina, siendo ésta persona la encargada de ejercer la autoridad al interior del núcleo familiar; los sistemas normativos que se caracterizan por no ser claros, concisos y coherentes con la edad y particularidades de las personas que deben ceñirse a él, igualmente se evidencia ausencia de sistemas de sanciones para la transgresión de la norma.

Podemos destacar la importancia de los roles que se manejan en los hogares para la toma de decisiones, en los cuales se refleja en su gran mayoría de los que lideran tal proceso, son los padres de familia dejando en un segundo plano las opiniones que puedan tener los demás miembros de la familia, no tienen establecidos técnicas o mecanismos de comunicación que les ayuden a la participación de cada integrante del hogar.

- Cabe destacar el hecho de que la mayoría de los usuarios son bachilleres y algunos alcanzaron niveles de estudios superiores y son muy pocos los que no tienen ningún nivel de escolaridad, lo que evidencia que tener un nivel de estudio bajo no caracteriza a la a los usuarios, ya que el presente proyecto identifica a la población como personas con un nivel de estudio sobresaliente.

- La mayoría de las familias tienen conocimiento de las actividades que se llevan a cabo dentro de la clínica, como espacios en los cuales pueden participar; sin embargo son las figuras parentales, específicamente las madres, quienes asisten y participan en el proceso de rehabilitación. Hace falta más interés por parte de los demás integrantes de las familias en el proceso de rehabilitación para que los usuarios se motiven y se sientan el apoyo incondicional y que les den ánimo y refuercen su interés en las etapas del tratamiento; otros motivos que impulsan la participación de las familias son el mejoramiento de las relaciones familiares, adquirir conocimiento y comprensión acerca de la conducta adictiva y el manejo de ésta dentro de la familia y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que se encuentran en el proceso de rehabilitación.
- Los cambios conductuales son uno de los principales modificaciones que se evidencian en los usuarios de la unidad de conducta de adictivas, las cuales se materializan en la presentación personal, el control de impulsos, manejo de la ansiedad, de las frustraciones, de sus emociones, la interiorización de las normas, además de la toma de conciencia sobre el efecto de la droga y el reconocimiento sobre la importancia del proceso de rehabilitación.

Otro de los cambios que se presentan es su círculo de amigos, donde se daba el consumo, sus sentimientos y emociones frente a sí mismos, frente a su familia y frente al mundo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDÍA DE MEDELLÍN. (2006). Modulo dinámica familiar. Programa Medellín Solitaria.

ALVARADO, María Elena y otros (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Revista médica de Chile.

AMAYA Naranjo, Walter y otros (2004). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004

ARIAS Muñoz, Luz Mery y otros. 2006. Dinámicas Internas de las Familias con Jefatura Femenina y Menores de Edad en Conflicto con la Ley Penal: Características Interaccionales. Medellín.

ARNOLD MARCELO Y OSORIO FRANCISCO (S.F). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de los sistemas, departamento de Antropología, Universidad de Chile.

*BARREIRO, Gonzalo y otros (S.F). Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay.*

BLEGER, José. (S.F). Psicología De La Conducta. Capitulo II la conducta.

BRAVO, Pablo A y otros (2005). Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali

CAÑÓN Ramírez, Leidy Yohana y otros. (2010). Transformaciones en las relaciones familiares cuando el padre y o la madre migran al exterior.

CENTRO DE ESTUDIOS DE LA MUJER. (SF). Cuidadoras de la Vida, Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres.

CHAVARRÍA Vásquez, Natalia y ROBLES Garro, Karol. (2008). La influencia de los factores protectores ambientales e individuales, en el proceso de resiliencia en hombres recuperados de la adicción a sustancias psicoactivas, residentes en el cantón de San Ramón. Universidad De Costa Rica. Sede De Occidente. Departamento De Ciencias Sociales. Carrera de Trabajo Social.

CONGRESO DE COLOMBIA. (2012). Ley 1566 del 31 de julio del 2012. "por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional. Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas". Colombia.

DAZA Vargas, Germán Javier (2008). Caracterización de factores de tipo familiar y socioeconómico relacionados con conductas de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y actividad sexual en adolescentes escolarizados de Bucaramanga. Universidad de Antioquia; Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Medellín

Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) y el Ministerio de la Protección Social (MPS). (2008). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*.

DISCAPNET. (1996). El cuidador: concepto y perfil. Dirección Nacional de Estupefacientes con el Centro de Estudios e Información en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Segundo Estudio Nacional en Colombia.

DSM IV. (1994). Manual Diagnostico de los Trastornos Mentales. Trastornos relacionados con sustancias. Criterios para la dependencia de sustancias

Durkheim, Parsons y Weber (S.F). Sociología II. Enfoques y representantes: estructural funcionalismo.

ESCOBAR Serrano, María Cénide y Betancourt Maldonado, Lady Johanna (S.F). Las redes en el cuidado de los hijos(as) de padres y madres migrantes internacionales. Eje: El Cuidado y la Globalización Emocional

GALLEGO Henao, Adriana María. (S.F). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características.

GARCÍA Burgos, Raynaldo (2011). Política pública de reducción y atención del consumo de sustancias psicoactivas Municipio de El Cerrito Valle del Cauca. Alcaldía Municipal de El Cerrito

GARMENDIA, María Luisa y otros. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Universidad de Chile, Santiago de Chile. Rev Méd Chile

GOBIERNO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (2010). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia. Bogotá D.C.

GOBIERNO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (2011). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar.

GONZÁLEZ, Esperanza (1995). Participación. En: Manual sobre la participación y organización para la gestión social. Cali, Ediciones Foro Nacional por Colombia, Pag. 14-21

GONZALES, Gallego Juan (2007). La familia como un sistema, Revista paceña de medicina familiar Vol. 4, paginas 111-114, Brasil.

GUACH, Hans Carrillo (2011). Enfoques epistemológicos en algunos paradigmas de la sociología clásica

HERNÁNDEZ, Sampieri. (2008). Metodología de la investigación. Capítulo 5 Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa.

INSTITUTO DE ADICCIONES MADRID SALUD. (S.F). Normas y Limites, Guía para Familias.

LÓPEZ López, María José y otros. (S.F) Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios.

LÓPEZ obregón, Clara y otros. (2011). Política Pública para la Atención y Prevención del Consumo y la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá.

MANSILLA Izquierdo, Fernando (S.F). Codependencia y psicoterapia interpersonal. Pag 11.

MARTÍNEZ, Jorge Arturo (2005). Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundarias de Bucaramanga, Colombia

MEDINA, Arias Núbia; GRAÇAS Carvalho, María Ferrianib (2010) Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia

MILIÁN, Gerardo Yohandra, y otros. SF. Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. (2008). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Informe final.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (S.F). República de Colombia disponible en <http://colombiasgsss.wikispaces.com/REGIMEN+CONTRIBUTIVO>.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (S.F). República de Colombia. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>.



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA. (2007). Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Fundación Procrear. Bogotá D.C.

Ministerio del interior y de justicia, ministerio de la protección social y dirección nacional de estupefacientes. (2009). Estudio nacional de consumo de drogas en Colombia. Bogotá: ministerio del interior y de justicia.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2004). República de Colombia. Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia.

Ministerio de la Protección Social. *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia*, (2003).

MINUCHIN SALVADOR (1977) Familia y terapia familiar, España.

MINUCHIN SALVADOR (1986) técnicas de terapia familiar, Editorial Paidós Argentina.

MINUCHIN SALVADOR (1968). Capítulo 3 - La estructura familiar. Editorial Paidós Argentina.

MORAL Jiménez, María de la Villa y otros. (2007). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Universidad de Oviedo y Fundación Instituto de Drogodependencias Spiral.

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGA. (2006). Estudio Nacional en Población de 12 a 65 Años, Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina.

PARKINSONS DISEASE FOUNDATION. (2009). No solo un trastorno del movimiento: cambios cognitivos en la enfermedad de parkisons

PÉREZ Gervis, Robersy. (2012). Afectividad.

PONS, Diez Javier y BERJANO, Peirats Enrique. (S.F). El Consumo Abusivo de Alcohol en la Adolescencia: Un Modelo Explicativo desde la Psicología Social.

Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación. (S.F). Razón y Palabra. Disponible en [www.razonypalabra.org.mx](http://www.razonypalabra.org.mx)

Programa de Adicciones, Departamento de salud mental, Hospital Universitario de San Vicente Fundación. 2011. Familia y Comunicación en Farmacodependencia

Programa Institucional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal (2011).

Programa Rumbos. (2001). Encuesta nacional sobre consumo de SPA en jóvenes de 10 a 24 años, Colombia.

RENDÓN Balcázar, Paola Andrea (2004). Representaciones sociales respecto al consumo de sustancias psicoactivas de dos grupos de jóvenes consumidores habitantes de la ciudad de Cali. Tesis de grado, Facultad de Humanidades, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. Cali.

ROMERO Morales, Yudith Marisela (2012). Factores de Riesgo Sobre Normas y Límites en las Familias Y Adolescentes. Corporación Universitaria Minuto de Dios - Regional Soacha Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Soacha, Cundinamarca.

RUMBOS. (2001). Programa presidencial para afrontar el consumo de drogas en Colombia.

SANCHEZ Rengifo, Luz Mery (2004). Evaluación y Trazado de la estructura de la familia. Universidad del Valle. Cali-Colombia.

SCOPPETTA, Orlando, (2010). Consumo De Drogas En Colombia: Características Y Tendencias

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

URIBE, Díaz, Patricia Isabel. (2012). Aprender a ser familia. Familias monoparentales con jefatura femenina: Significados, realidades y dinámicas, capítulo 2: familias, organización y dinámicas. Universidad de la Salle, Bogotá.

URREGO Mendoza, Diana Z. (2001). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Especialidades Médicas, Bogotá

VARELA Arévalo, María Teresa y otros. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

WATZLAWICK, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. (1985). Teoría de la Comunicación humana, Interacciones patológicas y paradojas. Barcelona. Editorial Herder.

ZAVALETA Martínez, Alfonso (S.F). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud

## ANEXOS

### Entrevista familiar

¿Cómo son las relaciones entre los miembros de la familia?

¿Toda la familia conoce lo de cada uno de los miembros?

¿Existen manifestaciones de afecto entre los miembros de la familia?

¿Cómo se demuestran afecto?

¿Cómo es la comunicación entre los integrantes de la familia?

¿Cuándo se presentan dificultades como las resuelven?

¿Cuándo se presentan problemas con algunos de los miembros quienes se enteran del problema?

¿De qué temas se habla en casa?

¿De qué temas no se habla?

Momentos para dialogar

Se verbaliza emociones y sentimientos?

¿Quién toma las decisiones en el hogar?

¿Cómo se toma las decisiones en la familia?

¿Cuando alguien desea participar en laguna decisión que mecanismos se utiliza?

¿Cómo se maneja la disciplina de sus hijos?

¿Qué normas están establecidas al interior del hogar?

¿Sobre qué aspectos de la cotidianidad se establecen normas

¿Quién o quienes establecen estas normas?

¿Cómo reaccionan los miembros frente a la norma?

- ¿Qué pasa cuando no son cumplidas las normas?
- ¿Qué pasa cuando se cumplen?
- ¿Es claro para los miembros de la familia las consecuencias al incumplimiento de la norma?
- ¿Quién establece las consecuencias?
- ¿Qué funciones cumplen cada miembro?
- Que responsabilidades tiene cada uno
- ¿Cuándo hay una situación entre hermanos como se soluciona?
- ¿Cuándo hay una situación de pareja cómo se resuelve?
- ¿Qué temas se tratan exclusivamente en la pareja?
- ¿Qué temas se abordan con los hijos?
- ¿Qué actividades realiza exclusivamente en pareja, que actividades con los hijos?
- ¿Qué espacios y momentos son exclusivos de la pareja, cuales se comparten con los hijos?
- ¿Conoce las actividades que se llevan a cabo en la clínica?
- ¿Que lo motiva a participar o acompañar en el proceso de rehabilitación de su hijo en las actividades del tratamiento?
- ¿Cuáles son sus intereses en dicha participación?
- ¿A qué actividades asiste del proceso de rehabilitación?
- ¿Quiénes asisten y a que actividades?
- ¿Qué expectativas tiene con su asistencia a los espacios de intervención?
- ¿Cómo participa?

## Entrevista profesional

¿Cómo se ha pensado desde la institución el papel de la familia?

¿Qué actividades programadas responden al modelo? O ¿Qué actividades estas dirigidas a las familias?

¿Qué hace la institución para generar esos espacios o para que la familia conozca que existen esos espacios?

¿Cómo se está pensando la participación de la familia?

¿Cómo influyo la participación de las familias en el proceso?

¿Qué cambios observa usted en las relaciones familiares en el transito del proceso de intervención

¿Cómo ha sido la actitud que ha asumido la familia desde que inició el proceso?

¿Qué logros ha obtenido el paciente? (a nivel conductual, familiar, relacional y en relación con los objetivos de las diferentes etapas).

- **Objetivo:** realizar una caracterización socio-demográfica de las familias de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas PSICO.

**CONFIDENCIALIDAD:** Los datos suministrados en esta encuesta son de carácter confidencial y su uso es de carácter exclusivamente investigativo.

N° De Formulario





Fecha D



M



A





### I. Datos de identificación

N° Persona	1. Sexo <sup>13</sup>	2. Edad	3. Pertenencia étnica <sup>14</sup>	4. Escolaridad <sup>15</sup>	5. Estado civil <sup>16</sup>	6. Parentesco con el jefe del hogar <sup>17</sup>	7. Ocupación actual <sup>18</sup>	8. Tipo de colegio <sup>19</sup>	9. Religión que profesa <sup>20</sup>

### II. Vivienda

<sup>13</sup> **Sexo:** 1.Femenino; 2.Masculino

<sup>14</sup> **Pertenencia étnica:**1.Negro; 2.Afrodescendiente; 3.Indígena; 4.mestizo u otro diferente; 66.NS/NR

<sup>15</sup> **Escolaridad:** 1.Ninguno; 2.Primaria incompleta; 3.Primaria; 4.Secundaria incompleta; 5.Secundaria; 6.Técnica incompleta; 7.Técnica; 8.Tecnología incompleta; 9.Tecnología; 10.Universitaria incompleta; 11.Universitaria; 66.NS/NR

<sup>16</sup> **Estado civil:** 1.Soltero; 2.Casado; 3. Unión libre; 4.divorciado; 5.Viudo; 66.NS/NR

<sup>17</sup> **Parentesco con el jefe del hogar:** 1.Jefe del hogar; 2.Padre o madre; 3.Hijo; 4.conyugue; 5.Hermano; 6.Sobrino; 7.Abuelo; 8.Nieto; 9.Hijastro; 10.Tío; 11.Padrastro o madrastra; 12.Primo; 13.Yerno/nuera; 14.Suegro/suegra; 15.Cuñado; 16. No es familiar; 66.NS/NR

<sup>18</sup> **Ocupación actual:** 1. Estudiante; 2. Trabajador o Empleado asalariado; 3. Trabajador Informal; 4. Comerciante; 5. Rentista; 6. Jubilado o pensionado; 7. Agricultor; 8. Hacendado/Patrón/Productor; 9. Ama de casa; 10. Desempleado; 11. Otro; 66. NS/NR

<sup>19</sup> **Tipo de colegio:** 1.Privado; 2.Público; 66. NS/NR

<sup>20</sup> **Religión que profesa:** 1. Católica; 2. Protestante; 3. Ninguna; 66. NS/NR

10. Dirección de la vivienda: \_\_\_\_\_

11. Barrio: \_\_\_\_\_

12. ¿Cuál es el estrato de la vivienda, según el recibo de servicios públicos?

1. Estrato Socioeconómico Bajo (Nivel 1) \_\_\_\_\_
2. Estrato Socioeconómico Medio Bajo (Nivel 2) \_\_\_\_\_
3. Estrato Socioeconómico Medio (Nivel 3) \_\_\_\_\_
4. Estrato Socioeconómico Medio Alto (Nivel 4) \_\_\_\_\_
5. Estrato Socioeconómico Alto (Nivel 5) \_\_\_\_\_

13. ¿Cuántas personas habitan en la vivienda? \_\_\_\_\_

14. ¿Su vivienda cuenta con el servicio de abastecimiento de agua?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

14.1. Tipo: 1. Aljibe \_\_\_\_\_ 2. Acueducto \_\_\_\_\_ 3. Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

*Si su respuesta es SI continúe con la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la pregunta N°16.*

15. Calidad del Agua: 1. Potable \_\_\_\_\_ 2. No potable \_\_\_\_\_ 3. Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

16. ¿Su vivienda cuenta con Servicio Sanitario?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

17.1. Tipo: 1. Batería Sanitaria \_\_\_\_\_ 2. Letrina \_\_\_\_\_

3. Otro. \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

17. Tipo de vivienda

1	Propia pagada	
2	Propia en proceso de pago	
3	Arrendada	
4	Familiar	
5	Invadida	
6	Hipotecada	
7	Otra ¿Cuál?	
	NS/NR	

18. Incluidos la sala y el comedor, ¿Cuántos cuartos en total tiene su hogar?

(NO cuente cocina ni baños) \_\_\_\_\_

19. ¿Cuántos de esos cuartos se usan para dormir?

\_\_\_\_\_

20. ¿Cuántos duermen en cada cuarto?

1. 1 persona \_\_\_\_\_
2. 2 personas \_\_\_\_\_
3. 3 personas \_\_\_\_\_
4. 4 personas \_\_\_\_\_
5. Más de 4 personas \_\_\_\_\_

21. ¿Su vivienda cuenta con Servicio de manejo de excretas y aguas residuales?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

21.1. Tipo: 1. Alcantarillado \_\_\_\_\_ 2. Poso Séptico \_\_\_\_\_

3. Vertimiento en corrientes de agua \_\_\_\_\_ 4. Otro. \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

22. ¿Su vivienda cuenta con Servicio de manejo de Electricidad?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

22.1. Tipo: 1. Formalizado \_\_\_\_\_ 2. No Formalizado \_\_\_\_\_ 3. Otro. \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

23. ¿Su vivienda cuenta con servicio de gas?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

23.1. Tipo: 1. Cilindro \_\_\_\_\_ 2. Domiciliario \_\_\_\_\_

3. Otro. \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

24. ¿Su vivienda cuenta con servicio de telefonía?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

27.1. Tipo: 1. Fijo \_\_\_\_\_ 2. Móvil \_\_\_\_\_ 3. Comunitario \_\_\_\_\_

4. Otro. \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

25. ¿Su vivienda cuenta con Servicio de Parabólica?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

25.1. Tipo: 1. Satelital \_\_\_\_\_ 2. Cable \_\_\_\_\_ 3. Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

99. N.A \_\_\_\_\_

26. ¿Su vivienda cuenta con Servicio de eliminación de basuras?

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

26.1. Tipo: 1. Recolección \_\_\_\_\_ 2. Quema \_\_\_\_\_ 3. Entierra \_\_\_\_\_

4. Tira al patio \_\_\_\_\_ 5. Tira al río \_\_\_\_\_ 6. Otro. \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

### III. RECREACIÓN



<p><b>27. ¿Su barrio cuenta con espacios para la recreación y deporte?</b>  1. SI ___ 2. NO ___ 3. NS/NR ___</p> <p><i>Si su respuesta es SI conteste la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la pregunta N° 29</i></p> <p><b>28. ¿Qué espacios para la recreación y el deporte existen en su barrio?</b>  1. Cancha de futbol ___  2. Coliseo ___  3. Cancha de Baloncesto ___  4. Cancha de Tejo ___  5. Piscina ___  6. Estadio ___  7. Gimnasio ___  8. Otro. ___ ¿Cuál? _____  99. N.A. ___</p> <p><b>29. ¿Cuál es la principal actividad deportiva que usted practica?</b>  1. Futbol ___ 2. Baloncesto ___ 3. Microfutbol ___  4. Atletismo ___ 5. Natación ___ 6. Ninguna ___  7. Otro ___ ¿Cuál? _____</p> <p><i>Si su respuesta es SI conteste la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la pregunta N° 31.</i></p>	<p><b>30. ¿Con qué frecuencia realiza actividad deportiva?</b>  1. Una vez a la semana ___ 2. Dos veces a la semana ___  3. Tres veces a la semana ___ 4. Cuatro veces a la semana ___  5. Cinco veces o más ___ 6. N.A. ___</p> <p><b>31. ¿Cuál es la principal actividad que usted realiza en sus tiempos libres?</b>  1. Juegos de mesa ___ 2. Escuchar música ___  3. Ver T.V ___ 4. Bailar ___ 5. Hacer deporte ___  6. Visitar amigos y familiares ___ 7. Dormir ___  8. actividades religiosas ___  9. Actividades grupales y/o comunitarias ___  10. Otra ___ ¿Cuál? _____  11. NS/NR ___</p> <p><b>31.1. ¿Con quién comparte estos espacios?</b>  1. Toda la familia ___  2. Hijos ___  3. Pareja ___  4. Amigos ___  5. Con familiares y amigos ___  6. Con nadie ___  7. Otro. ¿Cuál? _____</p>
---	--

IV. SALUD	
<p><b>32. ¿Tiene acceso actualmente a servicios de salud?</b>  1. Si ___  2. No ___</p> <p><i>Si la respuesta es afirmativa continúe, de lo contrario pase a la pregunta 34.</i></p> <p><b>33. ¿A qué régimen pertenece?</b>  1. Régimen Subsidiado ___  2. Régimen Contributivo ___  99. N.A. ___</p> <p><b>34. ¿Actualmente presenta usted alguna enfermedad que le impida desarrollar adecuadamente su vida diaria?</b>  1. SI ___ ¿Cuál? _____  2. NO ___</p> <p><i>Si la respuesta es afirmativa continúe. De lo contrario pase a la pregunta 36.</i></p>	<p><b>35. ¿Recibe tratamiento?</b>  1. SI ___  2. NO ___  3. NR/NR ___  99. N.A. ___</p> <p><b>36. ¿En su familia hay personas con algún tipo de discapacidad?</b>  1. Si ___  2. No ___  3. NS/NR ___</p>

## V. ECONOMÍA

### 37. ¿Cuántos miembros de la familia aportan ingresos para el sostenimiento del hogar?

1. Uno \_\_\_\_\_
2. Dos \_\_\_\_\_
3. Tres \_\_\_\_\_
4. Más de tres \_\_\_\_\_
5. Ninguno \_\_\_\_\_
6. NS/NR \_\_\_\_\_

### 38. ¿Qué miembros de su familia aportan ingresos económicos?

1. Padre \_\_\_\_\_
2. Madre \_\_\_\_\_
3. Ambos Padres \_\_\_\_\_
4. Hijos \_\_\_\_\_
5. Familia Extensa \_\_\_\_\_
6. Otro \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
99. N.A \_\_\_\_\_

### 39. ¿Cuál es la actividad económica de la cual dependen la mayor parte de los ingresos mensuales del hogar?

1. Agropecuario (Agricultura, ganadería, pesca, silvicultura) \_\_\_\_\_
2. Minería (extracción de arena, cal, etc.) \_\_\_\_\_
3. Industria Manufacturera (productos alimenticios, textiles, papel, químicos) \_\_\_\_\_
4. Construcción \_\_\_\_\_
5. Comercio \_\_\_\_\_
6. Transporte \_\_\_\_\_
7. Empleado \_\_\_\_\_

8. Servicios comunales y sociales (administración pública, educación, medicina, profesionales) \_\_\_\_\_
9. Oficios Domésticos \_\_\_\_\_
10. Sector informal \_\_\_\_\_
11. Rentas y alquileres \_\_\_\_\_
12. Pensión \_\_\_\_\_
13. Subsidios \_\_\_\_\_
14. Remesas del extranjero \_\_\_\_\_
15. Otra \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### 40. ¿Cuál es el ingreso promedio mensual del hogar?

1. Menos de 1SMLV (Menos de \$535.600) \_\_\_\_\_
2. 1SMLV (\$535.600) \_\_\_\_\_
3. Más de 1 SMLV y menos de 2 SMLV (535.601 y 1.070.119) \_\_\_\_\_
4. 2SMLV (1.070.120) \_\_\_\_\_
5. Más de 2 SMLV y menos de 3 SMLV (1.070.119) y 1.605.179) \_\_\_\_\_
6. 3 SMLV y mas ( 1.605.180 y más) \_\_\_\_\_
7. NS/NR \_\_\_\_\_

### 41. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mayores gastos para la familia?

1. Vivienda \_\_\_\_\_
2. Alimentación \_\_\_\_\_
3. Salud \_\_\_\_\_
4. Educación \_\_\_\_\_
5. Recreación \_\_\_\_\_
6. Deudas y créditos \_\_\_\_\_
7. Otro. \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## VI- ORGANIZACIÓN SOCIAL Y POLÍTICA

### 42. ¿Participa de algún grupo u organización social?

1. Si \_\_\_\_\_
2. No \_\_\_\_\_
3. NS/NR \_\_\_\_\_

### 43. ¿Señale las principales causas por las cuales no participa en este tipo de actividades colectivas?

1. Falta de tiempo \_\_\_\_\_
2. Falta de interés \_\_\_\_\_
3. No le han invitado \_\_\_\_\_
4. Otra. \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 99.N.A \_\_\_\_\_

### 44. ¿De qué naturaleza es el grupo u organización en la que participa?

1. Salud	6. Cultural	
2. Religión	7. Étnica	
3. Recreativa-deportiva	8. Comunitaria	
4. Política	9. Cívica	
5. Educativa	10. Ambiental	
11. Otra.	¿Cuál? _____	
99. N.A		