



**PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

**FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES DE LOS RESIDENTES
DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE COLOMBIA, SEDE CHÍA-
CUNDINAMARCA, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014.**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TITULO DE:
TRABAJADOR (A) SOCIAL
MODALIDAD: PASANTIAS**

**PRESENTADO POR: MARBE LUZ MARTINEZ HERNANDEZ
SARA SOFIA PINEDA CAMACHO**

**PROFESOR (A) SEMINARIO TRABAJO DE GRADO II: CLAUDIA USAQUEN
LANCHEROS**

**BOGOTÀ D.C.
(24, NOVIEMBRE, 2015)**

RESUMEN

FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES DE LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE COLOMBIA, SEDE CHÍA-CUNDINAMARCA, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014.

**AUTORES: SARASOFIA PINEDA CAMACHO
MARBE LUZ MARTINEZ HERNANDEZ**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las habilidades sociales mejorando las relaciones interpersonales con los pares y familiares como factor protector, de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL), sede Chía durante el segundo semestre del año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la comunicación asertiva en el contexto del fortalecimiento de las relaciones interpersonales como factor protector frente a la reincidencia en el consumo de sustancias psicoactivas de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL).
- Propiciar formas alternativas de resolución de conflictos como medio para disminuirlos en las relaciones interpersonales de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL).
- Orientar la construcción del proyecto de vida a nivel individual y familiar de los residentes, como parte del proceso de tratamiento que lleva a cabo la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL).

Palabras claves: Trabajo social, proceso, Intervención, grupo, comunidad.

El presente es un informe de la pasantía realizada como modalidad de trabajo de grado para obtener el título de Trabajador Social, durante el segundo semestre de 2014 en la Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía- Cundinamarca en el programa Adulto-Mixto (modalidad Internado). Ésta pasantía tuvo como eje central fortalecer las habilidades sociales en torno a mejorar las relaciones interpersonales con los pares y familiares como factor protector, de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL), sede Chía durante el segundo semestre del año 2014, bajo la modalidad de grupo.

Dentro de los sustentos teóricos se encuentra el diagnóstico realizado bajo los postulados de los autores María José Aguilar y Ezequiel Ander-Egg; el área de intervención socio familiar; el enfoque sistémico, orientado por Ángela María Quintero, y el modelo Psico-socio-educativo propio de la Comunidad Terapéutica Amigoniana de los Terciarios Capuchinos la cual rige a la comunidad terapéutica de Colombia. El proceso metodológico se basó en los autores Tomas Fernández y Antonio López en su libro trabajo social con grupo quienes estructuraban al grupo en diferentes fases de desarrollo.

El accionar de las Trabajadoras Sociales en formación permitió abordar y fortalecer la comunicación asertiva, formas alternativas para la resolución de conflictos, creación y/o orientación proyectó de vida entre otras, esto a su vez permitió hacer un análisis reflexivo desde trabajo social el cual expone la importancia de fortalecer las capacidades de la persona para su propio desarrollo, abarcándola desde sus diferentes ámbitos: individual, familiar y social, aportando al proceso de tratamiento de los residentes de COTECOL sede Chía-Cundinamarca.

Keywords: Social work, process, intervention, group, community

This is a report of internship as a modality of graduate work for the title of social worker, During the second semester of 2014 in the therapeutic community of Colombia, headquarter Chia - Cundinamarca in the adult-mixed program (internship modality).

This internship was as central axis strengthen social skills around improving interpersonal relationships with Peers and family as a protective factor, residents of the therapeutic community of Colombia (COTECOL), Chia headquarter During the second half of 2014 under modality of group.

Within the theoretical underpinnings Made under the assumptions of the authors María José Aguilar and Ezequiel Ander-Egg; the area of socio-family intervention; systemic approach, guided by Ángela María Quintero, and Psycho - socio educational, own model of the therapeutic community of the capuchin tertiary amigonian which governs the therapeutic community of Colombia. The methodology was based no the authors Tomas Fernández and Antonio López in their book social work with group. Who structured the group in the different stages of development.

The actions of the social workers in formation allowed tackle and develop thematics such as: Assertive communication, alternative conflict resolution, creation and /or orientation to a life project among others, this at the same time allowed to an reflexive analysis from social work which exposes the importance of strengthening the capacities of their own development, covering from different areas: individual, family and society.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme otorgado una familia maravillosa quienes han creído en mí siempre y por ofrecerme día a día su aliento de vida y permitirme disfrutar de todas las cosas maravillosas que ofrece en este mundo.

A mi madre ADELA por ser mi motor de vida y ejemplo de mujer.

A mi esposo JOSE, por su esfuerzo, paciencia, entrega y por creer en mí, por brindarme su apoyo incondicional que me impulsa a salir adelante como persona, mujer y profesional lleno de amor y agradecimiento.

A mis docentes por esa constante dedicación, comprensión y motivación, esta gratitud es para cada uno de ustedes por impulsar el desarrollo de esta formación profesional y fortalecer esa humanidad en cada uno de nosotros.

A mis compañeras que sin esperar nada a cambio me brindaron amistad, conocimientos y sus historias de vidas como ejemplo de esfuerzo y dedicación, a cada uno de ellas miles de gracias.

MARBE LUZ MARTINEZ HERNANDEZ

A la vida por todo lo que me ha dado, por darme la oportunidad de lograr lo que me propongo y permitirme alcanzar los objetivos que me he propuesto.

A mi padre José Mario Pineda Bernal por tanto esfuerzo y dedicación hacia mí, por darme día a día lo mejor de él y formarme como persona.

A mi Madre Olga Lucia Camacho Ramírez por lo que ha hecho por mí.

A mis demás familiares por el apoyo brindado.

A mis compañeros y a su vez amigos Karen Poveda, Jessica Roa y Emilio Gómez por haber estado a mi lado durante mi formación académica y por tantos momentos juntos.

SARA SOFÍA PINEDA CAMACHO

TABLA DE CONTENIDO	pág.
INTRODUCCIÓN	25
JUSTIFICACIÓN	28
1. OBJETIVOS.....	31
1.1 OBJETIVO GENERAL	31
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
2. CONTEXTO DEL PROBLEMA DE INTERVENCIÓN.....	32
2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	33
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	70
4. CONTEXTO NORMATIVO.....	76
5. CONTEXTO TEORICO-CONCEPTUAL.....	91
6. ÁREA DE INTERVENCIÓN.....	103
6.1 MÉTODO DE INTERVENCIÓN.	105
6.2 ENFOQUE Y MODELO	108
7. RESULTADOS DEL PROCESO	112
PROGRAMACIÓN	112
RESULTADOS	112
CONCLUSIONES.....	119
RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXOS	135

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Edades de los residentes	28
TABLA 2. Sexo o Género de los Residentes.....	29
TABLA 3. Lugar de nacimiento.....	30
TABLA 4. Lugar de Procedencia.....	31
TABLA 5. Estratos socio Económico	32
TABLA 6. Tipología familiar.....	33
TABLA 7. Número de hermanos	34
TABLA 8. Relación Familiar.....	35
TABLA 9. Apoyo familiar.....	36
TABLA 10. Problemas familiares	37
TABLA 11. Maltrato familiar.....	38
TABLA 12. Tipo de maltrato	39
TABLA 13. Valores en la Familia	40

TABLA 14. Tenencia de Vivienda.....	41
TABLA 15. Habitaciones por Familia.....	42
TABLA 16. Personas por Habitación	43
TABLA 17. Grado de Escolaridad	44
TABLA 18. Deserción Escolar.....	44
TABLA 19. Motivo de la Deserción Escolar.....	45
TABLA 20. Régimen de Salud.....	46
TABLA 21. Valoración Médica Ultimo Año	47
TABLA 22. Calidad del servicio.....	48
TABLA 23. Consumo de Alcohol.....	48
TABLA 24. Consumo de SPA	49
TABLA 25. Inicio consumo de spa.....	50
TABLA 26. Motivo primer consumo.....	52
TABLA 27 Sustancias Consumidas.....	53
TABLA 28. Compañías en el consumo	56

TABLA 29. Tiempo que lleva en el proceso	58
TABLA 30. Temas de Importantes	58
TABLA 31. Temáticas de interés a trabajar	60
TABLA 32. Apoyo familiar en el proceso de tratamiento	61
TABLA 33. Otros procesos de tratamiento	62
TABLA 34. Planes al finalizar el proceso	62
TABLA 3. Contexto Normativo – Marco Legal	70

LISTA DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACION 1. Propuesta pedagógica Amigoniana	68
ILUSTRACION 2. Programas Ofrecidos por COTECOL	69
ILUSTRACION 3. Taller mi Proyecto de vida.....	110

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO 1: Edades de los residentes.....	28
GRAFICO2: Genero de los residentes.....	29
GRAFICO 3: lugar de nacimiento.....	30
GRAFICO 4: Lugar de procedencia.....	31
GRAFICO 5: Estrato socio económico de los residentes	32
GRAFICO 6: Tipología familiar de los residentes.....	33
GRAFICO 7: Numero de hermanos de los residentes.....	34
GRAFICO 8: Relación familiares.....	35
GRAFICO 9: Apoyo familiar.....	36
GRAFICO 10: Problemas presentes en la familia.....	37
GRAFICO 11: Maltrato Familiar	38
GRAFICO 12: Tipos de maltrato.....	39
GRAFICO 13: Valores sobresalientes en la familia.....	40
GRAFICO 14: Tenencia de Vivienda.....	41
GRAFICO 15: Habitaciones por Familia.....	42
GRAFICO 16: Personas por Habitación.....	43
GRAFICO 17: Grado de Escolaridad.....	44
GRAFICO 18: Deserción Escolar.....	44
GRAFICO 19: Motivo de la deserción escolar.....	46
GRAFICO 20: Régimen de Salud.....	46
GRAFICO 21: Valoración Médica Los Últimos Años.....	47

GRAFICO 22: Calidad del servicio Médico.....	48
GRAFICO 23: Consumo de Alcohol... ..	48
GRAFICO 24: Consumo de SPA.....	49
GRAFICO 25: Inicio del consumo de SPA.....	51
GRAFICO 26: Motivo del primer consumo de SPA.....	52
GRAFICO 27: Sustancias Consumidas.....	54
GRAFICO 28: Compañía del primer consumo.....	57
GRAFICO 29: Tiempo que lleva en el proceso... ..	58
GRAFICO 30: Temas de importancia en el Proceso... ..	59
GRAFICO 31: temáticas de Interés para trabajar.....	61
GRAFICO 32: Apoyo familiar en el proceso de Tratamiento.....	61
GRAFICO 33: otros procesos de tratamientos.....	52
GRAFICO 34: planes al finalizar el proceso.....	63

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Formato de asistencia	128
ANEXO B. Instrumento de Caracterización.....	129
ANEXO C. Formato Diario de Campo.....	134
ANEXO D. Formato Plan de Trabajo para la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL).....	135
ANEXO E. Cartilla Para el Fortalecimiento de habilidades sociales de Personas pertenecientes a Comunidades terapéuticas.....	136
ANEXO F. Resultados del Proceso-Programaciones de Sesiones.....	148

GLOSARIO

Acaparar: apropiarse u obtener en todo o en gran parte de un género de cosas¹.

Acción: comportamiento intencional que busca lograr un objetivo².

Adaptación: “Estado o proceso de integración de un individuo, grupo o comunidad a un medio determinado. Como resultado de un contacto directo con el mismo, por el cual adquiere la actitud para vivir en ese medio, ya se trate el ambiente físico o sociocultural”³.

Comunidad: Subgrupo con una serie de características e intereses en común.

Conflicto: Situación que involucra una situación problema entre dos partes o más, contraposición de intereses, valores y pensamientos que generan posiciones disímiles.

Contexto: Situación en que se encuentran el emisor y el receptor durante el proceso de comunicación y que permiten, en ocasiones, entender correctamente el mensaje⁴.

Eficacia: Capacidad para obrar o para conseguir un resultado determinado⁵

Evaluación: Operación sistemática llevada a cabo en un proceso de intervención profesional, con el fin de conocer los logros obtenidos.

¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA RAE, [en línea] [25 de Octubre del 2015] Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>,

² Diccionario de Trabajo Social [en línea] [25 de Octubre del 2015] Disponible en: <http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com.co/>, [25 de Octubre del 2015]

³ *Ibíd.*, p.1

⁴ *Ibíd.*, p.3

⁵ Diccionario de Trabajo Social, [en línea] [25 de Octubre del 2015] Disponible en: <http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com.co/>,

Factibilidad: referente a algo puede ser realizable.

Grupo: conjunto de personas que forman una unidad social, consiste en un número de individuos que tienen conciencia definida de su relación de “estatus” y de roles entre si y que posee un conjunto de valores y normas propias, mediante las cuales se regula la conducta de los miembros individuales en materias que son de incumbencia para todos⁶.

Inferir: Sacar una consecuencia o deducir algo de otra cosa⁷.

Influencia: Acción y efecto de influir⁸.

Metodología: “Disciplina o rama de la ciencia que se ocupa del estudio de los métodos y de sus interrelaciones para el estudio científico de la realidad, proceso de reflexión y acción al reunir, en el mismo movimiento, el significado, la finalidad, los valores, lo objetivos, los principios, los métodos, los enfoques y las técnicas; es la manera como se elabora o desarrolla un proceso de intervención. Es una posición científica, pero que se ubica necesariamente en una visión teórica y en una opción ideológica y a través de ella el hombre encuentra su capacidad de moldear una posible solución para la historia y sus acontecimientos”⁹.

Necesidad: carencia, ausencia de algo útil o necesario para el desarrollo integral del ser humano.

Optimo: hace referencia a algo sumamente bueno.

⁶ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA RAE, [en línea] [25 de Octubre del 2015] Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>,

⁷ Ibid,p8

⁸ Ibid.; p.10.

⁹ Montoya. G, Zapata. C y Cardona. B 2002:95, Diccionario de Trabajo Social, [en línea] [25 de Octubre del 2015] Disponible en: <http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com.co/>,

Precario: referente a poca estabilidad o duración¹⁰.

Percepción: Acción y efecto de percibir¹¹.

Profesión: actividad u oficio al que se dedica una persona, siendo necesaria una previa formación en cierto campo a desarrollar. Persona dedicada de modo principal y habitual, a una labor que le sirve como medio de vida y forma de realización personal.

Trabajo Social: Profesión que propende por los principios de los derechos humanos y la justicia social, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, se interesa en la resolución de problemas sociales, relaciones humanas, el cambio social, y en la autonomía de las personas¹².

¹⁰ Ibíd., p15.

¹¹ Ibíd., p.18.

¹² Montoya. G, Zapata. C y Cardona. B 2002:95, Diccionario de Trabajo Social, [en línea] [25 de Octubre del 2015]
Disponible en: <http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com.co/>,

SIGLAS

SPA: Sustancias Psicoactivas

COTECOL: Comunidad Terapéutica de Colombia

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

HHSS: Habilidades Sociales

IPS: Instituto Prestador de Salud

ONG: Organización no Gubernamental

WFTC: Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas

FLACT: Federación Latino Americana de Comunidades Terapéuticas

FECOT: Corporación Colombiana de Comunidades Terapéuticas

CEIS: Centro Italiano de Solidaridades

IDIPRON: Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud.

CAD: Centro de Atención en Drogadicción

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN

El trabajo social desarrolla acciones de carácter socioeducativo en el ámbito de las relaciones sociales¹³, promoviendo el fortalecimiento de las capacidades de las personas para su propio desarrollo; dentro de las comunidades terapéuticas el trabajador social debe llevar a cabo procesos de intervención desde un rol socioeducativo, esto con el fin de fortalecer capacidades y habilidades de los individuos con problemáticas de adicciones vinculadas a instituciones prestadoras de servicios de tratamiento.

La intervención se dirigió hacia el fortalecimiento de las habilidades sociales de los residentes de la comunidad terapéutica de Colombia (COTECOL), sede Chía- Cundinamarca, llevado a cabo durante el segundo semestre del año 2014, con una población de 28 personas suscritas en el programa de internado dentro del proceso de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Desde trabajo social se intervino con el fin de promover el desarrollo de los individuos, apoyando el proceso de tratamiento donde se abarca al ser humano desde su ámbito individual, familiar y social.

Este proceso de intervención permitió a las profesionales en formación fortalecer capacidades a nivel personal y profesional, llevando a la práctica conocimientos adquiridos durante su formación como trabajadoras sociales, así mismo teniendo como base en todo el proceso grupal los postulados de Tomas Fernández y Antonio López, y a su vez haciendo una relación teoría práctica.

El informe presentado a continuación se encuentra estructurado en VII apartes, inicialmente el primer apartado presentan los objetivos generales y específicos que direccionaron dicho proceso; el segundo aparte ubica el contexto del problema, la caracterización de la población objeto, identificando las principales

¹³ TEXTO PRELIMINAR PARA EL WORKSHOP SOBRE LA DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (FITS), consejo federal de servicio social cfes, rio de janeiro, 2011, [En línea]{Disponibile en}www.cfess.org.br/arquivos/nova_definicao_ss_fits_esp.pdf,[Disponibile en: el 16 de septiembre del 2015}.

características y necesidades de la población donde se evidencio la problemática a intervenir, posterior a esto en el tercer aparte se abarca lo referente al contexto institucional (tipo de organización, historia, visión, misión, objetivos etc.), convenios de la Comunidad Terapéutica de Colombia con diversas instituciones como la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Posterior a la contextualización se encuentra el apartado IV conformado por el contexto normativo que soporta la intervención en el tratamiento de adicciones, yendo desde lo macro a nivel internacional, hasta lo micro a nivel nacional y departamental, los diferentes mandatos como la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, la Constitución Política de Colombia, siendo éstos el marco legal que sustentan el derecho a la salud dentro del cual se encuentran inmersos la prestación servicios de tratamiento por consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), la atención integral y el funcionamiento de las instituciones que ofrecen tratamientos a personas consumidoras de SPA, así como los derechos de las personas con adicciones que estén inmersas en procesos de tratamiento de adicciones, dando la base para el funcionamiento de COTECOL y la intervención de los diferentes profesionales.

La relación teoría-práctica se encuentra en el apartado V éste da el sustento teórico y direcciona las acciones de la intervención, comprende el marco teórico conceptual abarcando las diversas temáticas trabajadas durante el proceso (habilidades sociales, comunicación, proyecto de vida, resolución de conflictos, empatía, asertividad, comunicación, dinámica familiar); seguido se encuentra el aparte VI en el cual describe el área de intervención; donde está ubicado el proceso, los objetivos y el accionar de trabajo social dentro de los programas ofrecidos por COTECOL, a su vez se describe la metodología planteada por Tomas Fernández y Antonio López, el enfoque sistémico y el modelo psico-socio-educativo los cuales direccionaron las acciones de las profesionales en formación durante el desarrollo del proceso.

Por último en el apartado VII se presentan los resultados del proceso de la intervención de las trabajadoras sociales en formación en COTECOL sede Chía-Cundinamarca, describiendo la intervención, técnicas y herramientas utilizadas para el desarrollo de los objetivos propuestos, las sesión realizadas y los resultados obtenidos en éstas, posterior a esto se realizara un análisis de las acciones llevadas a cabo, los logros obtenidos, haciendo una relación entre la teoría, la práctica y lo evidenciado por las trabajadoras sociales en formación, así mismo se expondrán las dificultades presentadas, así mismo se expondrán los productos obtenidos (formato de caracterización, caracterización de la población, listas de asistencia y cartilla) durante el proceso de intervención. Posterior a esto se expondrán las conclusiones que serán abordadas a nivel individual e institucional seguida de las recomendaciones de forma constructiva las cuales están dirigidas a la academia y a la institución todo esto seguido de los respectivos anexos los cuales soportaran la legitimidad de los productos, para finalizar se encontraran los anexos y la bibliografía que se utilizó para la realización y sustentación del informe.

JUSTIFICACIÓN

La intervención realizada por las trabajadoras sociales en formación dentro de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) sede Chía-Cundinamarca, fue importante en la medida en que contribuyó al fortalecimiento de habilidades desde el área socio familiar en la que se encuentra inmerso el trabajo social en la Comunidad Terapéutica de Colombia, la cual permite el tratamiento con los residentes, mediante diversas acciones tendientes a brindar un proceso integral; la relevancia de la intervención se evidencia en los resultados, para esto fue necesario identificar las necesidades de la población mediante un instrumento de caracterización aplicado a la población residente, los resultados evidenciaron problemáticas a nivel individual y familiar, relacionadas con debilidades en las habilidades sociales (HHSS).

La comunicación, la empatía, la expresión de sentimientos, con sus familiares y pares fueron algunas de las debilidades manifestadas, razón por la cual se evidenció en la caracterización de la población y de sus necesidades la importancia del fortalecimiento de las HHSS de los residentes, al igual que la necesidad de trabajar éstas para la construcción del proyecto de vida de los mismos dando respuesta a los lineamientos del modelo psico-socio-educativo planteado por los Terciarios Capuchinos el cual busca direccionar desde un carácter teórico práctico, dando puntos de referencia para la actuación¹⁴ en donde se abarque de forma integral a la persona inmersa en el tratamiento, direccionado a “favorecer todos los recursos que requiera el usuario para llevar a término su tratamiento iniciando por la desintoxicación, el aprendizaje y

¹⁴ De Subiría, J. Modelos pedagógicos contemporáneos. Bogotá, Colombia: Magisterio. , [En línea] [22 de agosto del 2015] disponible en: <http://www.institutomerani.edu.co/publicaciones/articulos/que-modelo-pedagogico-subyace.pdf>

entrenamiento en habilidades, la reconstrucción o dignificación de su proyecto de vida, la recomposición de su estructura familiar”¹⁵.

La intervención dirigida al fortalecimiento de las HHSS desde el área socio familiar fue pertinente en la medida en que aporó a las necesidades identificadas por los profesionales en formación, contribuyendo en el proceso de tratamiento dado por la institución bajo el modelo psico-socio-educativo, el interés institucional recae en el compromiso que tiene ésta con la comunidad, de restituir la dignidad biopsicosocial de las personas con problemas de adicciones, mediante la intervención psico-socio-educativa, que a su vez responde a la política de calidad de la institución la cual apunta a contar con profesionales calificados, con el fin de prestar un servicio integral que abarque los diferentes ámbitos necesarios para el tratamiento de consumo de SPA, razón por la cual el apoyo del área de Trabajo Social fue significativo en los procesos que se prestan, con el fin de ofrecer a los residentes un proceso en el cual se abarque el ámbito individual familiar y social importantes de la persona, en este caso el ámbito socio-familiar teniendo en cuenta la importancia que tiene la familia en el proceso de tratamiento y el déficit de los residentes en la puesta en marcha de las HHSS

Respecto a los intereses educativos de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, se evidencia la importancia de la intervención en estos espacios puesto que permite el establecimiento de diversos convenios con instituciones prestadoras de tratamientos para personas consumidoras de SPA, apoyando el desarrollo de acciones en el área de intervención de rehabilitación y a su vez el crecimiento de las profesionales en formación puesto que permitió

¹⁵ ORTEGA, Alberto. COMUNIDAD TERAPEUTICA AMIGONIANA: UNA PROPUESTA DE CARÁCTER PSICO- SOCIO- EDUCATIVO PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ADICCIONES, Congreso Internacional de Pedagogía Amigoniana, Fundación Universitaria Luis Amigó.,[En línea} [18 de septiembre del 2015] disponible en: www.terciarioscapuchinossanjose.org/documentos/publicaciones/LibroPalbertortega1.pdf.

llevar a la práctica, el conocimiento teórico que brinda la academia, a su vez permitió desarrollar competencias comunicativas y habilidades.

Los logros de la intervención de las profesionales se evidenciaran en los resultados del proceso, éstos se evaluaron con los beneficiarios directos, es decir las personas residentes; ésta evaluación fue realizada de forma transversal a la intervención (evaluación al final de cada sesión), y una vez finalizada la intervención; las evaluaciones reflexivas buscaron realizar una articulación entre la teoría y la práctica, en la cual los resultados reflejaran la relevancia de la intervención para los residentes y para la Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía- Cundinamarca, la importancia que tuvo el fortalecimiento de las habilidades sociales para el mejoramiento de las relaciones familiares, tomando a la familia como factor protector frente al consumo de sustancias psicoactivas, entendiendo la necesidad de abarcar al residente desde diversos ámbitos durante el desarrollo del proceso. Para finalizar, se dan las conclusiones resaltando elementos importantes evidenciados durante todo el proceso de pasantía; la trascendencia de la familia en el proceso de tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas, la importancia de la resolución de conflictos en las relaciones interpersonales El rol que asume el trabajador social en instituciones prestadoras de servicios de tratamiento; el accionar de dicho profesional con población consumidora de SPA, esto entre otros elementos significativos, lo anterior con el fin de conocer los aportes de la intervención.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las habilidades sociales mejorando las relaciones interpersonales con los pares y familiares como factor protector, de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL), sede Chía durante el segundo semestre del año 2014.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la comunicación asertiva en el contexto del fortalecimiento de las relaciones interpersonales como factor protector frente a la reincidencia en el consumo de sustancias psicoactivas de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL).
- Propiciar formas alternativas de resolución de conflictos como medio para disminuirlos en las relaciones interpersonales de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL).
- Orientar la construcción del proyecto de vida a nivel individual y familiar de los residentes, como parte del proceso de tratamiento que lleva a cabo la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL).

2. CONTEXTO DEL PROBLEMA DE INTERVENCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) según la Organización Mundial de la Salud¹⁶ es la acción en la cual una persona ingiere una sustancia natural o sintética, causando alteraciones en el sistema nervioso; el consumo repetitivo puede traer consigo dependencia a éstas sustancias, ésta situación puede traer consigo consecuencias en la salud por la frecuencia del consumo y el aumento en la cantidad de la sustancia, lo cual a su vez afecta la vida de la persona.

El consumo de SPA es uno de los problemas más relevantes en la sociedad actual, puesto que trae consigo daños en la salud de la persona consumidora de SPA, aumento en la demanda de servicios de salud y tratamiento de consumo de SPA, altos índices de incapacidad social y laboral, situaciones delictivas, propagación de enfermedades (VIH y hepatitis B) y a la degradación de estructuras sociales fundamentales¹⁷.

Las diversas causas de esta problemática pueden estar relacionadas con factores familiares, factores biológicos (relacionados con la etapa de la adolescencia y juventud), factores sociales entre otros. El informe mundial sobre las drogas 2015 estima que alrededor 246 millones de personas en edades de los 15 y 64 años consumieron alguna sustancia psicoactiva, el informe muestra que al menos 27 millones de personas a nivel mundial son consumidores problemáticos de droga¹⁸.

En Colombia según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el 2013, alrededor de 838.991 personas entre los 12

¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, [En línea] {01 de Abril del 2015}. Disponible en: <http://www.who.int/es/>,

¹⁷ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, dirección de salud pública, Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas,[En línea] ,[16 de abril del 2015]. {Disponible en} <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Consumo%20de%20Psicoactivos.pdf>

¹⁸ OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC), INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS, RESUMEN EJECUTIVO 2015), [En línea] [05 de septiembre del 2015]. {Disponible en} https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf.

y 65 años de edad, consumieron alguna sustancia psicoactiva, el mayor porcentaje de consumo se encuentra entre los 12 y 34 años de edad es decir 723.188 personas, según el estudio realizado, el mayor consumo se da en el estrato socioeconómico 2, y en mayor medida en la ciudad de Medellín (227.193), seguido de Bogotá (197.938). Frente a la edad de inicio en el consumo de SPA se muestra que con poca diferencia entre hombres y mujeres, éste se da entre los 17 y 18 años, el 50% de la población afirmó haber consumido algún tipo de sustancia ilegal antes de los 17 años, y el otro 50% afirma haberlo hecho poco después de haber cumplido esta edad. En cuanto a la dependencia se afirma que al menos 484.109 personas son dependientes a SPA, de los cuales 394.141 son hombres mientras 89.968 mujeres, siendo evidente que el género masculino es mayormente afectado por esta problemática.

Las cifras del consumo de SPA en el país revelan la grave problemática frente a esta situación, entendiendo este contexto, la Comunidad Terapéutica de Colombia presta servicios de salud, brindando tratamiento para personas consumidoras de SPA; para comprender a fondo el contexto en el cual se llevó a cabo la intervención es necesario realizar la caracterización donde se identificaron las principales particularidades de las personas pertenecientes a ésta, sus problemas prominentes, y los aspectos en los cuales se debe basar la acción de trabajo social.

2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

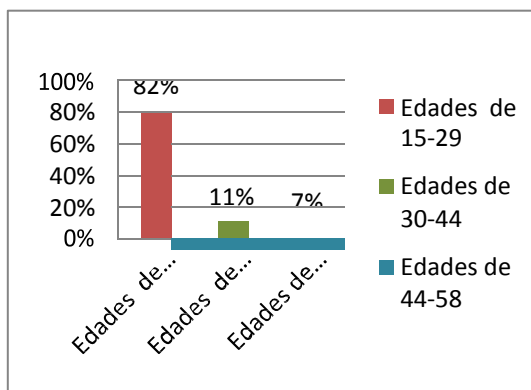
La caracterización de la población es necesaria para la intervención, puesto que permitió identificar aspectos socioeconómicos, tipología familiar, principales problemáticas presentes en la dinámica familiar; los resultados de ésta caracterización visibilizaron diversas falencias en el desarrollo de la

comunicación, la empatía, la resolución de conflictos, razón por la cual se estableció la importancia del fortalecimiento de las habilidades sociales de los residentes entorno a mejorar las relaciones interpersonales con sus pares y familiares como factor protector.

La caracterización de la población se ejecutó mediante un instrumento de 29 preguntas cerradas con opción de respuesta, aplicado por las pasantes de trabajo social en la Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía-Cundinamarca, a la población residente durante el segundo semestre del año 2014, esto con el fin de conocer las características y necesidades afectivas para la intervención realizada.

Tabla No 1. Edades de los residentes Grafico No 1 Edades de los residentes

Edades de los residentes	Frecuencia	Porcentaje
15-29	23	82%
30-44	3	11%
44-58	2	7%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad

Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En la gráfica referente a las edades de los residentes se identificó que la mayoría de la población oscila entre los 15 Y 29 años con un 82%, teniendo en cuenta lo planteado por Erik Erikson¹⁹ éstas edades están ubicadas en dos etapas del ciclo vital de la persona: la adolescencia comprendida entre los 12 y los 20 años en donde la persona sufre cambios físicos y psicológicos, en esta

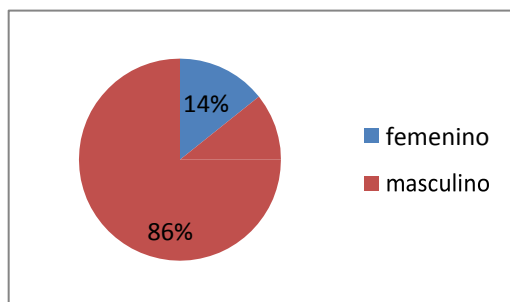
¹⁹BORDIGNON Nelson, Antonio. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto, *En: Revista No. 2, (2008). [En línea] [05 de Abril del 2015] disponible en: www.lasallista.edu.co/fxcu/media/pdf/Revista/vol2n2/p50-3_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf*

etapa el “yo” está en la búsqueda de una identidad personal; se puede inferir que en esta etapa se da una fuerte influencia de los medios externos en la búsqueda de la construcción del yo²⁰; y la adultez joven identificando en un mayor porcentaje personas entre los 30 y 44 años de edad, en ésta el adulto debe desempeñar diversos roles a nivel laboral y familiar. Teniendo en cuenta las características de estas dos etapas se puede deducir que al traer consigo diversos cambios en la vida de la persona, puede generar presión siendo a su vez causante de la influencia de factores negativos que influyan en el consumo de sustancias psicoactivas; a su vez al trabajar con población en éstas dos etapas, es necesaria una intervención de manera diversa en la cual se logre captar la atención de los residentes.

Tabla No 2. Genero residentes

Genero residentes	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	24	86%
Femenino	4	14%
TOTAL	28	100%

Grafico No 2 Genero residentes



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En la gráfica referente al género de los residentes se evidencia que la población perteneciente a la Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía, conformada por 28 residentes, son en su gran mayoría hombres en un 86% y en menor porcentaje mujeres 14%, se puede concluir que el consumo de sustancias psicoactivas se presenta en mayor medida en los hombres, como lo

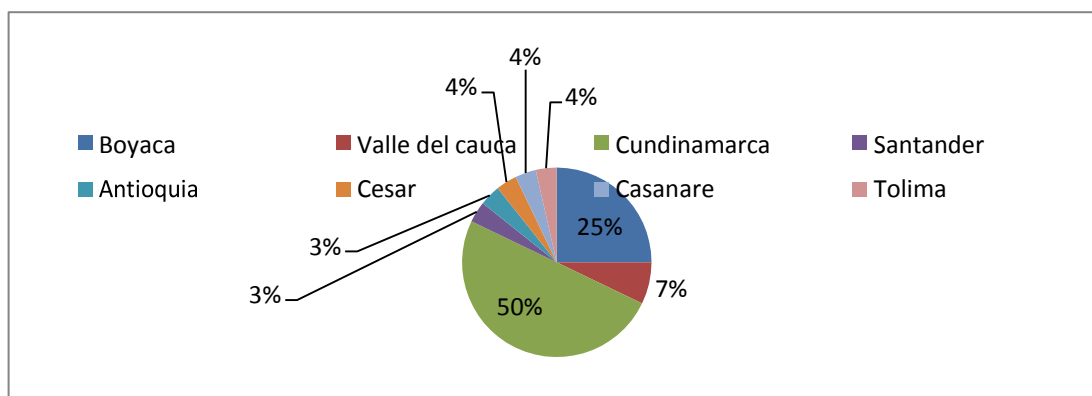
²⁰ DOMÍNGUEZ GARCÍA, Laura .La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. Universidad de la Habana, Cuba, Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76 [, [En línea] [5 de abril del 2015]disponible en: http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf >

muestra el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el 2013 esta problemática afecta mayormente a la población masculina.

Tabla No 3. Lugar de Nacimiento

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Cundinamarca	14	50%
Boyacá	7	25%
Valle del cauca	2	7%
Santander	1	4%
Antioquia	1	4%
Cesar	1	4%
Casanare	1	4%
Tolima	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafico No 3 Lugar de Nacimiento



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

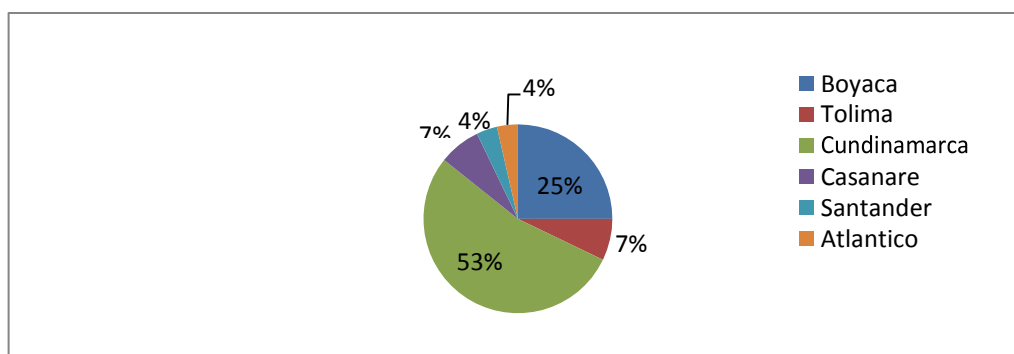
En la gráfica referente al lugar de nacimiento evidencia que el 50% de la población nació en Cundinamarca 50% (Bogotá, Chía, Cota, Facatativá, entre otros), Boyacá (Tunja, Sogamoso, entre otros) con un 25% es el segundo departamento con mayor porcentaje, en menor nivel se encuentran regiones como Cesar, Casanare, Tolima; se puede inferir que por la ubicación de la institución la mayoría de los residentes nacieron en municipios aledaños.

Tabla No 4 Lugar de procedencia

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Boyacá	7	25%
Tolima	2	7%
Cundinamarca	15	54%
Casanare	2	7%
Santander	1	4%
Atlántico	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafi

co No 4 Lugar de Procedencia

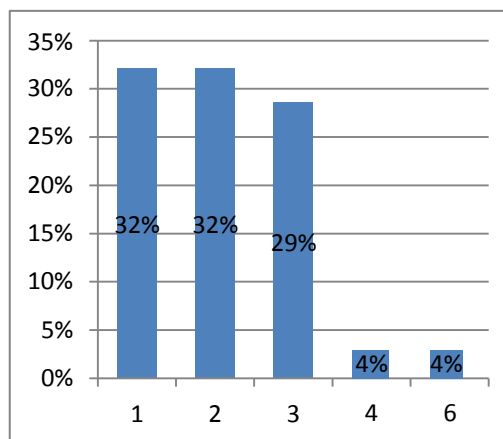


Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el gráfica referente al lugar de procedencia se observa que la población residente en la Comunidad Terapéutica de Colombia es procedente en mayor porcentaje del departamento de Cundinamarca en un 53%, se puede evidenciar que pese a la ubicación de ésta sede, la mayoría de las personas que llevan un proceso de tratamiento son procedentes de departamentos aledaños, razón por la cual se puede inferir que cuentan con apoyo familiar por la cercanía de las familias a la institución.

Tabla No 5. Estrato Socio Económico Grafico No 5 Estrato Socio Económico

ESTRATO	Frecuencia	Porcentaje
1	9	32%
2	9	32%
3	8	29%
4	1	4%
6	1	4%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad

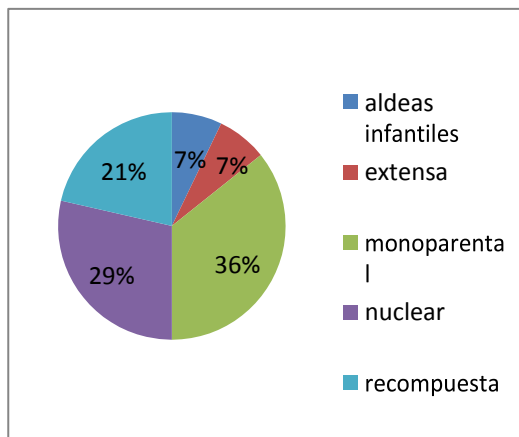
Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En la gráfica referente a estrato socioeconómico de los usuarios de la Comunidad Terapéutica de Colombia se encuentra el estrato socioeconómico 1 y 2 con mayores porcentajes, estableciendo éstos dentro de lo determinado por el Departamento Nacional de Planeación, están clasificados en estratos bajos por sus condiciones socioeconómicas, teniendo en cuenta lo anterior se puede inferir que las personas pertenecientes a la Comunidad Terapéutica de Colombia, en su mayoría de estratos 1 y 2, tienen características similares en cuanto a aspectos económicos.

Tabla No 6. Tipología Familiar

Grafico No 6 Tipología Familiar

TIPOLOGÍA FAMILIAR	frecuencia	Porcentaje
Monoparental	10	36%
Nuclear	8	29%
Recompuesta	6	21%
Unipersonal	2	7%
Extensa	2	7%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En la gráfica 6 referente a la tipología familiar se observa que la mayoría de la población en un 36% cuenta con una familia mono parental. Los autores Osorio Rodríguez y Álvarez Mora plantean que la familia monoparental “es aquella en que un solo conyugue esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos”²¹ esto muestra que la mayoría de la población tiene un desarrollo familiar solo con uno de los conyugues; Por todo lo expresado anteriormente es importante mencionar que las familias actuales tienen muchos desafíos que asumir, problemas y crisis que resolver, como la economía del hogar, la crianza de los hijos, la educación, entre otras que se crean dependiendo la necesidad del núcleo familiar, “es importante mencionar que la familia ha venido sufriendo cambios con el transcurso del tiempo, en lo que se refiere a su estructura y dinámica lo que quiere decir que se han modificado los roles, las formas de relacionarse, el estilo del funcionamiento del sistema familiar, según patrones crianza, todo esto asociado al cambio de la sociedad misma”²². Otras de las tipologías que se identifican con más prominencia es la

²¹ RODRIGUEZ Osorio, Adriana Y ALVAREZ, Mora, Alejandro. Introducción a la salud familiar, Tipología Familiar, Ed., pag.31 Universidad Costa Rica, 2004.

²² Ibid.p.32

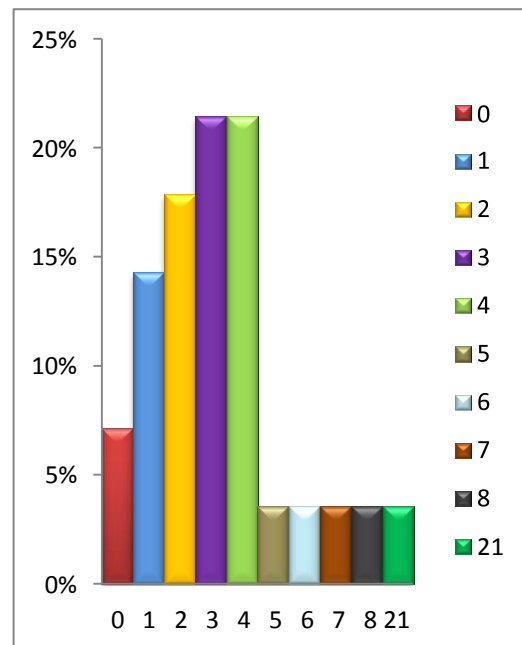
nuclear con un 29%, esta tipología implica la presencia de un hombre y una mujer, más los hijos tenidos en común, todos viviendo bajo el mismo techo”²³.

En menor porcentaje con un 21% pero no menos importante esta la tipología de familiar recompuestas, este tipo de familias se forman de manera frecuente en nuestra sociedad tras las separaciones o el divorcio, “su característica la describen cuando los progenitores vuelven a formar parejas con otros para iniciar una nueva convivencia con vínculo matrimonial o sin él”²⁴, muchas veces es atribuido a esta tipología familiar problemas en las relaciones y función de roles por la falta de adaptación en los diferentes ámbitos familiares.

Tabla No 7. Numero de Hermanos

Numero de hermanos	Frecuencia	Porcentaje
0	3	11%
1	4	14%
2	5	18%
3	6	21%
4	6	21%
5	1	4%
6	1	4%
7	1	4%
8	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafico No 7 Número de hermanos



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el grafico 7 se expone el número de hermanos que poseen las personas residentes, el 21% de la población refiere tener 3 hermanos, en el mismo porcentaje 21% se encuentran las personas que refieren tener 4 hermanos, la cantidad de hermanos en la familia influye en el desarrollo individual de los

²³ DE LOURDES LUZ, Dinámica de la Familia. Un enfoque Psicológico Sistemico. 1er ed. México D.F.: DL- Eguiluz, 2007.p.152.ISBN.9688606715

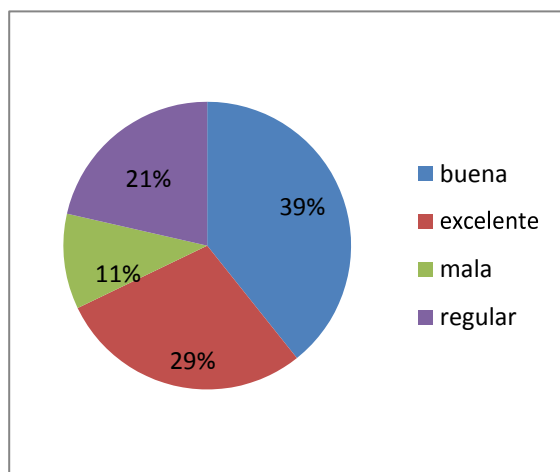
²⁴ Ibid.p.25

integrantes “las relaciones familiares dependen en una buena medida del número de hermanos, por esta razón el tamaño de la familias es uno de los aspectos donde se plantea que cuando existen más 4 hermanos, existe un alto porcentaje de que éstos estén más en contacto directo con la realidad exterior es decir que se ausentan del hogar con más frecuencia puesto que esto impide que los padres no pueden estar al pendiente de todos los hijos”²⁵.

Tabla No 8. Relación Familiar

Grafico No 8 Relación Familiar

ELACIÓN FAMILIAR	frecuencia	Porcentaje
Excelente	8	29%
Buena	11	39%
Regular	6	21%
Mala	3	11%
TOTAL	28	100%



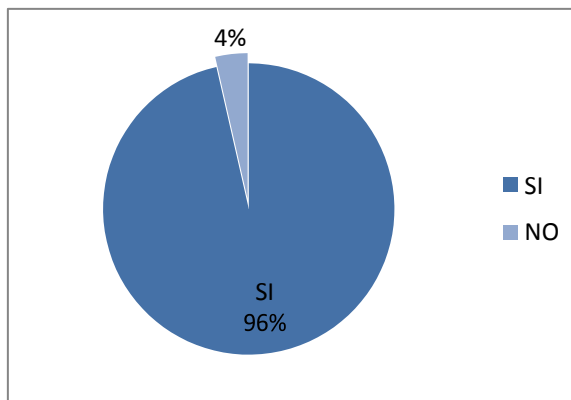
Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 201

En el grafico 8 referente a como los residentes consideran la relación con su familia se evidencia que el 39% afirma tener una buena relación, esto teniendo en cuenta aspectos como el trato y el apoyo recibido por parte de ésta, el 29% considera la relación excelente tan solo el 11% cree que es mala, se hace importante aclarar que esta respuesta es subjetiva de acuerdo a cada una de las personas y su relación familiar; es necesario conocer la dinámica familiar puesto que teniendo en cuenta en enfoque de la comunidad, la familia es una de las partes importantes del proceso de tratamiento, teniendo en cuenta estas relaciones se hace necesario trabajar las relaciones familiares.

²⁵ MONTSERRAT Freixaniella, familia y diferencia mental, realidad necesidades y recursos de los hermanos, Número de hermanos, Universidad de Barcelona, P. 90, 2002.

Tabla No 9. Apoyo Familiar**Grafico No 9 Apoyo Familiar**

APOYO FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	96%
NO	1	4%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

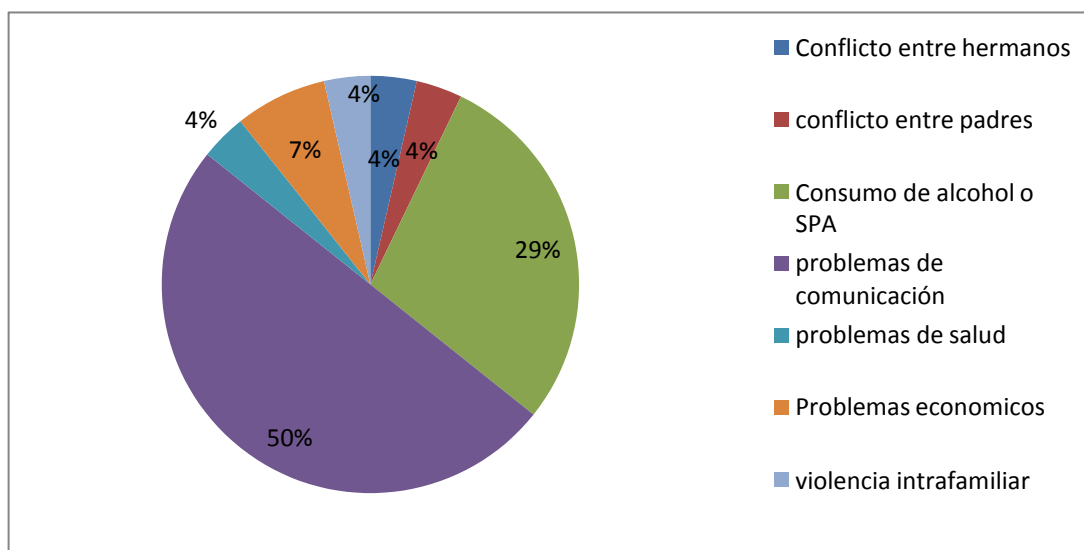
En la gráfica 9 referente al apoyo familiar a la persona en el proceso de tratamiento, el 96% de la población afirma contar con apoyo por parte de su familia, se debe resaltar que “la familia es la exigencia de una implicación duradera desde el punto de vista emocional, la familia podría definirse como la base de los lazos afectivos más importante de cada paciente, pero no simplemente las familias con lazos de consanguinidad, si no las familias que crean alianzas o afiliación”²⁶. Esto demuestra que el concepto de familia depende de cada subjetividad y la importancia que se le brinda en el desarrollo de las personas y mucho más en los tratamientos de adicciones.

²⁶ CALVO Botella Helena Y LUCAS Avilés, intervención en familias desde los centros de días, ¿es necesaria la familia en el tratamiento?, 2007, Ed, p.21, ASECEDI (Asociación de entidades de centros de día).

Tabla No 10. Problemas Familiares

TABLA 9 PROBLEMAS FAMILIARES		
PROBLEMAS EN LA FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
Problemas de comunicación	14	50%
Consumo de alcohol o SPA	8	29%
Problemas económicos	2	7%
Conflicto entre padres	1	4%
Conflicto entre hermanos	1	4%
Problemas de salud	1	4%
Violencia intrafamiliar	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafico No 10 Problemas familiares



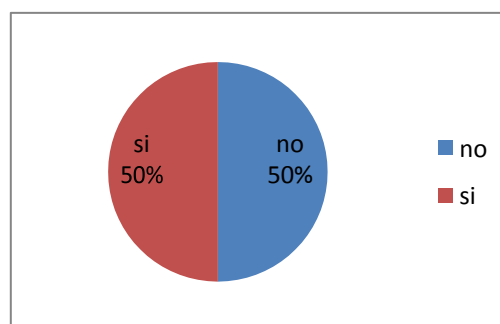
Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

El gráfico 10 referente a los problemas familiares se evidencia que los problemas en la comunicación son los que más afectan la dinámica familiar con un 50% según lo planteado por Adriana Gallego, la comunicación es una parte importante dentro de la dinámica familiar puesto que permite el intercambio de pensamientos, emociones y sentimientos dentro de los miembros de la familia, se puede inducir que la no comunicación de éstos afecta las relaciones de la familia y puede traer consigo otra serie de problemas relacionados con la mala

comunicación²⁷; el consumo de SPA también se evidencia como un problema constante dentro de la familia con un 29% familia y el mantenimiento del orden dentro de la familia y de esta con rol, autores como Collins establece que a la familia le atañen una serie de funciones dentro de las cuales está el adecuado funcionamiento de los individuos en la acción al entorno²⁸, se puede deducir que el consumo de SPA al ser considerado una problemática, afecta la dinámica familiar puesto que se sale del buen funcionamiento de la familia en la sociedad, es evidente la Necesidad de trabajar la comunicación dentro del proceso de tratamiento.

Tabla No 11. Maltrato Familiar
Grafico No 11 Maltrato Familiar

MALTRATO FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
SI	14	50%
NO	14	50%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

El gráfico 11 referente se evidencia que la mitad de la población es decir el 50% afirma haber sufrido algún tipo de maltrato por parte de algún miembro de su familia y el otro 50% afirma que no, se hace evidente el alto índice de maltrato a los residentes de la comunidad; se puede inferir que esta problemática puede estar ligada a las identificadas en la tabla No 9 referente a los problemas familiares, es posible que los problemas en la comunicación de los miembros de la familia puedan conllevar a que se genere algún tipo de violencia dentro de ésta.

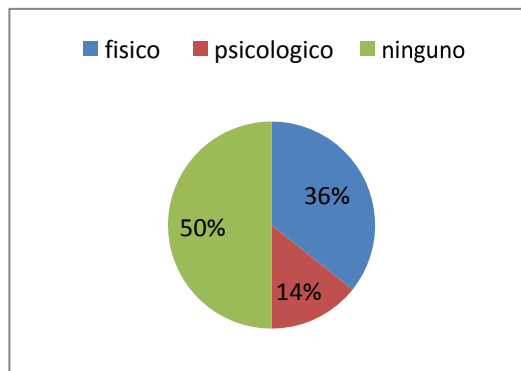
27 GALLEG0, Adriana .Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características, En: Revista No. 35(2012) ,[En línea] [8 de febrero del 2015]{Disponibile en} <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>

28 Ibid.p.36

Tabla No 12. Tipo de Maltrato

Grafico No 12 Tipo de Maltrato

TABLA 11 TIPO DE MALTRATO		
TIPO DE MALTRATO	frecuencia	Porcentaje
Psicológico	4	14%
físico	10	36%
Ninguno	14	50%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

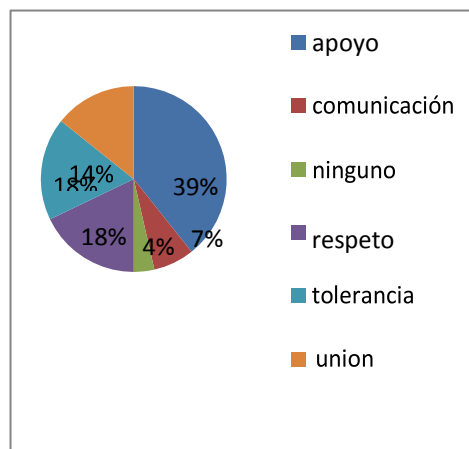
En el grafico 12 se evidencian los tipos de maltrato, se identifican dos tipos: el físico con un 36% es decir que un porcentaje alto de la población que ha recibido algún tipo de maltrato, afirma que ha sido físico, es decir ha sido víctima de algún tipo de agresión repetitiva intencional con el fin de ser lastimado, el 14% de la población afirma que ha recibido algún acto cuya expresión verbal ha tenido repercusiones o afectaciones en su personalidad, en cualquiera de los tipos de maltrato identificados se puede inferir que ha tenido algún tipo de consecuencia en la integridad de la persona según lo establece Manuel Cruz Santos, se puede incidir que cualquiera de los dos tipos de maltrato tiene repercusiones en el desarrollo de la persona²⁹.

²⁹SANTOS, Manuel. Concepto de violencia familiar. Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfico. , [En línea] [15 de agosto del 2015} disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/sociodemograficas/violenciafam.pdf>.

Tabla No13 Valores en la Familia

Grafico No 13 Valores en la familia

VALORES EN LA FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
Honestidad	11	39%
Comunicación	2	7%
Respeto	5	18%
Responsabilidad	5	18%
Perdón	4	14%
Ninguno	1	4%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

El grafico 13 evidencia los valores que sobresalen en la familia, la población encuestada describe la honestidad con un 39%, seguido del respeto con un 18%. “los valores constituyen una guía para nuestra conducta y nuestras decisiones son un complejo fenómeno que guarda relación con todas las esferas de la vida humana como lo es lo social, cultural, histórico y se relaciona con personas e instituciones”³⁰, los valores en la familia determinan la formación de interacción del individuo. “la familia es referencia de vida de cada persona en nuestra sociedad; son esas estructuras complejas en donde se demuestran las emociones de los individuos, son formas de filosofías de vida en donde se mantienen los vínculos afectivos, de valor y en donde se ponen más a prueba los conflictos que pueda poseer el ser humano”³¹. Es decir que la familia por ser el primer círculo social de interacción y formación es donde se construyen las bases para poder tener un contacto externos y es en ella donde se crean personalidades, herramientas de afrontamiento a diversas crisis que

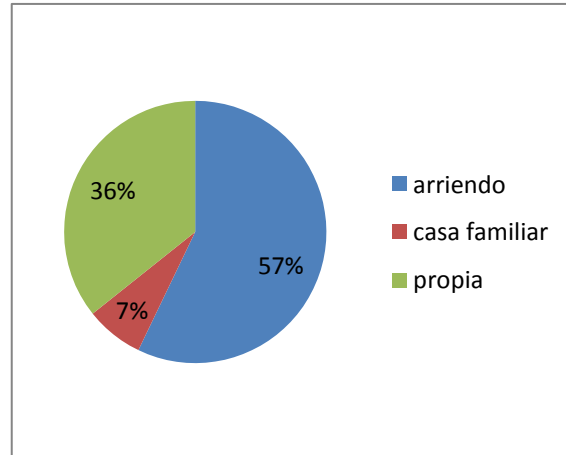
³⁰ GRIMALDO, TRIGO Y MIRIAM Pilar, la familia y los valores, Ed., cultura lima (Perú), 2006. p.02

³¹ SUARES Odalys, la familia como eje fundamental en la formación de valores en los niños. la experiencia de ser familia. República Bolivariana de Venezuela, 2000. {En línea}. [12 abril 2015] disponible en (http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf).

nos brinda la sociedad por eso es el papel de importancia que cumple la familia en cada ser humano.

Tabla No14 Tenencia de Vivienda Grafico No 14 Tenencia de Vivienda

TENENCIA DE LA VIVIENDA	frecuencia	Porcentaje
Arriendo	16	57%
Propia	10	36%
casa familiar	2	7%
TOTAL	28	100%

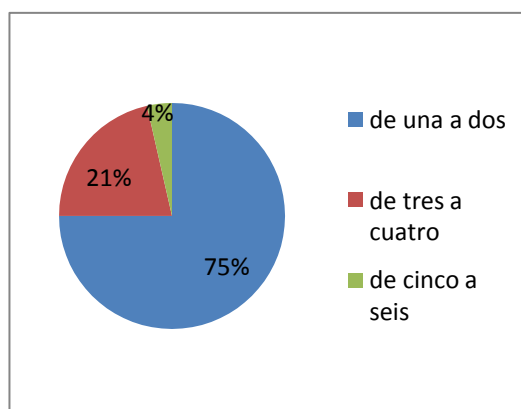


Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el grafico 14 referente a la tenencia de la vivienda se identificó que el 57% vive en arriendo, el 36% en casa propia, y el 7% cuentan en casa familiar, se evidencia el alto porcentaje de personas que viven en arriendo. Se puede inferir que gran parte de las familias de los residentes deben destinar gran parte de los ingresos para el pago de un arriendo, mientras que solo un 7% cuentan con vivienda propia, evidenciando la gran diferencia entre las personas con casa propia y el alto índice de personas que viven en residencias alquiladas.

Tabla No15 Habitaciones por Familia Grafico No15 Habitaciones por Familia

HABITACIONES POR FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
una a dos	21	75%
tres a cuatro	6	21%
cinco a seis	1	4%
TOTAL	28	100%



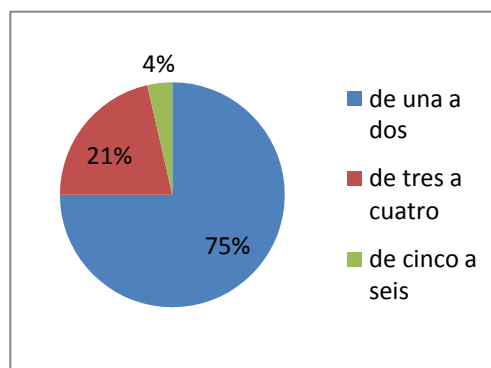
Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el gráfico 15 se evidencia que el 75% de las familias cuenta con una o dos habitaciones para todo el núcleo familiar, el 21% cuenta con tres o cuatro habitaciones, según lo evidenciado se puede inferir que las condiciones con las que cuentan las familias no son óptimas teniendo en cuenta que cada familia está conformada por mínimo tres integrantes y que cuentan a su vez con una o dos habitaciones como se aprecia en el gráfico. "Esto a su vez trae problemas sociales y de convivencia como la privacidad, La ocupación que se determina a partir de identificar el número de personas por unidad de alojamiento"³² cuando múltiples ocupantes de diferentes hogares tienen que compartir los servicios, esto puede interpretarse como un problema de espacio estas ocupaciones en la vivienda no permiten el libre desarrollo o el libre privacidad dentro de los integrantes de la familia.

³²SPICKER Paul, ÁLVAREZ, Sonia y GORDON David, ONU "Advisory Committee on Indicators", P.152Argentina, glasco, 2005.

Tabla No 16 Personas Por Habitación Grafico No 16 Personas Por Habitación

PERSONAS POR HABITACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
de una a dos	21	75%
de tres a cuatro	6	21%
de cinco a seis	1	4%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

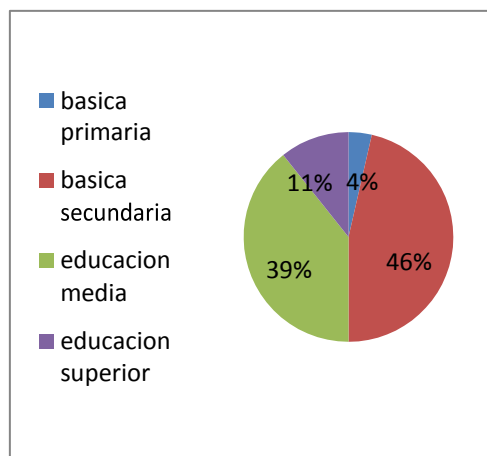
En el gráfico 16 describe el número de personas que duermen en las habitaciones, se puede identificar que el 75% de los residentes en su duermen con una o dos personas, el 21% de tres a cuatro personas y el 4% por habitación de cinco a seis personas lo que indica que ese porcentaje de personas vive en hacinamiento, esto quiere decir que el hacinamiento es el convivir con más de 4 personas en una habitación y esto conlleva a problemas de espacio y de desarrollo individual para la libre expresión y además esto lleva a otros problemas sociales³³ se puede decir que entré el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles, y todo lo que conlleva a la estructura de la vivienda influye también en su desarrollo tanto familiar como individual.

³³Ibíd., P. 152

Tabla No 17 Grado de Escolaridad

GRADO ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
básica primaria	1	4%
básica secundaria	13	46%
educación media	11	39%
educación superior	3	11%
TOTAL	28	100%

Grafico No 17 Grado de Escolaridad



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la

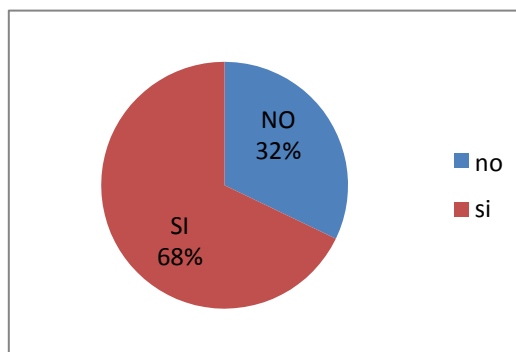
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

El grafico 17 referente al grado de escolaridad se evidencia que el 46% de la población solo alcanzo la educación básica secundaria (6°, 7°, 8° 9°), el 39% alcanzo la educación media (10°, 11°), el 7% tiene una carrera profesional, el 4% básica primaria y el 4% tiene maestrías. Esta información descrita es muy importante para las trabajadoras sociales puesto que puede ser utilizada de tal manera que se puedan llevar a cabo con los residentes el cumplimiento de los objetivos propuestos, en la gráfica siguiente se muestra la deserción escolar como relación de estado de escolaridad que tienen los residentes.

Tabla No 18 Deserción Escolar

TABLA 17 DESERCIÓN ESCOLAR		
Deserción escolar	frecuencia	Porcentaje
SI	19	68%
NO	9	32%
TOTAL	28	100%

Grafico No 18 Deserción Escolar



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

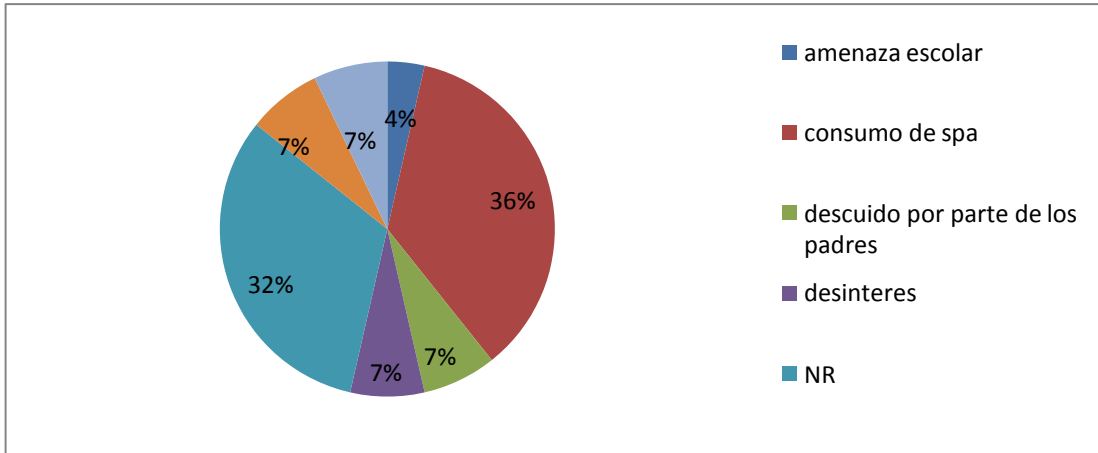
En el gráfico 17 referente a la deserción escolar entendiendo ésta como la interrupción o abandono del estudio según el ministerio de educación, se puede establecer que el 68% de la población postergo por algún tiempo o abandono completamente sus estudios por diversas razones, algunas de las causas que establece el Ministerio de Educación están relacionadas con el aspectos económicos, trabajo infantil, poca importancia a la educación, poco gusto por el estudio, conflicto y violencia escolar³⁴, se puede inferir que algunas de estas causas fueron influyentes para la deserción escolar de los usuarios, teniendo en cuenta la gráfica anterior se puede concluir que las residentes de COTECOL sede Chía- Cundinamarca, aunque afirmaron contar con básica secundaria posiblemente no culminaron sus estudios, razón por la cual solo un bajo porcentaje cuenta con educación superior.

Tabla No 19 Motivo de la deserción escolar

TABLA 18. MOTIVO DE LA DESERCIÓN ESCOLAR		
MOTIVO DE LA DESERCIÓN	frecuencia	Porcentaje
Consumo de SPA	10	36%
No Responde	9	32%
Trabajo	2	7%
Desinterés	2	7%
Problemas económicos	2	7%
Descuido por parte de los padres	2	7%
Amenaza escolar	1	4%
TOTAL	28	100%

Gráfico No 19 Motivo de la deserción escolar

³⁴MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. La deserción escolar, [En línea] [15 de febrero del2015]disponible en:http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-293659_archivo_pdf_abc.pdf,



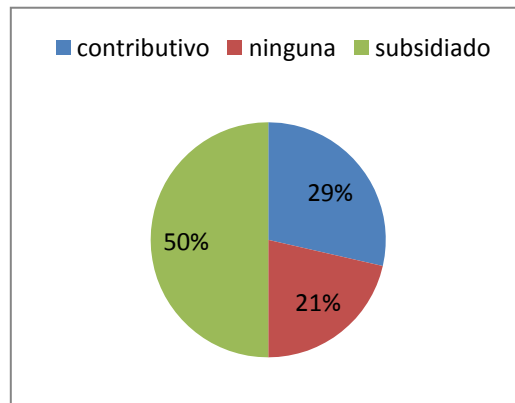
Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el gráfico 19 referente al motivo de deserción escolar, se puede establecer que el 36% de la población postergo por algún tiempo o abandono completamente sus estudios por el consumo de sustancias psicoactivas, el 32% por algún tipo de amenaza escolar, se evidencia que la problemática del consumo de sustancias psicoactivas tuvo repercusiones en el ámbito educativo de los residentes.

Tabla No 20 Régimen de salud

RÉGIMEN DE SALUD	frecuencia	porcentaje
Subsidiado	14	50%
Contributivo	8	29%
Ninguno	6	21%
TOTAL	28	100%

Gráfico No 20 Régimen de salud



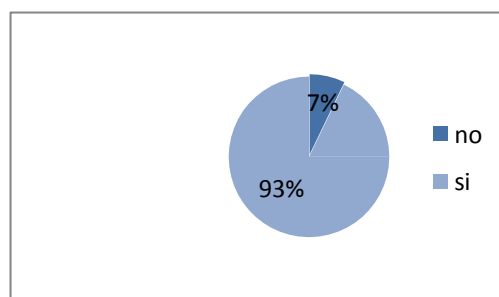
Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

El gráfico 20 concerniente a la afiliación en salud se evidencia que el 50% de la población está vinculada al régimen subsidiado de salud según lo establecido

por el Ministerio de Salud en este régimen “se encuentran la población pobre y vulnerable o personas que no cuenten con la capacidad de pago con el fin de que puedan acceder al sistema de salud”³⁵, el 29% de la población se encuentra en el régimen contributivo es decir que cuentan con una vinculación laboral que les permite el pago de salud o pueden ser beneficiarios de sus padres o conyugues; cabe resaltar que el 21% afirma no tener ningún tipo de régimen de salud, es decir que no cuentan con ningún tipo de atención.

Tabla No 21 valoración médica último año Grafico No 21 valoración médica último año

VALORACIÓN ÚLTIMO AÑO	frecuencia	Porcentaje
SI	26	93%
NO	2	7%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

El grafico 21 evidencia que el 93% de la población si ha tenido valoración médica los últimos años, el 7% afirma no haber recibido ninguna, cabe resaltar que las éstas son esenciales en los procesos puesto que trata de “desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y si es preciso, sus mecanismos de compensación a fin de permitirle llevar una existencia autónoma activa”³⁶. Razón por la cual se puede inferir que la asistencia medica es necesaria cuando la persona está en un proceso de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

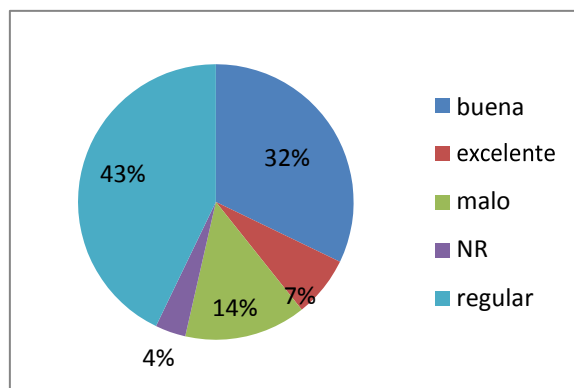
³⁵ MINISTERIO DE SALUD, régimen subsidiado- régimen contributivo, [En línea] [12 de abril del 2015]. {disponible en} <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>.

³⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, SERIE DE INFORMES TECNICOS, Rehabilitación Medica, Ginebra Suiza, Ed., p.6OMS,1969.

Tabla No 22 Calidad del servicio

CALIDAD DEL SERVICIO	frecuencia	Porcentaje
Excelente	2	7%
Bueno	9	32%
Regular	12	43%
Malo	4	14%
No responde	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafico No 22 Calidad del servicio



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad

Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el grafico 22 se observa la atención en la salud que creen haber tenido los residentes y el 43% de la población expone que fue regular su atención, el 32% dice que es buena, el 14% expresa que tuvieron una atención mala, el 7% expresa su excelencia y el 4% no responde.

Tabla No 23 consumo de alcohol

CONSUMO DE ALCOHOL	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	100%
TOTAL	28	100%

Grafico No 23 consumos de alcohol



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el grafico 23 donde se expone el consumo de alcohol en los residentes el 100% de los encuestados admiten que consumen alcohol o consumieron antes de entrar al proceso de tratamiento “el consumo de esta sustancia es de gran

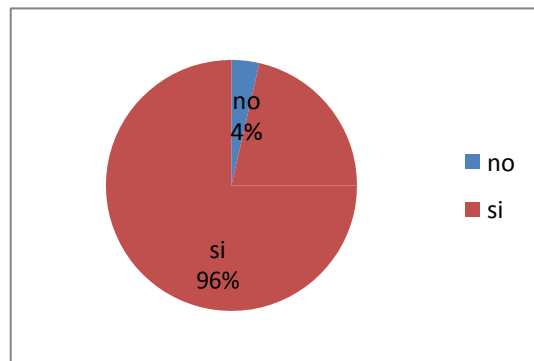
importancia, especialmente al tratar de la ingesta de bebidas alcohólicas que puede llegar al abuso y dependencia de esta”³⁷.

En la población encuestada se aclara que no todos poseen dependencia del alcohol pero si expresan que esta sustancia los lleva querer probar otras clases de alucinógeno cuando están bajo de los efectos del alcohol es decir que se vuelve un desencadenante de las adicciones.

Tabla No 24 consumo de SPA

Grafico No 24 consumos de SPA

CONSUMO DE SPA	Frecuencia	porcentaje
SI	27	96%
NO	1	4%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el gráfico 24 evidencia el porcentaje en que los residentes han consumido SPA (Sustancias Psicoactivas) el 96% de la población dice que si han consumido, esto indica que es un porcentaje bastante alto,“ el inicio del consumo de sustancias es una conducta que implica complicaciones médicas a corto y largo plazo que pueden ser irreversibles, a su vez el consumo de SPA trae consigo consecuencias psicosociales, tales como el consumo de varias sustancias, fracasos académicos, e irresponsabilidad que ponen a la persona en riesgo de accidente, violencia, relaciones sexuales no planificadas e

³⁷ PONS Diez Javier Y BERJANO Perats Enrique, EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA, Un modelo explicativo desde la psicología social, 1991, ed, p.36.Madrid España plan nacional sobre drogas.

insegura y suicidios”.³⁸ Se logra evidenciar que el consumo de SPA trae consigo diferentes factores negativos a nivel individual, social y familiar.

El consumo de diferentes sustancias en esta población y la adicción que genera, determina el estado motivacional de los residentes a causa del síndrome de abstinencia, (conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente)³⁹ ya que este se presenta como una serie de reacciones físicas y psicológicas en el sujeto y puede afectar de manera determinante el proceso de tratamiento y la sesión específica con la Trabajadora Social.⁴⁰

Tabla No 25 Inicio Consumo de SPA

INICIO CONSUMO DE SPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9-11	2	7%
11-13	2	7%
13-14	12	43%
14-15	7	25%
16-18	3	11%
18-20	2	7%
TOTAL	28	100%

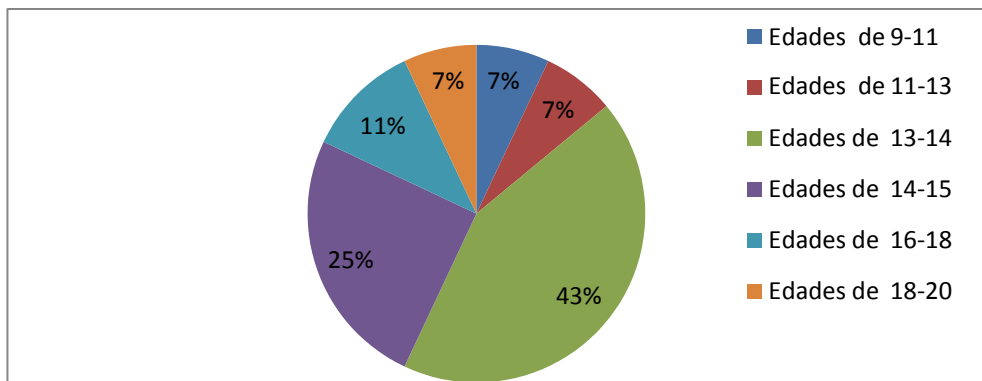
³⁸ MATURANA, Alejandro. *CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES*, pag.98 Madrid España, 2011.

³⁹ POLI CONSUMO, [En línea], 23 de agosto de 2014}[disponible en} <http://www.edex.es/drogas/seccion2e.html>

⁴⁰ MARTÍNEZ LÓPEZ José Feliz, *Síndrome de Abstinencia*, Hospital Regional Carlos Haya. [En línea] [10 de noviembre del 2014], P. 5. Disponible en:

www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf. [10 de Noviembre del 2014].

Grafico 25 Inicio Consumo de SPA

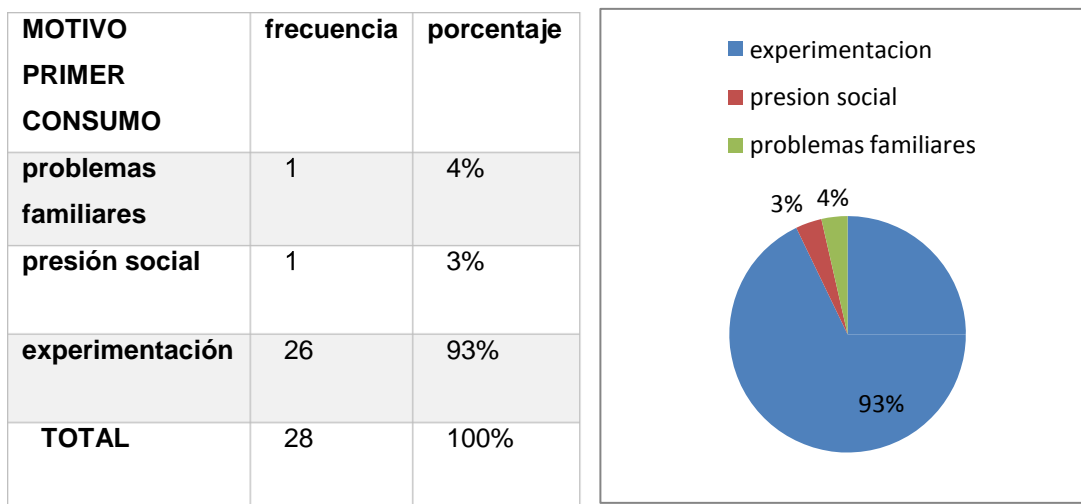


Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014.

En el gráfico 25 se describe a qué edad la población empezó su primer consumo y el 57% de la población comenzó a consumir desde los 15 años, el 21% a los 18, mientras que 7% a los 8 años, ya los 15 años por último el 4% a los 9 años. Este gráfico muestra que desde muy temprana edad los jóvenes comienzan a consumir sustancias psicoactivas, “estas características de este período evolutivo -la adolescencia-pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas; al igual que el consumo de todas estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida, siendo el alcohol, la nicotina y la marihuana, una puerta de entrada a otras drogas ilícitas y a patrones de consumo en la línea de la dependencia y/o adicción, hacia la vida adulta”⁴¹ estas edades tempranas son las más notorias en los procesos de tratamiento de COTECOL.

⁴¹Ibid., p.99

Tabla No 26 Motivo primer consumo Grafico No 26 Motivo primer consumo



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

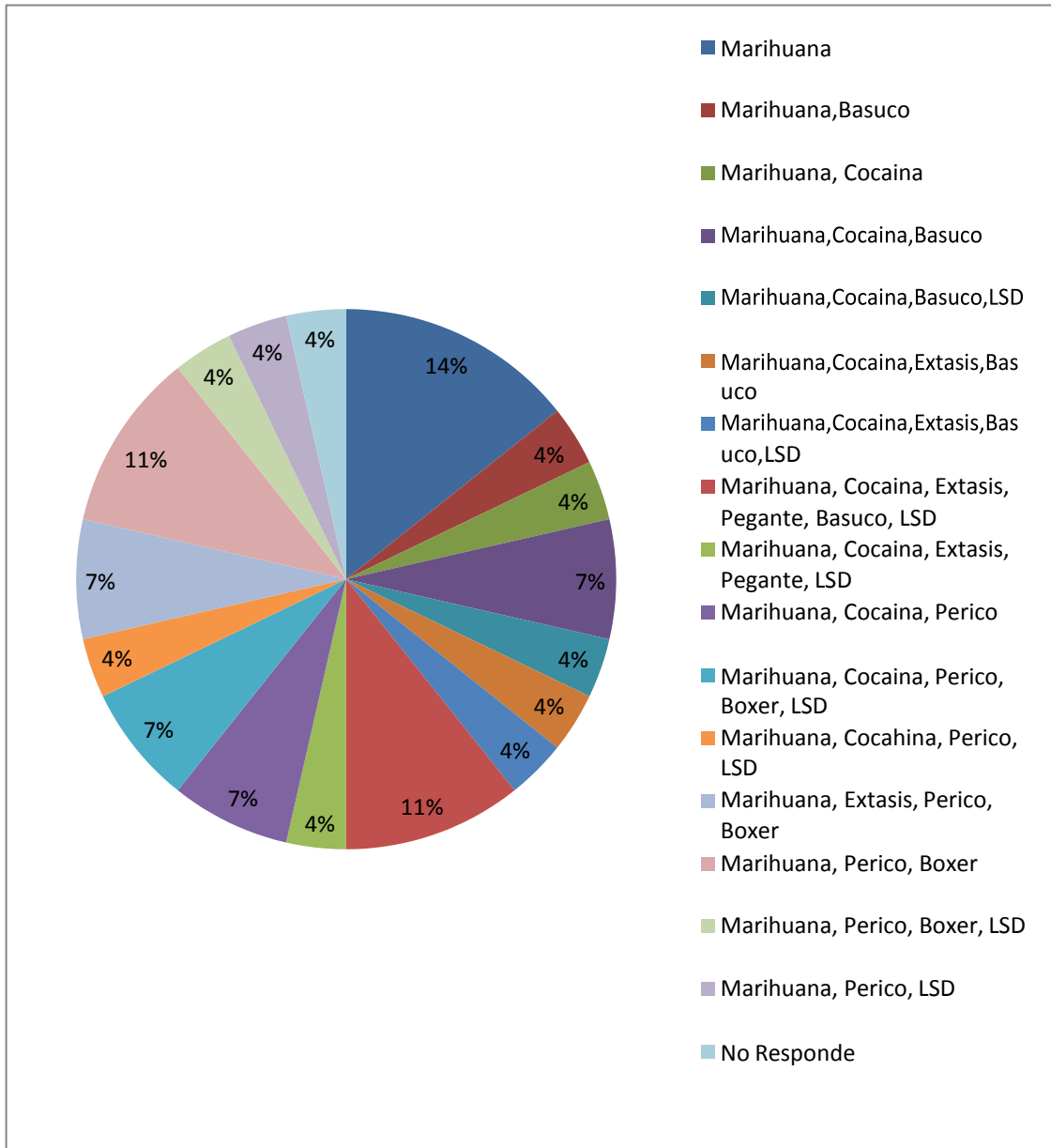
En el gráfico 26 se evidencia el motivo de la primera experiencia de consumo el 26% de la población afirma que consumió por experimentar, cabe aclarar que esta experiencia se produce cuando el individuo toma contacto con las drogas o la droga, puede ser por curiosidad o por presión grupal pudiendo o no continuar con el consumo de esas sustancias”⁴² esto quiere decir que no lo hace por una necesidad si no por saber el resultado de esa decisión. Lo anterior describe que las experiencias se producen en el contexto social y desarrollo del individuo, el círculo de amigo puede influir en la toma de decisiones y aptitudes para encajar en los grupos sociales.

⁴² LLERAS de la Fuente Cecilia, LINEAMIENTOS TECNICO PARA EL PROGRAMA ESPECIALIZADO DE ATENCION A NIÑOS ,NIÑAS,ADOLECENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON SUS DERECHOS AMENAZADOS, inobservados o vulnerados, Ed., P.12 ministerio de la protección social,2010.

Tabla No 27 sustancias consumidas

SUSTANCIAS CONSUMIDAS	Frecuencia	porcentaje
Marihuana	4	14%
Marihuana, Bazuco	1	4%
Marihuana, Cocaína	1	4%
Marihuana, Cocaína, Bazuco	2	7%
Marihuana, Cocaína, Bazuco, LSD	1	4%
Marihuana, Cocaína, Éxtasis, Bazuco	1	4%
Marihuana, Cocaína, Éxtasis, Bazuco, LSD	1	4%
Marihuana, Cocaína, Éxtasis, Pegante, Bazuco, LSD	3	11%
Marihuana, Cocaína, Éxtasis, Pegante, LSD	1	4%
Marihuana, Cocaína, Perico	2	7%
Marihuana, Cocaína, Perico, Bóxer, LSD	2	7%
Marihuana, Cocaína, Perico, LSD	1	4%
Marihuana, Éxtasis, Perico, Bóxer	2	7%
Marihuana, Perico, Bóxer	3	11%
Marihuana, Perico, Bóxer, LSD	1	4%
Marihuana, Perico, LSD	1	4%
No Responde	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafico No 27 SUSTANCIAS CONSUMIDAS



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014.

En la gráfica 27 concerniente a las sustancias consumidas se identifica que es la marihuana una de las drogas con mayor consumo, el 96% de la población afirma haber consumido ésta sustancia, está se clasifica como una sustancia perturbadora pese a sus efectos sedantes, estimulantes e incluso psicodélicos se puede inducir que por sus efectos relajantes, su fácil acceso en el mercado

al ser la droga ilegal con mayor comercio es una de las más consumidas, otro de las sustancias psicoactivas con mayor consumo es la cocaína con 56% esta sustancia se clasifica como estimulante, sus principales síntomas son exaltación del ánimo y eliminación del cansancio, se puede deducir que por su sensación estimulante es altamente consumida, otras de las sustancias que se encontraron con mayor consumo son el bazuco se puede inducir que por su bajo costo esta tiene una gran demanda en las personas consumidoras de SPA ya que es la más económica de adquirir pero es la de menor calidad lo que sus efectos son más deteriorables tanto físicos como cognitivo y son propensos a ser más adictiva.

Específicamente las sustancias que la población consume con más frecuencia son la marihuana y la cocaína “el consumo de cocaína está asociado con muchas consecuencias para la salud presentando complicaciones médicas a causa de sus efectos”⁴³. La marihuana una de las drogas de mayor consumo en los residentes de la comunidad terapéutica se expone que las personas con mayor frecuencia a esta droga se convierten en crónicos al llegar esta etapa se “experimentan un síndrome de desmotivación, en los que la apatía, falta de energía, y la pérdida de la motivación persistir durante días o crónicamente. Consumidores de marihuana presentan disminución del rendimiento en las pruebas de memoria y atención”⁴⁴ lo que genera una difícil atención hacia el trabajador social al momento de realizar sesiones reflexivas e introspectiva. Se encuentra que el bazuco es la sustancia como se observa en el grafico más consumida por los residentes, “es una sustancia que es de muy bajo presupuestó adquisitivo y es una de las drogas más degenerativas tanto físicas como cognoscitivas en el ser humano”⁴⁵ es complejo el trabajo de rehabilitación

⁴³ BELEÑO, Senith Marcela y DIAZ, Gregorio Alberto. ANALISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO E IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA. Trabajo de Grado Magister en toxicología. Bogotá D.C.:

Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina Departamento Toxicología, p. 237 2011.

⁴⁴ Ibid.,p.55

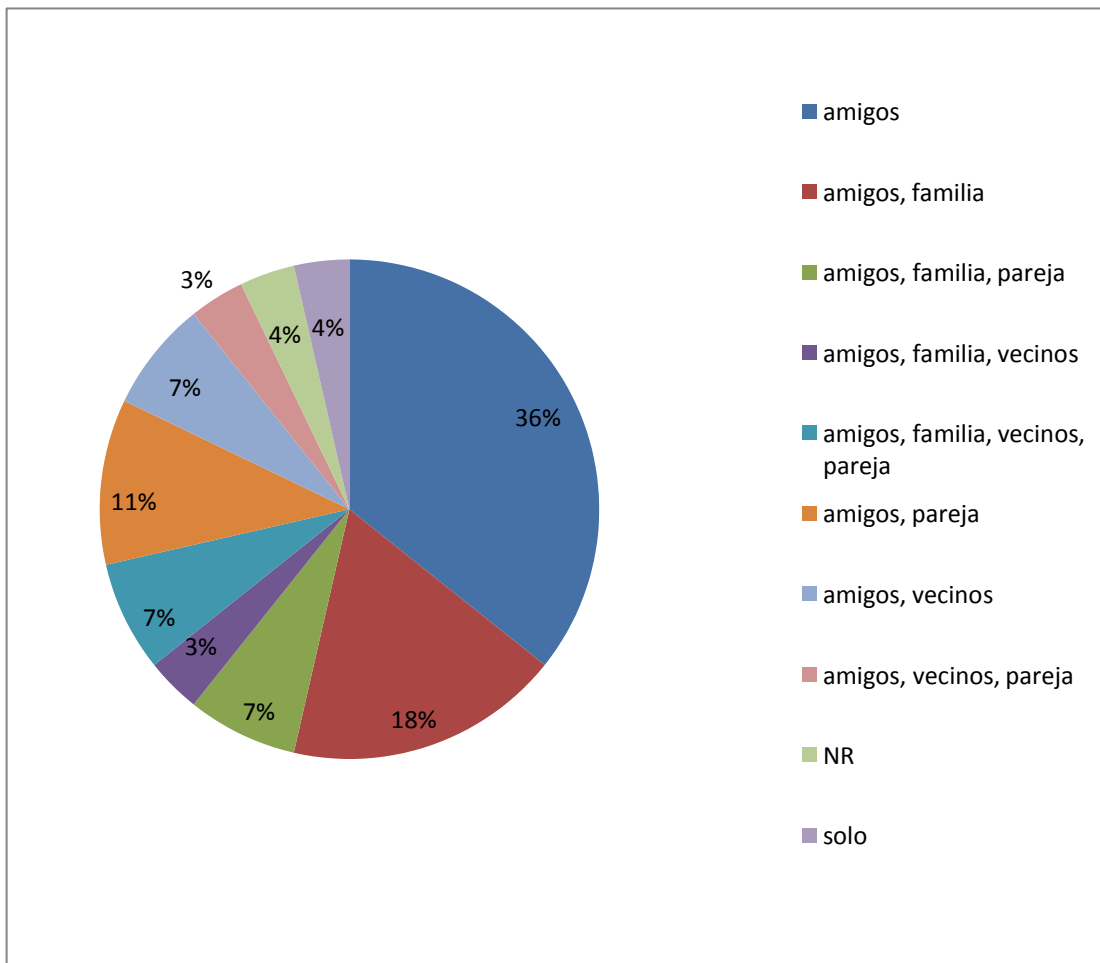
⁴⁵ ROSELLI, Mónica, RICO, Sandra, SANDOVAL, Virginia, SIERRA, Yolanda y URIBEA, Adriana. EFECTOS COGNOSCITIVOS DEL USO DEL BAZUCO Y LA COCAÍNA. P.101Bogotá. Fundación Konrad Lorenz.1994.

físico y cognoscitivo de los residentes por su tiempo de consumo por que el deterioro es mayor y les genera más trabajo el poder reflexionar sobre sus acciones y su forma de llevar la vida, son poblaciones inestable emocionalmente.

Tabla No 28 Compañía en el Consumo

COMPAÑÍAS EN EL CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	10	36%
amigos, familia	5	18%
amigos, familia, pareja	2	7%
amigos, familia, vecinos	1	4%
amigos, familia, vecinos, pareja	2	7%
amigos, pareja	2	7%
amigos, vecinos	2	7%
amigos, vecinos, pareja	2	7%
Solo	1	4%
NO Responde	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafico No 28 compañía en el Consumo



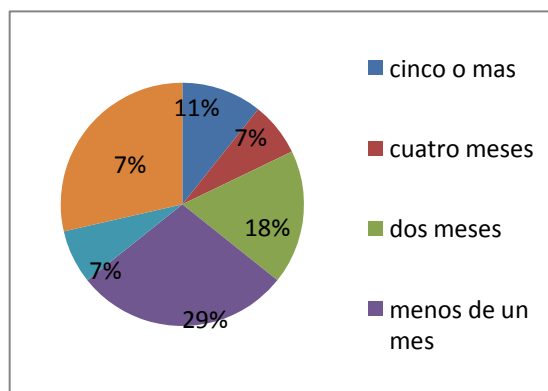
Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014.

El grafico 28 describe con quien consume SPA los residentes y el 36% de la población expresa que con sus amigos, mientras que el 18% con amigos y familia, un 11% con amigos y su pareja, un 7% amigos, familia, pareja, vecinos y por último un 4% solo o no responde. Esta caracterización nos describe que los residentes consumen en con su núcleo social más cercano que son los amigos y familiares quienes pueden ser influencia positiva o negativa en el desarrollo del residente.

Tabla No 29 Tiempo que lleva en el proceso

tiempo en el proceso	frecuencia	Porcentaje
Menos de un mes	8	29%
Un mes	8	29%
Dos meses	5	18%
Tres meses	2	7%
Cuatro meses	2	7%
Cinco o mas	3	11%
TOTAL	28	100%

Grafico No 29 Tiempo que lleva en el Proceso



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad

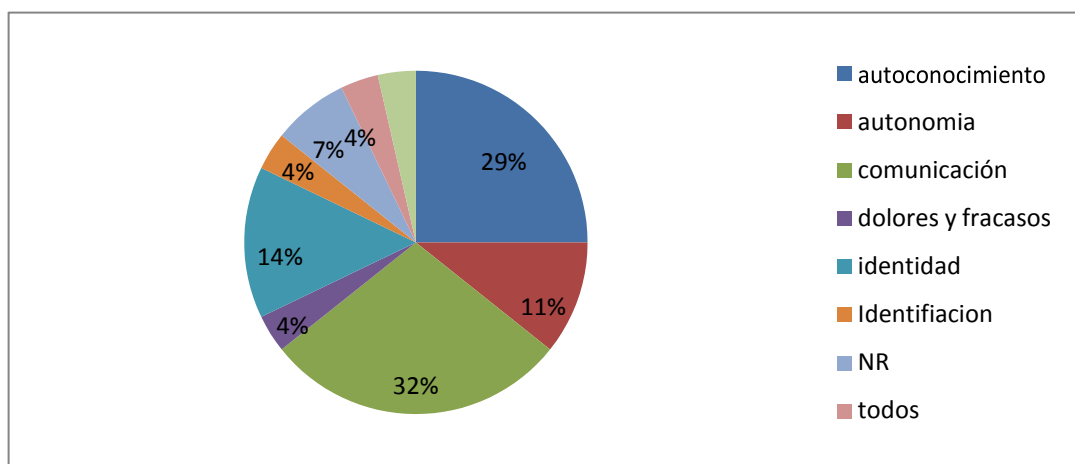
Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el grafico 29 se puede identificar el tiempo que los residentes llevan en el proceso de tratamiento dentro de la Comunidad Terapéutica de Colombia, el 29% expreso que lleva un mes o menos de un mes, el 18% dos meses, él11% cinco meses o más, el 7% tres meses o cuatro, esto evidencia que el tiempo que llevan en la comunidad es muy corto, según el proceso son más de 6 meses, razón por la cual se resalta que solo un pequeño porcentaje de los residentes llevan la mitad del tiempo requerido.

Tabla No 30 Temas de importancia en el proceso

TEMAS DE IMPORTANCIA EN EL PROCESO	frecuencia	porcentaje
dolores y fracasos	1	4%
Identificación o identidad	1	4%
Tolerancia	1	4%
Todos	1	4%
autonomía	3	11%
Identidad	4	14%
autoconocimiento	8	29%
comunicación	9	32%
TOTAL	28	100%

Gráfico 30 Temas de importancia en el proceso



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

El gráfico 29 describe los temas que los residentes consideran importantes a trabajar en el proceso de tratamiento de adicciones, el 32% piensa que es la comunicación en esta “se pueden dar efectos positivos y negativos según a como se diga algo, de cómo se denominan las situaciones y como se proceden ante estas” su importancia influyen en el proceso por las relaciones interpersonales de grupo o la familia, a través de la comunicación se expresan sentimientos e ideas sobre la vida a retomar.

El 29% refiere el auto conocimiento, éste tiene la capacidad de responder quien es la persona, el conocimiento que se tiene de uno mismo, de cómo identificarse y evaluarse de manera constructiva este auto reconocimiento está muy ligado a la autoestima, “es indispensable el trabajo del auto reconocimiento desde trabajo social porque se busca que la población tenga un amor propio y la forma de identificarse.

La autonomía con un 11% escogido por la población, los residentes creen necesario reforzarla dentro del proceso “la autonomía es el principio por medio del cual la voluntad se hace partícipe la moralidad, es en virtud de lo cual es posible que esta voluntad racional, es decir de una idea de libertad en las decisiones”⁴⁶ la autonomía busca en la población el poder tomar sus decisiones.

Otros de los temas con un porcentaje de 14% es la identidad siendo parte del proyecto de vida de las personas puesto que “es un proceso de construcción en la que los individuos se van definiendo así mismo en estrecha interacción simbólica con otras personas”⁴⁷ la construcción de la identidad va ligada al contexto y la familia.

Tabla No 31 Temáticas de interés a trabajar

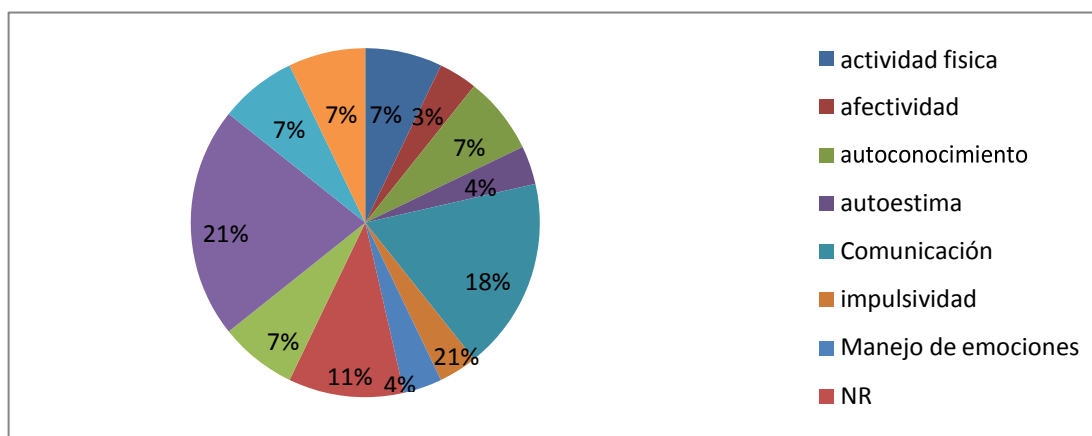
TEMÁTICAS DE INTERÉS A TRABAJAR		
30. temáticas	frecuencia	porcentaje
proyecto de vida	6	21%%
Manejo de emociones	6	21%
Comunicación	5	18%
Sexo afectiva	2	7%
Actividad física	2	7%
Porque del consumo	2	7%
Responsabilidad	2	7%

⁴⁶ MORENO Uran Carlos y ESPONDA Contreras Katherine, CONCEPTO DE AUTONOMIA, Universidad del Valle, Cali Colombia, Pag.7. 2008,

⁴⁷ LARRAIN Jorge, EL CONCEPTO DE IDENTIDAD, Chile, Ed fameco, Pág. 32,2003.

Autoconocimiento	2	7%
Autoestima	1	4%
TOTAL	28	100%

Grafico 31 Temáticas de interés a trabajar



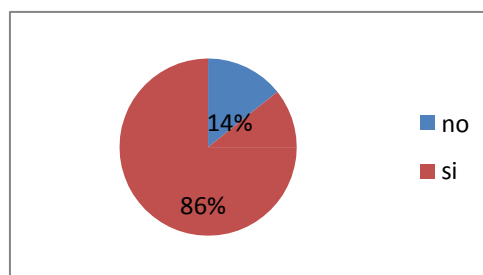
Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

En el grafico 31 se evidencia el interés de los residentes frente a la profundización de diversos temas como el proyecto de vida 21%, la comunicación con un 18%, el autoconocimiento con un 7%; se puede inferir que los residentes creen importante crear un proyecto de vida dentro de su proceso de tratamiento, la comunicación es fundamental para los residentes puesto que es necesaria en las relaciones interpersonales.

Tabla No 32 apoyo familiar en el proceso de tratamiento

APOYO FAMILIAR EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO		
Apoyo en el proceso	Frecuencia	Porcentaje
SI	24	86%
NO	4	14%
TOTAL	28	100%

Grafico No 32 apoyo familiar en el proceso de tratamiento

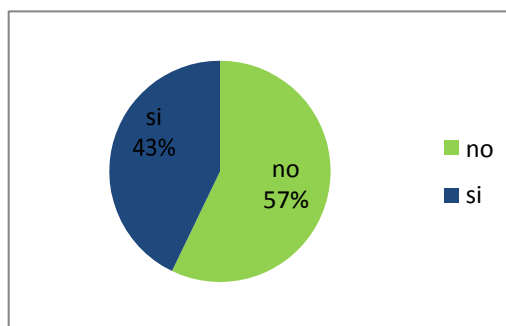


Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014.

En el grafico 32 sobre el apoyo de la familia en el proceso se describe que la población encuestada el 86% cuenta con apoyo por parte de su familiar, cabe destacar que la familia es “proceso interactivo donde todos los actores sociales forman parte de la situación, especialmente aquellos cuya cercanía es mayor, la intervención familiar puede devenir como una herramienta eficaz tanto en la prevención como en el tratamiento de la adicción”⁴⁸ siendo la pieza de apoyo que muchas veces puede ser el pilar de ayuda de las personas que se encuentran en un proceso de tratamiento.

Tabla No 33 Motivo primer consumo Grafico No 33 Motivo primer consumo

OTROS PROCESOS DE TRATAMIENTO		
	Frecuencia	porcentaje
SI	16	57%
NO	12	43%
TOTAL	28	100%



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

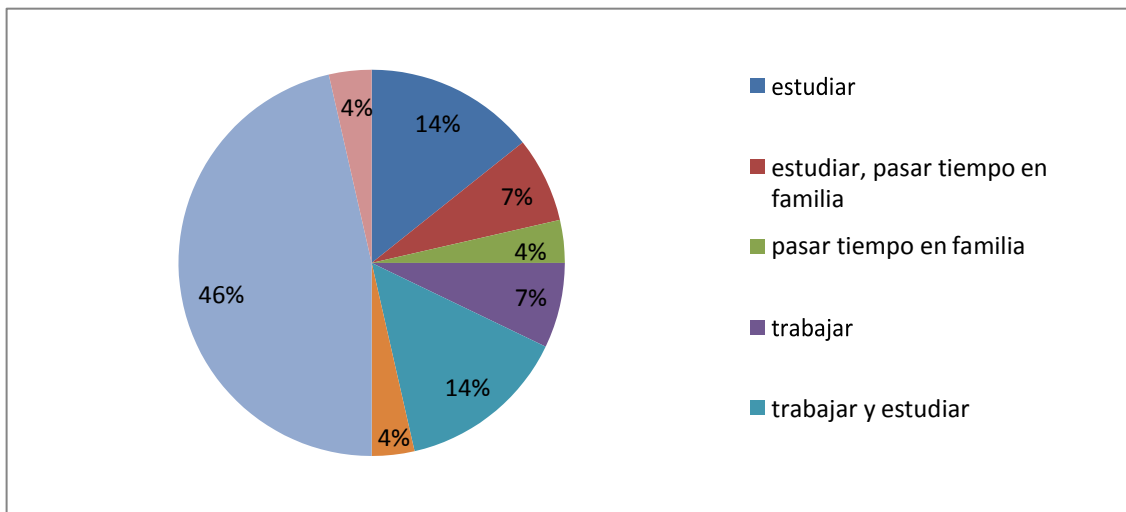
En el grafico 33 se encontró que el 57% ha estado en otra institución de rehabilitación por consumo de SPA, es decir más de la mitad de la población ha estado en otros procesos, por lo cual se puede inferir que éstos no se han terminado a cabalidad o no se realizaron de manera exitosa puesto que se dio la reincidencia en el consumo de sustancias psicoactivas y/o adicciones.

⁴⁸ LÓPEZ Castilla Carlos Javier, MEDIACIÓN FAMILIAR EN EL PROGRESO DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIA, Ed Mediación, 2011, Pág. 37.

Tabla No 34 Planes al Finalizar el proceso

PLANES AL FINALIZAR EL PROCESO		
FINALIZADO EL PROCESO	Frecuencia	Porcentaje
Quiero estudiar	4	14%
estudiar, pasar tiempo en familia	2	7%
pasar tiempo en familia	1	4%
Trabajar	2	7%
trabajar y estudiar	5	18%
trabajar, estudiar, pasar tiempo en familia	13	46%
trabajar, pasar tiempo en familia	1	4%
TOTAL	28	100%

Gráfico 34 Planes al Finalizar el Proceso



Fuente: trabajadoras sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, para la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía. II semestre de 2014

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El contexto institucional realizado a continuación es construcción de las profesionales en formación a partir de la información encontrada en la página web de la Comunidad Terapéutica de Colombia, en los apartados referentes al funcionamiento, visión y misión de la institución.

"La ASOCIACIÓN COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE COLOMBIA– COTECOL es una Institución Prestadora de Salud IPS, constituida como una Organización No Gubernamental ONG, sin ánimo de lucro, con Personería Jurídica No. 16093 de 1989, dirigida por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, miembro de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas WFTC, de la Federación Latinoamericana FLACT y de la Corporación Colombiana de Comunidades Terapéuticas FECCOT".⁴⁹

La Comunidad Terapéutica de Colombia es una institución encargada de la atención e intervención con niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas adultas, y personas mayores con problemas consumo de sustancias psicoactivas y adicciones. COTECOL surge el seis de septiembre de 1982, dirigido por el Padre Marco Fidel López Fernández, quien convierte a esta comunidad terapéutica, en un programa piloto para Latinoamérica, COTECOL se rige bajo los principios de los terciarios capuchinos y la metodología terapéutica utilizada en el proyecto UOMO del centro italiano de Solidaridades CEIS.

Los Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores, (Amigonianos), son una comunidad clerical, católica y sin ánimo de lucro, fundada en 1889 por Monseñor Fray José María Amigó y Ferrer. Los Capuchinos Terciarios desarrollan sus actividades en trece naciones de Europa y América, siendo Colombia uno de los países donde funcionan comunidades

⁴⁹COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE COLOMBIA, COTECOL,[En línea] [2 de febrero de 2015] {Disponible en} <http://www.cotecol.org/>

bajo los principios de los Terciarios Capuchinos. Siendo COTECOL una de estas comunidades, las primeras personas recibidas, en su etapa inicial o de acogida, eran atendidos en el instituto psicopedagógico Amigó de Medellín, el cual funcionada con recursos aportados por los Terciarios Capuchinos.

La Misión de la Comunidad Terapéutica de Colombia al ser una organización de carácter privado bajo la dirección de los terciarios capuchinos, está sujeta al código de ética de la federación mundial de comunidades terapéuticas, busca mejorar la calidad de vida de la población con problemas de drogadicción y a su núcleo familiar, y brindar ayuda a personas en situación de vulnerabilidad o que necesiten atención terapéutica. Al basarse en los principios de la Pedagogía amigoniana la intervención es psico-socio-educativa, siendo pioneros en el modelo de comunidad terapéutica a nivel de Suramérica, “la comunidad está comprometida con la restitución de la dignidad a las personas con problemas de adicciones, una dignidad biopsicosocial y trascendental, ofreciendo servicios de prevención, promoción, formación, atención integral con profesionales calificados”⁵⁰.

En cuanto a la Visión, la Comunidad Terapéutica de Colombia quiere ser una organización sostenible, calificada, técnica y científica, líder en investigación con cobertura a nivel nacional e internacional, con excelencia en la prestación de servicios, y sus valores corporativos están basados en el respeto, la solidaridad, la comunicación, la responsabilidad, el amor exigente y la trascendencia.

Los objetivos de calidad están enfocados a garantizar que la institución cuente con los recursos necesarios para responder a las necesidades de los individuos y sus familias, así mismo se quiere que la prestación de los diferentes servicios este en un proceso de mejora continua bajo los principios de los terciarios capuchinos de calidad para lo cual se debe realizar un proceso de evaluación

⁵⁰ COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE COLOMBIA, COTECOL. [En línea] [04 marzo del 2015] {Disponible en} <http://www.cotecol.org/quienesomos.php>.

constante que dé lugar a una retroalimentación con el fin de generar acciones correctivas y preventivas. Definir explícitamente con los usuarios y sus familias, las necesidades en correspondencia con los recursos disponibles por la institución.

La política de calidad de la Comunidad Terapéutica de Colombia, basa su accionar en un servicio con excelencia y calidez a todos los usuarios, mediante un equipo de profesionales calificados, suministrando contextos apropiados para la prestación de servicios de calidad, evaluando constantemente el mejoramiento de los procesos, teniendo siempre a la calidad.

Actualmente COTECOL tiene varias sedes en Bogotá DC, Funza y Chía Cundinamarca, en las diferentes sedes reciben niños, adolescentes, jóvenes, adultos, y personas mayores, en su gran mayoría consumidores de sustancias psicoactivas, o adictos, las sedes donde se albergan niños cuenta con un enfoque dirigido más al cuidado de los niños ya que la mayoría son remitidos por el ICBF por lo cual su estadía no es voluntario, mientras las sedes de adultos apunta al enfoque de reeducación.

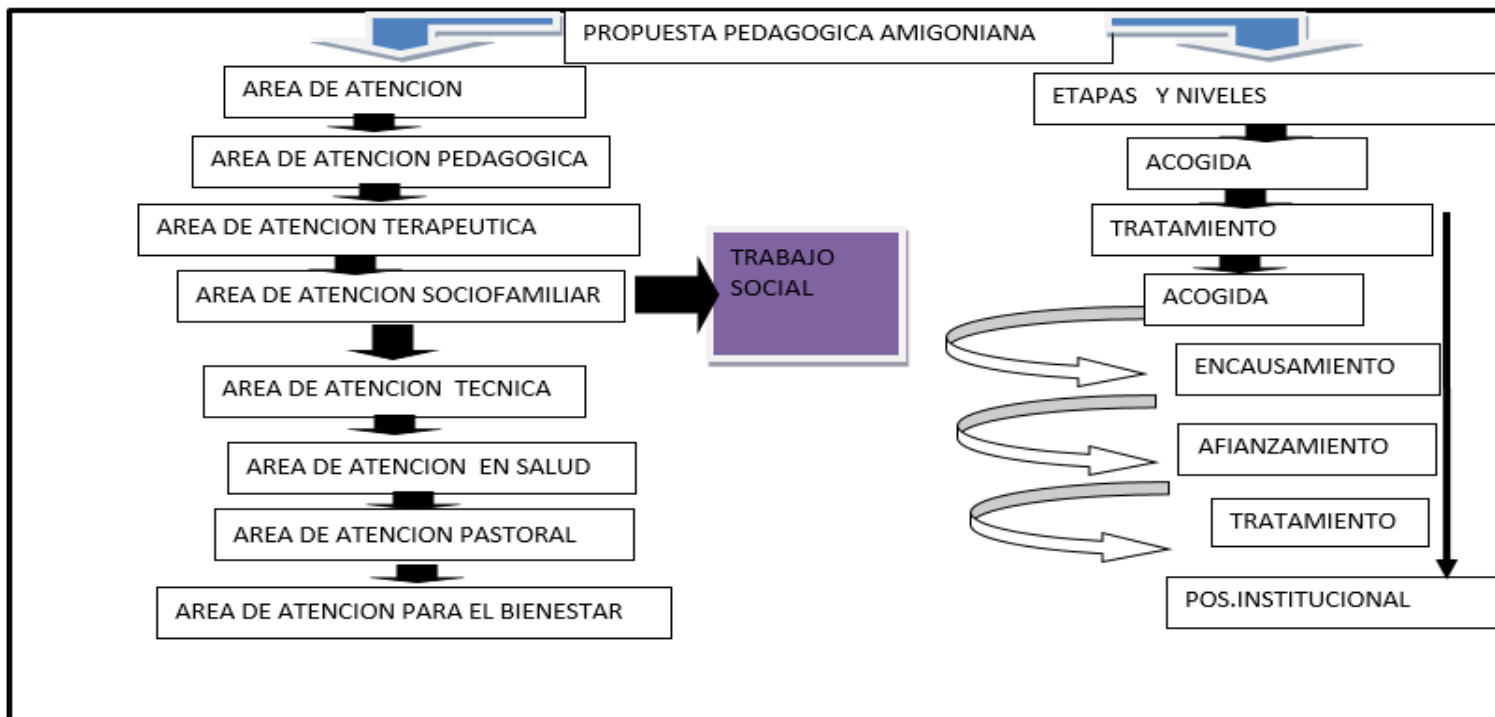
En cuanto a la sede de adultos, la procedencia de las personas que ingresan en la comunidad son diferentes, existen tres modalidades, el proceso de puede pagar como particular, pueden ser remitidas por una EPS o el proceso puede ser patrocinado por IDIPRON a personas sin núcleo familiar y habitantes de calle, en estas sedes (chía), los residentes están voluntariamente dentro de esta, y en el momento en el que decidan dejar el proceso lo pueden hacer, razón por la cual el grupo es flotante y constantemente salen y entran personas a la institución, donde la gran mayoría no logran llevar un proceso a cabalidad.

La Comunidad Terapéutica de Colombia trabaja interdisciplinariamente, bajo el apoyo de diferentes profesiones como son los psicólogos sociales, pedagogos, psicólogos clínicos, técnicos en sistemas, profesores, técnicos en agricultura, educadores físicos, docentes en artes, abogados, y trabajadores sociales,

donde estos último trabajan junto con la familia para la reeducación de la persona.

COTECOL tiene convenios con diferentes universidades como la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, desde la cual reciben apoyo cooterapéutico de estudiantes de Trabajo social, quienes realizan las pasantías así mismo se cuenta con el apoyo de practicantes de psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, quienes realizan actividades de apoyo a los profesionales y las personas que trabajan en la institución, bajo la línea terapéutica, y la temática que se trabaje durante cada mes. A continuación se expresa como se ubica trabajo social dentro de la institución.

DIAGRAMA 1: PROPUESTA PEDAGOGICA AMIGONIANA



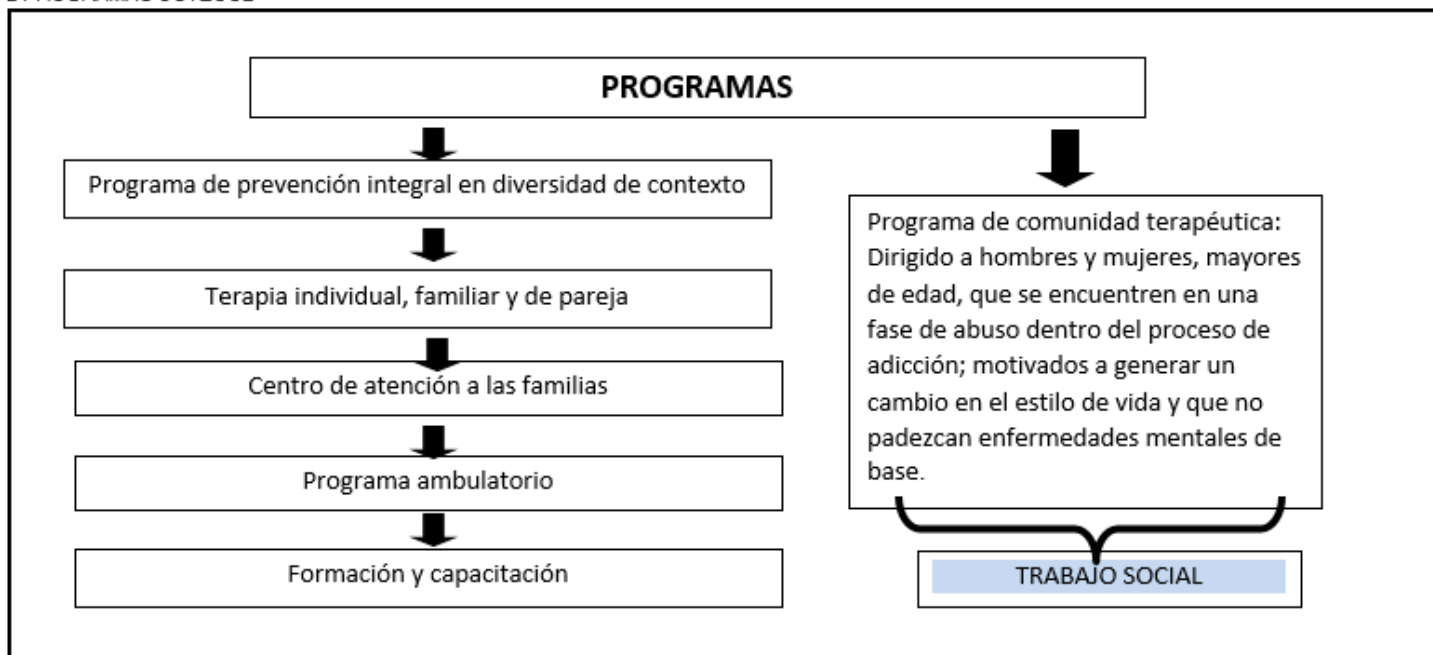
Fuente: VERGARA GARZON, Leydy, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Programa Trabajo Social, Informe Pasantías, Bogotá, Colombia. II Semestre 2013

EL DIAGRAMA 1: referente a propuesta Pedagógica Amigoniana, la cual establece un método progresivo y secuencial por períodos, que se desarrolla sustentado por un sistema de auto-corrección y de acompañamiento, y como ésta se encuentra estructurada de manera que se pueda lograr completo trabajo interdisciplinario en el cumplimiento de objetivos de la entidad,; es en el área de atención socio familiar donde se encuentra localizado trabajo social porque se

crea una necesidad donde trabajo social sea el encargado de trabajar con los residentes y sus familiar en el tratamiento.

PROGRAMAS OFRECIDOS POR COTECOL

DIAGRAMA: 2 PROGRAMAS COTECOL



Fuente: VERGARA GARZON, Leydy, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Programa Trabajo Social, Informe Pasantías, Bogotá, Colombia. II Semestre 2013

Programas que ofrece la Comunidad Terapéutica de Colombia y como trabajo social se encuentra adherido a uno de los programas con más solicitudes por la población que está inmersa en cualquier clase de adicción y que tanto ellos como su familia desean generar cambios en su vida individual y social es en este programa que está dirigido a hombres y mujeres mayores de edad.

4. CONTEXTO NORMATIVO

En el marco normativo desarrollado a continuación se enmarcan las Políticas, Leyes y Decretos desde lo macro hasta lo micro, que fundamentan a la Comunidad Terapéutica de Colombia, y la intervención del área de trabajo social, proporcionando las bases legales para ésta.

INTERNACIONAL			
Ley	Numeral	Descripción	Análisis
Declaración Universal de Derechos Humanos	Artículo 22	“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” ⁵¹ .	La declaración universal de los derechos humanos se da como un ideal para todos los pueblos, fundamentando los derechos inherentes a cada persona, en el artículo 22 de la declaración, se establece la seguridad social como derecho en el cual los recursos de cada estado deben propender por la satisfacción de los derechos que permitan el desarrollo integral de la persona, es decir que el Estado debe propender por la atención en salud de cada una de las personas, bajo esta declaración se

⁵¹ DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, Naciones Unidas, [En línea] [18 de marzo del2015] disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>,

			desprenden diferentes lineamientos donde se garantiza la atención en salud, propendiendo por el bienestar.
Federación Mundial de Comunidades Terapeuticas W	Articulo III Art. VI (De los asociados)	Art. III “Objetivo primordial de una Comunidad Terapéutica (CT) es alentar el crecimiento personal”. Art. VI 1- “La organización postulante a socio activo deberá mantener y operar servicios ambulatorios o residenciales donde no se consuman drogas y donde los participantes se ayuden recíprocamente. Deberá concurrir un promedio diario de veinte usuarios; tomando como base del cálculo la concurrencia anual. A. 2- La organización será considerada como postulante a socio activo mediante propuesta de cualquiera de los integrantes de la Comisión Directiva; o por solicitud propia. El pedido de afiliación será sometido a estudio, el que podría incluir la visita de un delegado de la Federación Mundial, o podría requerir la presencia del Presidente de la institución postulante en la siguiente reunión ordinaria de la Comisión Directiva al considerarse dicho punto en el orden del día. B. 1- (Federación Regional) Se requerirá una solicitud oficial de parte del Presidente de quienes se postulan como organización federativa nacional o regional. B. 2- Por lo menos un tercio de los integrantes de dicha Federación Regional deberán ser ya miembros de la	La federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC), establece las normas y metas bajo las cuales se deben regir las Comunidades Terapéuticas a nivel mundial, indicando a los miembros de éstas los principios bajo los cuales se deben regir, bajo estos lineamientos los profesionales de la Comunidad Terapéutica de Colombia deben reconocer los derechos de sus usuarios, dar a conocer la filosofía y metas de la institución, capacitar y proporcionar supervisión de todo el equipo interdisciplinar basarse en la integridad, veracidad, y solidaridad entre todos los miembros.

		Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. C. 3- (Socio adherente) La institución postulante como socio adherente será admitida en tanto reciba la aprobación de la mayoría de los integrantes de la Comisión Directiva; debiendo pagar la cuota anual establecida por la misma ⁵² .	
Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas	Misión	“La Federación Latinoamericana de comunidades terapéuticas es una organización internacional, sin fines de lucro, líder en el servicio de personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactiva, que aúna esfuerzos, promueve políticas, fortalece métodos y canaliza recursos, basada en el modelo de Comunidades Terapéuticas e inspirado en el amor y respeto a toda persona inspirado en el amor” ⁵³ .	Los objetivos de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas están orientados a consolidar y expandir programas para la prevención y tratamiento de adicciones e incidir en las políticas públicas que apuntan a la disminución y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, COTECOL bajo los lineamientos de la federación orienta sus programas a la prevención, tratamiento, terapia individual y familiar, programa ambulatorio, programa de comunidad terapéutica, investigación en adicciones entre
	Visión	“La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas es una organización reconocida internacionalmente por su capacidad de liderar el movimiento continental para la prevención y tratamiento de personas afectadas por sustancias psicoactivas de modo que repercuta su gestión en las políticas gubernamentales, en la conciencia colectiva y en el mejor servicio de sus asociados” ⁵⁴ .	

⁵²FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, [En línea] [15 de marzo del 2015] disponible en <http://federacionlatinoamericanadecomunidades-terapeuticas.org/quienes-somos/mision-y-vision/>

⁵³ FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, Quienes Somos, [En línea] [15 de marzo del 2015] disponible en <http://federacionlatinoamericanadecomunidades-terapeuticas.org/quienes-somos/mision-y-vision/>

⁵⁴Ibíd. P. 2.

			otros, esto con el fin de contribuir a la nación a la prevención y disminución de esta problemática.
Corporación Colombiana de Comunidades Terapéuticas	Estatutos Capítulo 1 Artículo 3 Objeto social	“Congregar, promover y fortalecer las instituciones que trabajan en problemáticas de adicción a sustancias psicoactivas, siguiendo la filosofía y modelo de Comunidad Terapéutica en las áreas prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; en general impulsar la labor social en todos los campos relacionados con la problemática de la adicción a la droga” ⁵⁵	COTECOL al pertenecer a la Corporación Colombiana de Comunidades Terapéuticas debe dirigir su accionar a los principales objetivos de la corporación, los cuales están enmarcados en el fortalecimiento de las instituciones que trabajan con problemáticas de consumo, COTECOL debe trabajar conjuntamente con otras instituciones esto con el fin de fortalecer el accionar conjunto interinstitucional, a su vez las acciones de ésta deben estar enmarcadas en prevención, tratamiento y reinserción social de las personas que así lo requieran.
NACIONAL			
	Artículo 48	Se garantiza a todos los habitantes el derecho a irrenunciable a la seguridad social.	La seguridad social es un servicio público según lo establece el artículo 48 el cual es de carácter

⁵⁵CORPORACIÓN COLOMBIANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, Estatutos, [En línea] [18 de marzo del 2015] disponible en: <http://feccot.org/documentos/estatutos.pdf>.

<p>Constitución Política de Colombia de 1991</p>	<p>Artículo 49</p>	<p>“El estado con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”⁵⁶</p> <p>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con anticipación de la comunidad. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”⁵⁷.</p>	<p>obligatorio, COTECOL al ser una entidad privada que ofrece servicios de seguridad social brindando atención en salud, se debe regir bajo la dirección coordinación y control del Estado, así mismo está sujeta a los principios de universalidad y eficiencia establecidos en la ley. Los servicios de salud prestados por COTECOL deben ser incluyentes de la comunidad, procurando el cuidado integral de todas personas pertenecientes a ésta.</p>
	<p>Artículo 1:</p>	<p>“Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias</p>	<p>En el artículo 1 de la ley 1566 de</p>

⁵⁶ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, [En línea] [23 de Marzo 2015] .disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>,

<p>Ley 1566 de 2012</p> <p>“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”</p>	<p>reconocimiento.</p> <p>Artículo 3: servicios de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas.</p> <p>Artículo 4°. Consentimiento informado.</p>	<p>psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.⁵⁸</p> <p>“La atención de las personas con consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas referidas en el artículo 10 de la presente ley, se realizará a través de los servicios de salud habilitados en instituciones prestadoras de salud (IPS) de baja, mediana y alta complejidad, así como en los servicios para la atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas, debidamente habilitados. Estos servicios se podrán prestar a través de cualquiera de las modalidades de atención establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre los cuales se encuentran: los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, de carácter público o privado, unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, los centros de atención comunitaria, los equipos básicos de atención primaria en salud, entre otras modalidades que formule el Ministerio de Salud y Protección Social.⁵⁹</p>	<p>2012 se reconoce como asunto de salud pública el consumo de sustancias psicoactivas evidenciando la necesidad de que las personas que estén en esta situación requieran una atención integral, es acá donde COTECOL, siendo una entidad prestadora de salud IPS enmarca su accionar con estrategias que promuevan la atención y reducción en el consumo de sustancias psicoactivas y a su vez se genere un impacto en la sociedad. COTECOL está en la obligación de informar al usuario y su familia acerca del proceso de tratamiento que desarrollara (derechos del usuarios, tiempo del proceso, normatividad, riesgos y beneficios) así mismo la institución no podrá detener a ninguna persona en contra de su voluntad, y esta podrá abandonar el proceso en el</p>
---	--	---	--

⁵⁸ LEY 1566 DE 2012, Gobierno Nacional, Republica de Colombia, 2012, [En línea] 23 de Marzo del 2015]. disponible en: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/D 20mentos/ley156631072012.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/D%20mentos/ley156631072012.pdf),

⁵⁹ *Ibid.*,10

		<p>“Para realizar el proceso de atención integral será necesario que el servicio de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas o el servicio de farmacodependencia haya informado a la persona sobre el tipo de tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante para la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. La persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento”⁶⁰.</p>	<p>momento en el que lo desee.</p>
<p>Ley 100 de 1993</p>	<p>Artículo 165 Atención básica.</p>	<p>El ministerio de salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el plan obligatorio de salud, esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero que tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.</p>	<p>La ley 100 dentro del plan de atención básica hace énfasis en brindar información pública sobre el control de consumo de SPA, COTECOL como institución prestadora de servicios de salud tiene el derecho y deber de propender por la libre concurrencia en acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios según lo</p>

			establece el artículo 186. Es obligación de la Comunidad Terapéutica de Colombia acatar lo establecido en la ley 100 y regirse bajo los parámetros establecidos por esta.
<p>Resolución 196 de 2002</p> <p>Derogado por el art. 13, Resolución del Min. Protección 4750 de 2005 Por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación</p>	<p>Artículo 1: Definición.</p> <p>Artículo 5° población que atiende.</p> <p>Artículo 8° Derechos de los usuarios.</p> <p>Artículo 8° Derechos de los usuarios.</p> <p>Artículo 9° Funciones.</p>	<p>La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos fiscales de los entes territoriales.</p> <p>“Los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas, atenderán a cualquier persona natural o jurídica sin consideración de raza, creencias políticas o religiosas, edad, sexo o clase social que requiera información o atención sobre programas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, integración socio laboral, investigación, formación, capacitación y la docencia relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas”⁶¹.</p> <p>El programa deberá garantizar a todos los usuarios los derechos fundamentales expresados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos”⁶²</p>	<p>En esta resolución se encuentra inmersa COTECOL como una institución encargada de ofrecer servicios de promoción, prevención, dentro del proceso de tratamiento se hace necesario realizar inicialmente un diagnóstico para posteriormente llevar a cabo un tratamiento en las adicciones, a su vez las acciones de la institución deben apuntar a una reinserción social según lo establecido en la resolución, a su vez esta no rechaza a ninguna persona por raza, creencia, edad o clase social, si no por el contrario cuenta con una diversidad de usuarios, así mismo al regirse por</p>

⁶¹ Ibid., 11.

⁶² Ibid.,12

<p>integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Artículo 10: programas de atención.</p> <p>Artículo 11: fases y servicios del programa de tratamiento.</p> <p>Artículo 12: composición de los equipos terapéuticos básicos.</p>	<p>Los centros de atención, tratamiento y rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con su nivel de complejidad y objetivos, asumirán diversas funciones dentro de las principales se encuentran: atender las solicitudes de información y orientación hechas por los usuarios, realizar actividades de “Promoción de la salud y de prevención del consumo y abuso de SPA, procurar dentro de la comunidad un ambiente que ofrezca a los beneficiarios las máximas oportunidades posibles para su desarrollo integral, Decidir el tipo de tratamiento más adecuado para cada paciente, promover el autocuidado en salud de tal forma que se mejore la calidad de vida y propiciar la integración de la familia y la comunidad al proceso del usuario desarrollar estrategias comunicacionales y de información, contar con un sistema de evaluación y seguimiento, diseñar y reglamentar indicadores de impacto y gestión de su actividad, desarrollar programas educativos y formativos tendientes a buscar la recuperación de los valores, la familia, la solidaridad, la convivencia pacífica, el respeto por la diferencia y la tolerancia como elementos fundamentales para mejorar la calidad de vida, entre otras”.⁶³</p> <p>“Los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas, deberán ofrecer a sus usuarios y a la comunidad en general, dependiendo de sus</p>	<p>la declaración de los derechos humanos está en la obligación de garantizar a cada una de las personas el goce efectivo de estos.</p> <p>Dentro de las funciones establecidas por la resolución se encuentra que la institución debe ofrecer un tratamiento integral, razón por la cual la institución cuenta con un apoyo interdisciplinar necesario para un proceso integral todas estas acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida tanto del usuario como de su núcleo familiar razón por la cual el tratamiento es incluyente y hace gran énfasis en los valores familiares.</p> <p>El proceso cuenta con una serie de fases enmarcadas en la resolución: Fase de Desintoxicación, Fase de</p>
---	---	--	---

⁶³Ibíd., p.13.

		<p>objetivos y nivel de complejidad, programas de: información y orientación al usuario y a la comunidad, promoción y prevención, evaluación y diagnóstico, tratamiento, disminución de riesgos”⁶⁴</p> <p>“El programa de tratamiento consta de las siguientes fases y servicios: fase de desintoxicación, fase de deshabitación, fase de rehabilitación y reinserción social, servicio de desintoxicación, servicio de deshabitación, servicio de internamiento total, servicio de internamiento parcial, servicios de terapia ambulatoria”⁶⁵</p> <p>“Los equipos terapéuticos estarán integrados por personas con formación y experiencia en lo referente a la comprensión e intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con el nivel de complejidad de los servicios que brindan los respectivos centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas. Su número y dedicación dependerá del tamaño de la institución”.⁶⁶</p>	<p>Deshabitación, fase de tratamiento y Reinserción Social, a su vez es necesario que el equipo está integrado por profesionales capacitados como son trabajadores sociales, psicológicos, terapeutas, pedagogos, entre otros necesarios en el proceso.</p>
<p>RESOLUCIÓN Número 00315 del 25 de Abril de 2006 Condiciones</p>	<p>Condiciones de capacidad tecnológicas y científicas para</p>	<p>“ La institución garantiza que los especialistas, Esta resolución tienen por objeto regular la calidad de los servicios de salud, en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en</p>	<p>COTECOL es una institución Prestadora de Salud IPS, de carácter privado, que tienen entre sus servicios la atención y</p>

⁶⁴ Ibid.,p.18

⁶⁵ Ibid.,15

⁶⁶ Ibid.,12

de Habilitación para los Centros de Atención	la habilitación de los centros de atención.	Drogadicción (CAD) entendidos como toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia ⁶⁷	tratamiento de hombres y mujeres mayores de edad con problemas de consumo u otras adicciones, con la Modalidad de tratamiento residencial,
Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas e Impacto: 27 de noviembre de 2007.		“Reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad, y su objetivo general o propósito es ofrecer una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión”. ⁶⁸	Esta política busca disminuir la incidencia y prevalencia del consumo de SPA en Colombia apuntando a la mitigación del impacto éste en la familia, la comunidad y la sociedad. Lo anterior, para esto busca una respuesta integrada donde se genere un impacto, siendo las instituciones que prestan tratamientos en adicciones una posible solución a esta problemática.
Plan decenal de salud pública	Dimensiones prioritarias	“Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados	El plan decenal de salud pública apoya a los diferentes sectores y

⁶⁷ RESOLUCIÓN 00315 DEL 25 DE ABRIL DEL 2006, Continuación de la Resolución Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones, „[En línea] [3 de septiembre, 2015].<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%201315%20DE%202006%20-ANEXO%20T%C3%89CNICO%20No.%201.pdf>,

⁶⁸POLÍTICA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO, resumen ejecutivo, Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia.,[En línea] [23 de febrero del 2015]. http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf,

2012-2021.	Convivencia social y salud mental	a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Propicia espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud mental y convivencia”.	actores de la sociedad que tengan alguna relación con el consumo de SPA, promoviendo procesos comunitarios donde mediante diversas estrategias se busque la mitigación del consumo y dependencia, dentro de esto se encuentra inmersa la Comunidad Terapéutica de Colombia la cual propenderá a la prestación de servicios integrales para la comunidad.
REGIONAL			
Gobernación de Cundinamarca Secretaría de Salud	ARTÍCULO 174 Artículo 186. Funciones de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control	“Es misión de la Secretaria de Salud conformar un equipo humano comprometido que dirige y gestiona el sistema general de seguridad social en salud y lidera acciones transectoriales en el Departamento de Cundinamarca con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y a mantener y/o recuperar las condiciones en el estado de la salud de la población cundinamarquesa” ⁶⁹ . “1. Ejercer la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de salud y Protección Social, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.	La Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía-Cundinamarca, estará bajo la inspección y vigilancia de la secretaria de salud, al ser una entidad prestadora de salud, la secretaria de salud de dicha región controlara que se dé el cumplimiento de las políticas que expida el ministerio de salud y protección social, con el fin de garantizar el logro de las metas

⁶⁹ Ibid.,p13

		<p>1. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes⁷⁰.</p>	<p>planteadas desde el sector de la salud a nivel nacional, todas las acciones realizadas por COTECOL estarán bajo constante vigilancia de la gobernación de Cundinamarca.</p>
--	--	---	--

⁷⁰ FUNCIONES SECRETARIA DE SALUD, Gobernación de Cundinamarca, [En línea] [23 marzo del 2015 disponible en: http://www.cundinamarca.gov.co/wps/portal/Home/SecretariasEntidades.gc/Secretariadesalud/SecretariadesaludDespliegue/ascontenido/asquienes_somos/cs_ecresalud_quienesfunciones_].

En el marco normativo desarrollado anteriormente se dan las bases jurídicas y legales en las cuales se enmarca la Comunidad Terapéutica de Colombia, partiendo desde la declaración universal de Derechos Humanos donde se establece una guía para todas las naciones, en la cual los recursos de cada estado deben propender por la satisfacción de los derechos que permitan el desarrollo integral de todas las personas, así mismo se evidencian los objetivos de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas los cuales están orientados a consolidar y expandir programas para la prevención y tratamiento e incidir en las políticas públicas que apuntan a la disminución y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y los fines de éstas.

La constitución política de Colombia a su vez garantiza el derecho a la seguridad social en el cual se enmarca la salud, al igual se desarrollan otros lineamientos como la ley 1566 la cual reconoce como asunto de salud pública al consumo de sustancias psicoactivas; la ley 100 dentro del plan de atención básica hace énfasis en brindar información pública sobre el control de consumo de SPA, la resolución 00315 del 25 de abril del 2006 plantea los estándares que condicionan el funcionamiento de los centros de atención en drogadicción, los servicios que éstos prestan y los profesionales con que deben contar los centros de atención para que puedan brindar un óptimo servicio y cumplan con los estándares establecidos en esta resolución.

En el Plan Nacional de Desarrollo se implementa la política de Reducción del Consumo de Drogas, esto con el principal objetivo de una igualdad de oportunidades para la prosperidad social, entendiendo el consumo de sustancias psicoactivas como una problemática que afecta el desarrollo de la persona.

Es claro el interés de las diversas leyes de abarcarla problemática del consumo de sustancias psicoactivas, las acciones encaminadas a la atención de esta, y las funciones que deben cumplir las instituciones que presten servicios de tratamiento en adicciones, el marco legal permitió enmarcar la intervención del área de trabajo social dentro de los servicios prestados por la Comunidad Terapéutica de

Colombia, la necesidad de abarcar esta problemática desde la profesión teniendo en cuenta el objetivo de esta de restablecer los derechos de la población a la que de una u otra forma se les han sido vulnerados.

5. CONTEXTO TEORICO-CONCEPTUAL

El siguiente apartado desarrollara los diferentes referentes que dieron validez a la intervención llevada a cabo por las trabajadoras sociales en formación en la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) sede Chía- Cundinamarca. Al identificar las diversas problemáticas en las cuales COTECOL basa su accionar, se hace ineludible definir conceptos como drogadicción, dependencia a las sustancias psicoactivas (SPA), consumo de SPA, adicción, a su vez es preciso la precisar conceptualmente las temáticas trabajadas en la intervención: dinámica familiar, comunicación, empatía, proyecto de vida, habilidades sociales, autonomía y resolución de conflictos las cuales serán desarrollados a continuación.

El concepto de drogas hace referencia a todas aquellas sustancias que producen trastornos en la forma de comportarse de las personas, a este conjunto de drogas se les ha denominado sustancias psicoactivas (SPA)⁷¹ siendo todos los compuestos naturales o sintéticos capaces de generar alteraciones en el funcionamiento normal del sistema nervioso, estas alteraciones se pueden clasificar según los síntomas que generan: deprimen y/o disminuyen el ritmo del sistema nervioso, estimulan o aumentan el ritmo de la actividad y/o alteran la percepción y el estado de conciencia.

El consumo constante de SPA puede genera dependencia, entendiendo ésta es el uso excesivo de sustancias que alteran el sistema nervioso, causando como consecuencia un deterioro en el estado de salud, pese a que la persona hace más frecuente su consumo y en mayores dosis⁷². La dependencia a las SPA afecta su vida cotidiana puesto que la persona consumidora, invierte más tiempo en conseguir, consumir y recuperarse de los efectos; otro de los efectos de la dependencia es la poca relevancia que se le empieza a dar al daño que trae consigo el consumo, razón por la cual las dosis van aumentando frente a la tolerancia que produce el cuerpo a algunas sustancias y el síndrome de abstinencia.

⁷¹ GÁLLIGO, Caudevilla Fernando, DROGAS: CONCEPTOS GENERALES, EPIDEMIOLOGÍA Y VALORACIÓN DEL CONSUMO, Grupo de Intervención en Drogas sem FYC. [En línea] [04 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>,

⁷² NEUROCIENCIA DEL CONSUMO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004, [En línea] [04 Abril del 2015. Pág. 12]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf,

Según la clasificación internacional de enfermedades- decima versión (CIE- 10) una persona dependiente al consumo de SPA presenta alguna de las siguientes características: deseo intenso de consumo, dificultad frente al control del consumo (cantidad, inicio o termino)⁷³ “síndrome de abstinencia al disminuir o terminar el consumo, tolerancia frente a la cantidad razón por la cual debe aumentar la dosis, persistencia en el consumo de SPA a pesar de los daños psicológicos y fisiológicos y/o abandono de otras actividades por causa del consumo”.

En lo planteado anteriormente frente a las drogas y la dependencia de sustancias psicoactivas se halla que la drogadicción es el consumo repetitivo de una sustancia psicoactiva, el cual causa alteraciones a nivel físico y psicológico, afectando el comportamiento y accionar de la persona que la ingiere; además es definida y reconocida desde diferentes organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas, éstas organizaciones juegan un papel importante al reconocer y definir estas problemáticas que afectan la salud de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la drogadicción como un estado de intoxicación constante y/o crónica originada por el consumo continuo de una sustancia psicoactiva que al ser ingerida puede alterar la conducta de la persona, afectando el desarrollo normal de su sistema nervioso y sus procesos mentales⁷⁴. La dependencia a una sustancia psicoactiva se caracteriza por el deseo de consumir; la tendencia a aumentar la dosis de la sustancia, dependencia física, psíquica y el síndrome de abstinencia.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), expone que el consumo de drogas y la drogadicción causa gran pérdida de vidas humanas, estando entre los principales veinte riesgos para la salud, trayendo consigo una serie de enfermedades como el VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis, muerte por sobredosis y enfermedades cardiovasculares. Según cifras de la ONU “alrededor de unas 200.000 personas mueren cada año por consumo de drogas”⁷⁵, es evidente que el consumo de drogas tiene repercusiones en la persona y el entorno que la rodea,

⁷³ NEUROCIENCIA DEL CONSUMO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004, [En línea] [04 Abril del 2015. disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf],P. 12

⁷⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, [En línea] {01 de Abril del 2015}. {Disponible en} <http://www.who.int/es/>,

⁷⁵ NACIONES UNIDAS, [En línea] 01 de Abril del 2015}. {Disponible en} <http://www.un.org/es/home/index.html>

principalmente la familia, comprendiendo Ésta como el núcleo fundamental de la sociedad según lo definido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁷⁶.

Los autores Palacios y Rodrigo afirman que la familia es definida como la asociación de personas que comparten propósitos de vida y que desean mantenerse unidos en el tiempo, según Torres, Ortega, Garrido y Reyes la familia es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”, otros autores como Alberdi definen la familia como el “conjunto de dos o más personas unidas por el matrimonio o procedencia que comparten un espacio físico, recursos económicos en común y consumen juntos una serie de bienes”⁷⁷.

La familia se identifica como factor protector definiendo éste como las cualidades, condiciones y acciones que permiten la disminución de las probabilidades que se presente una situación problema como lo es el consumo de SPA, disminuyendo potencialmente la posibilidad de caer en un comportamiento de riesgo, sin embargo estos no implican directamente hechos beneficiosos pero si implica acciones asociadas a factores positivos. Existen tres procesos relacionados con la protección⁷⁸:

- Modelo compensatorio: un factor protector actúa en una dirección opuesta a un factor de riesgo, disminuyendo de forma directa problemas en el comportamiento y la conducta (relacionados con la salud mental).
- Modelo protector: las cualidades moderan los efectos de un riesgo y por ende de una consecuencia negativa.
- Modelo desafiante: la exposición a niveles bajos o altos a un factor de riesgo se asocia directamente con resultados negativos, sin embargo los niveles bajos de riesgo se asocian con menos resultados negativos.

⁷⁶ DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (DUDH), [En línea] [04 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>,

⁷⁷ ALBERDI, Inés, Un nuevo modelo de familia. , [En línea] [04 de Abril del 2015] disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/24821/192360>, }p.86.

⁷⁸ FERGUS, S.; ZIMMERMAN, M. (2005). «Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk». Annual Review of Public Health, 26, p. 1-26, {en línea} [30 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors_proteccio_adolescents_casrt.pdf?sequen ce=1,

En los factores protectores se pueden establecer tres niveles que influyen directamente en éstos:

- Nivel personal: autonomía, empatía, proyecto de vida.
- Nivel familiar: relaciones familiares, la comunicación funcional juega un papel fundamental como factor protector.
- Nivel comunal y social: ambientes en los que la persona se desarrolla.

Teniendo en cuenta lo anterior, las relaciones familiares pueden ser un factor protector o de riesgo según se desarrollen; la falta de afecto, problemas de comunicación, la indiferencia son algunas de las situaciones presentes en la dinámica familiar que inciden como factor de riesgo⁷⁹.

La familia es la base del desarrollo de los individuos y su toma de decisiones, desde el punto de vista sociológico, la familia según Minuchin es un sistema que evoluciona y a su vez transforma su dinámica interna a partir de la influencia del entorno que la rodea; la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”⁸⁰; Por tanto la familia es un conjunto de personas relacionadas por vínculos de afectividad mutua, estableciendo reglas, normas y prácticas de comportamiento, es decir que dentro de la familia se presentan diferentes dinámicas.

La dinámica familiar se puede interpretar como el encuentro entre las subjetividades, mediados por una sucesión de normas, reglas, roles, que regulan la convivencia y permiten que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle de manera armónica, 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. La dinámica familiar abarca diferentes situaciones biológicas, psicológicas y sociales que conciernen a ésta y a su vez permiten su desarrollo. Dentro de la dinámica familiar se encuentran elementos importantes como la afectividad, crianza de los miembros, autoridad,

⁷⁹ CHAVARRIA Vázquez- y ROBLES Garro, “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”, P. 18. Costa Rica, 2008.

⁸⁰ MINUCHIN Salvador, Familia y Terapia familiar. Buenos Aires, [En línea] [4 de abril del 2015]. {Disponible en} <http://www.academia.edu/7006953/148423637-38636567-Familias-y-Terapia-Familiar-Minuc>.

comunicación⁸¹; este último elemento se entiende como el proceso mediante el cual se transmite e intercambia ideas, sentimientos, deseos e información entre dos o más personas, es importante dentro de la dinámica familiar puesto que permite la interacción de los miembros dentro de la familia.

Según los planteamientos de Agudelo la comunicación se puede ver desde diferentes modalidades:

- Comunicación bloqueada, caracterizada por poco diálogo e intercambios entre los miembros de la familia, cuando los integrantes de la familia se comunican necesariamente más allá de la intención de establecer algún vínculo afectivo.
- Comunicación dañada, las relaciones familiares están selladas por intercambios que se basan en “reproches, insultos, críticas destructivas, este tipo de comunicación tiene como característica el distanciamiento de los miembros de la dinámica familiar y por ende los vínculos de la misma son frágiles.
- Comunicación desplazada, se basa en buscar la mediación de un tercero cuando los miembros de la familia no se sienten competentes para resolver las diferencias que existen entre ellos, lo que a su vez genera distancia afectiva entre los miembros⁸².

En la estructura general de la familia es importante mencionar las bases con las que están formadas como los valores, los cuales representan la estructura interna de las familias y de éstos dependen las relaciones de cada individuo con su entorno, entre éstos sobresalen el respeto es un valor moral, siendo es el reconocimiento que algo o alguien posee, del valor propio, permite al ser humano reconocer, aceptar, valorar o apreciar las cualidades y derechos del otro. Según Piaget el respeto es un sentimiento esencial que permite la adquisición de nociones morales, estableciendo dos tipos:

- ✓ Respeto unilateral: existe una desigualdad entre quien respeta y el respetado, hay una relación vertical de superioridad.

⁸¹ AGUDELO BEDOYA, M. E. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA INTERNA DE LAS FAMILIAS MONOPARENTALES, SIMULTÁNEAS, EXTENDIDAS Y COMPUESTAS DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud P. 41, [En línea] [4 de Abril del 2015 {Disponible en} <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/311>.

⁸² Ibid. P. 41.

- ✓ Respeto mutuo: las personas involucradas se consideran como iguales y existe una relación recíproca de respeto, este tipo de respeto tiene como objeto “constituir personalidades autónomas aptas para la cooperación”⁸³.

El respeto es un valor importante en las familias puesto que puede propiciar unión familiar, siendo un factor más relevante de lo que se cree "tiene como finalidad que un ser humano se críe en un hogar donde sus integrantes trabajen en equipo, se preocupen por lo que siente cada uno y entre todos busquen una solución a los problemas"; como se describe anteriormente la unión familiar es entendida como un valor importante en la familia para el desarrollo de cada uno de los individuos que la conforman, pero si bien la familia es el núcleo principal en el desarrollo de las personas cabe destacar que en la forma de socialización externa a las familias existen círculos importantes en su identidad como lo son los amigos

La amistad es entendida como “el afecto personal, puro y desinteresado, ordinariamente recíproco, que nace y se fortalece con el trato”, esta definición enmarca una parte de afecto personal como debe de ser destacado al momento de emprender una relación amistosa. La amistad posee unas características según el autor “afinidad, reciprocidad, respeto, comprensión y confianza”⁸⁴ lo que busca que cada individuo pueda crecer y formarse como persona en su contexto, sin embargo dentro de esta formación es importante resaltar que aunque se de una influencia por parte de la familia y los amigos, debe primar la autonomía del sujeto.

La autonomía a nivel teórico nos señala que es “la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas”⁸⁵, ésta también puede hacer referencia a “la regulación de la conducta por normas que surgen del propio individuo, decidiendo conscientemente qué reglas son las que van a guiar su comportamiento”⁸⁶. La persona pone en práctica esa toma de decisiones individual de una manera positiva o negativa que puede implicar una serie de consecuencias.

La toma de decisiones importantes puede estar motivada por deseos de alcanzar sueños, metas y placeres, a simple vista esta motivación está ligada a la personas

⁸³ PIAGET, Jean. El crecimiento moral. Editorial Losada S.A., Buenos Aires, 2002 , cuarta edición p109

⁸⁴ Ibid.p.60

[En línea] {Disponible en} <http://juansanchez.webcindario.com/trabajos/resmutuo.php> [disponible en: el 4 de Abril del 2015]. FUNDACIÓN MODERNA, Escuela de Familias Modernas, 2012, [En línea] [5 de octubre 2014].http://www.educacion.navarra.es/documents/27590/51352/AUTONOMIA_Y_RESPONSABILIDAD.pdf/34e7af0a-341e-47eb-b7a6-5b44a2c56a4e.

⁸⁵ Ibid.p.9.

por medio de una necesidad y un deseo, por esta razón ésta puede ser definida “como la búsqueda de la satisfacción de la necesidad, que disminuye la tensión ocasionada por la misma”⁸⁷ éstas motivaciones van ligadas a las necesidades ciertamente o por el contrario las necesidades crean las diferentes motivaciones.

Para entender un poco más afondo las diferentes motivaciones que generan las personas, el autor Abraham Maslow establece cinco tipos de motivaciones:

- Motivaciones fisiológicas (ligadas a las primeras necesidades básicas del ser humano como comer, dormir etc.).
- Motivaciones de seguridad (orientadas hacia el futuro del individuo con respecto a su aspecto físico y económico).
- Motivaciones de pertenencia y amor (son generadas por la vida y la interacción con la sociedad).
- Motivación de Estima (se generan a través de una tendencia del individuo en destacarse y ser reconocido por cierto estatus social).
- Motivación de auto realización (ligadas al deseo de superación del individuo).

Dentro de la formación individual y social de cada ser humano impulsado por una motivación o una necesidad se encuentra ligado el desarrollo de las habilidades sociales (HHSS) las cuales son las capacidades o aptitudes que emplea un individuo cuando interactúa con otros sea para crear amistades, solucionar conflictos familiares, alcanzar una meta o satisfacer una necesidad, desde una visión clínica autores como Hersen y Bellack “es la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos”⁸⁸.

Las habilidades sociales se pueden definir como los comportamientos aprendidos, manifiestos en situaciones de interacción social, dentro de sus principales características se encuentra que son aprendidas, implican comprender el punto de vista del otro; son comprensibles en situaciones sociales específicas, son consideradas como eficiencia del comportamiento interpersonal. Desde la teoría del aprendizaje social las HHSS son entendidas como conductas sociales, es decir que

⁸⁷ BIBLIOTECA, Virtual, UNIVERSIDAD DE MURCIA. Murcia. Universidad de Murcia España, 2011, [En línea] [21 de Noviembre del 2014} disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/motivacion.pdf>,

⁸⁸ BELLACK, S, Alan. HERSEN, Michel, Research and Practice in Social Skills Training (Investigación y Práctica de Capacitación de Habilidades Sociales), p.358. Newyork: springer, 2009.

estas se pueden adquirir bajo “mecanismos básicos de aprendizaje” dentro de los cuales se incluyen: el reforzamiento positivo directo éstas, experiencia apoderada u aprendizaje de observación, retroalimentación interpersonal y desarrollo de expectativas cognitivas referente a situaciones interpersonales⁸⁹, es decir que son conductas que se adoptan o aprenden en el transcurso del desarrollo de los ciclos de vida las cuales son utilizadas para el desarrollo individual o social del ser humano de una forma positiva o negativa. Dentro de las HHSS más importantes en el ser humano se encuentra la comunicación.

Según el autor Soria Víctor “la comunicación se puede concebir como la transmisión de mensajes de una a otra persona, de un grupo a otro o bien de una persona a un grupo”⁹⁰ se interpreta como un proceso en el cual las personas tienen la oportunidad de aportar sus opiniones y su forma de ver la realidad.

Teniendo en cuenta que la comunicación es el “la transmisión de mensajes” con el otro y desde allí invita a la reflexión sobre los propios modelos comunicativos. La comunicación humana es uno de los temas centrales del proceso grupal, por lo tanto este tema, es abordado en toda tarea de grupos para construir una red interaccionar que favorezca los vínculos inter e intrasubjetivos. Dentro de la comunicación se resalta la importancia de la comunicación verbal y no verbal como componentes esenciales de la interacción.

Ahora bien Tomás Fernández en su libro dinámica de grupos da un papel muy importante a la comunicación y afirma que en la dinámica de grupo se originan precisamente en las interacciones porque es allí donde las personas aportan sus opiniones y su forma de ver la realidad, es por esto que al analizar las dinámicas que se generan en un grupo hay que tomar en consideración los procesos de comunicación que hacen posible la interacción.

Los elementos básicos que intervienen en la comunicación entre personas son los siguientes:

- Codificación de percepciones, pensamientos y sentimientos en forma de

⁸⁹Pérez Isabel, Habilidades sociales educar hacia la autorregulación, Horsori Editorial, SL, 2000, P. 31

⁹⁰SORIA Víctor, Relaciones humanas, Limusa editorial, 2004.

lenguaje.

- Transmisión de dicho lenguaje y de los símbolos tiene lugar de manera verbal o no verbal, tanto en un entorno cara a cara como en un entorno virtual.
- Decodificación del mensaje por parte del receptor.

La asertividad es un elemento que influye en la comunicación puesto que es la “habilidad de expresar pensamientos, sentimientos y percepciones, de manera apropiada”⁹¹. Esto tiene como fin elevar la autoestima y desarrollar auto confianza para expresar acuerdos o desacuerdos.

La comunicación asertiva se puede definir desde lo planteado en los conceptos de comunicación y asertividad, como la unión entre la transmisión y el elemento transmitido, este elemento puede estar compuesto de pensamientos, sentimientos y percepciones. Dicha transmisión puede estar dirigida a un individuo o a un grupo de individuos que pueden generar acuerdos o desacuerdos.

El autor Elizondo (1990) señala que “existen tres componentes básicos (visual, vocal y verbal) involucrados en la comunicación asertiva”⁹². Lo visual se refiere al contacto que puede identificar expresión facial del individuo, gestos, posturas y movimiento; lo vocal, elementos vocales no hace referencia al contenido de lo que se dice sino a la forma como se dice; lo verbal entendido como la selección del lenguaje que se va a transmitir para lograr una comunicación exitosa.

La comunicación es una herramienta generadora de roles dentro de los grupos propiciando diversas relaciones en los miembros, dentro de éstas se puede propiciar el liderazgo el cual define una persona o a un grupo con ciertas características que lo convierte en líder, su accionar de liderazgo permite identificarlo como “el conjunto de cualidades y hábitos positivos que motivan y permiten a un individuo conducir a un grupo de personas al logro de fines superiores por caminos acotados por principios y valores de alto contenido moral”, como la definición aclara, el individuo para conducir un grupo debe poseer unas herramientas como la autoridad, la comunicación, el poder, sin embargo un buen líder debe ser empático,

⁹¹ Elizondo Magdalena. ACSERTIVIDAD Y ESCUCHA ACTIVA EN EL AMBITO ACADEMICO.Ed. p.17Trilla Mexico.1997.

⁹² *Ibíd.*, p. 8.

comprendiendo a los demás miembros del grupo.

La empatía es “la capacidad de una persona para ponerse en el lugar del otro y poder así comprender su punto de vista, sus reacciones, sus sentimientos, etc.”⁹³, es la capacidad de las personas de poder sentir el uno del otro; “un estado emocional basado en sentir como el otro siente y pensar como el otro piensa para la comprensión y el reconocimiento de tales emociones”⁹⁴, además implica así mismo internarse en un rol diferente al propio y poder identificar al otro. Un análisis más a fondo de lo antes expuesto lleva a que la empatía sea definida como la forma de establecer vínculos afectivos enlazados por la comunicación de pensamientos y el desarrollo de las actuaciones.

La empatía se encuentra inmersa dentro de las habilidades sociales, siendo utilizado como un punto de partida en el funcionamiento de las HHSS que poseen las personas al momento de crear proyecto de vida vinculando en este su autonomía, comunicación, motivación, roles y funciones, que para cada individuo y la sociedad deben ser aceptados, este proyecto de vida debe ser visto como “un plan en el que el hombre forje sus metas y objetivos, que represente lo que el individuo aspira a ser y los momentos en el tiempo en los que se piensa desarrollar lo planteado, este proyecto de vida puede estar diseñado a corto, mediano o largo plazo”⁹⁵. Ángelo plantea el proyecto de vida donde “se integran las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación- aportación dentro del marco de las relaciones entre la sociedad y el individuo”⁹⁶.

El proyecto de vida también es definido por la autora Judith Zuluaga Montes y María Eugenia García Gómez, como “proposiciones de manejo del futuro y metas de realización y superación personal. Tener una idea clara y definida y firme de lo que queremos alcanzar o llegar hacer, es lo que nos enseña el plan de vida futura,

⁹³ EL LIDERAZGO PARTICIPATIVO Y SU INCIDENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL DE LOS EMPLEADOS DE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO, [En línea] [4 de abril del 2015] disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9309/1/222%20o.e.pdf>

⁹⁴ Ibid. p.22

⁹⁵ PROYECTO DE VIDA, Salud y Prevención de las Adicciones, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, [En línea] [4 de abril del 2015]. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT105.pdf,

⁹⁶ D'Angelo, LAS TENDENCIAS ORIENTADORAS DE LA PERSONALIDAD Y LOS PROYECTOS DE VIDA FUTURA DEL INDIVIDUO. En: Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad. Edit. Pueblo Educación. La Habana, [En línea] [04 de Abril del 2015] {Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v3n2/05.pdf>

enmarcado en un sistema de valores y convicciones que nos permitan, de una manera organizada, caminar hacia la conquista de nuestros ideales”⁹⁷

Comprendiendo lo mencionado anteriormente, el proyecto de vida es una estructura que evidencia el dominio de la persona hacia su futuro, las direcciones esenciales y las áreas de la persona que requieren que ésta tome decisiones, teniendo en cuenta que la situación social del individuo tiene influencia en la configuración, dirección y contenido del proyecto de vida. Según Ángelo el proyecto de vida articula las diferentes dimensiones de la persona como son las orientaciones de la personalidad que incluyen (valores morales, estéticos, sociales, etc. y fines vitales), la programación de tareas- metas vitales- planes-acción social y una autodirección personal que está ligada con el estilo y los mecanismos psicológicos de regulación y acción que implican estrategias y formas de autoexpresión e integración personal y autodesarrollo.⁹⁸ Esto aclara la importancia que tiene el proyecto de vida para cada individuo dentro de la sociedad. Para su realización se deben tener claridades en las metas, realizando una jerarquización de prioridades, escogiendo las estrategias para la solución de dificultades para así poder direccionar todo este proceso al cumplimiento de los objetivos.

El proyecto de vida es visto como una “herramienta”⁹⁹ impulsadora del desarrollo individual y social del ser humano, no olvidando otras herramientas que son parte fundamental como las habilidades sociales que ponen en práctica al momento de desarrollar el proyecto de vida y brindan la facilidad de crear estrategias para superar los obstáculos que en el desarrollo de éste se puedan presentar como conflictos personales e interpersonales y como se utilizarían las HHSS para la resolución de éstos, vistos estos conflictos como “violencia en general, como una situación anímica desafortunada para las personas que se ven implicadas en él, este también surge cuando personas o grupos desean realizar acciones que son mutuamente incompatibles, por lo cual la posición de uno es vista por el otro como un obstáculo para la realización de su deseo; en este caso, el conflicto no se

⁹⁷ ZULUAGA Judith, GARCIA, María Eugenia. Ser, Crecer, Vivir, Taller de crecimiento Personal, Editorial Tizano Ltda. p. 42. Manizales. 1998.

⁹⁸ibid., pag,33

⁹⁹ BARRIENTOS José y Méndez Joan. Intervenciones Filosóficas en la Sociedad, Editorial Visión Libros, México, p. ,83. 2011.

presenta de manera exclusiva por un enfrentamiento por acceder a unos recursos, sino por una indebida percepción del acceso a los mismo”¹⁰⁰

La autora María Fuquen Alvarado propone formas alternativas de resolución de conflictos, estableciendo éstas como “mecanismos no formales y solidarios que brindan un elemento fundamental en la humanización del conflicto, con la presencia de una tercera persona que actúa como facilitadora especialista en resolución o prevención del conflicto”¹⁰¹. Este mecanismo permite que sean los mismos individuos quienes se empoderen del cambio.

Es en estas formas alternativas de resolución de conflictos, donde el trabajador social juega un papel fundamental siendo educador, donde el fortalecimiento de las habilidades sociales permitan potencializar las capacidades de los residentes a la hora de prevenir, manejar y resolver un conflicto de manera eficaz; dentro de ésta resolución de conflictos se encuentran cuatro maneras alternas para la resolución de conflictos:

- Mediación: Una tercera persona hace las veces de mediador, con el fin de dar solución al conflicto.
- Negociación: se busca que los involucrados lleguen a un acuerdo, se da gran énfasis a la resolución pacífica a través de la comunicación.
- Arbitraje: un tercero elegido por los involucrados, toma decisiones frente al conflicto y los actores deben aceptar éstas.
- Conciliación: mediante una serie de actividades, los involucrados resuelven el conflicto mediante un acuerdo satisfactorio para las dos partes, en este interviene otro actor imparcial, el cual buscara la conciliación de los individuos involucrados, para esto se dan cinco fases: se define el contexto de la situación; se dan los diversos puntos de vista; se establecen los puntos a tratar; se generan soluciones; se establecen acuerdos y se da el cierre¹⁰²

Estos elementos son de mayor importancia porque reflejan la forma de expresar inconformidades y aceptaciones a través de la comunicación y del reconocimiento de los sujetos con todo su compuesto. Esto va sujeto al auto reconocimiento lo que

¹⁰⁰ MARÍA ELINA FUQUEN ALVARADO, LOS CONFLICTOS Y LAS FORMAS ALTERNATIVAS DE RESOLUCIÓN, Revista Tabula Rasa No.1. [En línea] [21 de agosto del 2015].{Disponible en <http://www.revistatabularasa.org/numero-1/Mfuquen.pdf>, P. 266, Bogotá - Colombia, 2013 .

¹⁰¹ *Ibíd.*, p.10

¹⁰² *Ibíd.* p. 12

implica ser un individuo social generador de derechos y deberes, este auto reconocimiento se expresa como “la relación establecida consigo mismo, lo que se piensa de sí mismo y el establecimiento de los lazos sociales con su entorno”¹⁰³. Esta definición de auto reconocimiento encierra los pensamientos, deseos, las expresiones y el vínculo con el pasado de cada individuo para poder así comparar con su presente seleccionando las experiencias y hechos que ayuden a identificarse de una manera positiva y negativa. Para así formarse como un ser social sin dejar a tras su individualidad y lo que implica moverse en diferentes contextos para alcanzar metas y sueños sin generar daños colaterales a otros individuos y poder ser aceptados socialmente.

6. ÁREA DE INTERVENCIÓN

Trabajo social en las comunidades terapéuticas se encuentra inmerso en el área de rehabilitación según Emilia Luna y Melba Chaparro en ésta área “las acciones están dirigidas a la promoción, prevención y rehabilitación profesional”¹⁰⁴. Cabe aclarar que el área laboral en la que se encuentra trabajo social en dichas instituciones es la rehabilitación social, según diccionario de trabajo social, la rehabilitación social es “la reincorporación a la sociedad de personas que perdieron ciertos hábitos, normas y valores, originados en problemas tales como, la drogadicción, el alcoholismo, iniciación a la vida de la calle o la delincuencia”.¹⁰⁵ En ésta se ven reflejadas las relaciones y alianzas terapéuticas entre los diferentes profesionales que trabajan coordinadamente por el bienestar de los residentes y sus familias, potencializando las habilidades y capacidades humanas en relación con su problemática y el tratamiento del que hacen parte.

Desde el Trabajo Social, se trabaja la rehabilitación social puesto que se percibe como un escenario para la práctica profesional, en la cual se hace necesaria su intervención y su conocimiento propiciando el reconocimiento de los derechos de las personas que se han visto de una u otra forma alejada o marginada de la sociedad.

¹⁰³ SEGLIN, verónica. MODERNIZACIÓN RURAL Y DEVASTACIÓN DE LA CULTURA TRADICIONAL CAMPESINA. En La Ética del Cuidado 2da ed. Nuevo León México. Plaza y Valdez p.281, 2004.

¹⁰⁴ LOPEZ Emilia y CHAPARRO Melba. Competencias Laborales del Trabajador Social Vistas Desde el Mercado Laboral. En: Revista Tabularasa. Numero 5. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca Bogotá D.C. 2006.[En línea] [9 de octubre de 2015]. disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892006000200014&script=sci_arttext

¹⁰⁵ Montoya, G. Z. (2002). Diccionario de Trabajo social

A nivel institucional el profesional de trabajo social en la Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía- Cundinamarca se encuentra inmerso en el área de atención socio familiar.

La Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) presta servicios de tratamiento para personas con adicciones, ofreciendo servicios integrales donde se abarque a la persona desde diferentes ámbitos, bajo este interés en COTECOL se desarrollan nueve áreas: pedagogía, psicología, salud, espiritual, lúdico recreativa, formación académica, área cultural, formación para el trabajo y área socio familiar, dentro de esta última se enmarca el Trabajo Social estando inmerso el proceso de pasantía.

El área socio familiar “Atiende todo lo referente a la intervención pedagógico-terapéutica con el núcleo familiar de apoyo del residente y las redes sociales que se hayan de involucrar”¹⁰⁶. Dentro de esta área el trabajador social busca mejorar las condiciones de algunos de los miembros en este caso de los residentes, comprendiendo las afectaciones que trae para la persona y su núcleo familiar el consumo y adicción a las sustancias psicoactivas.

Dentro de dicha área el trabajador social lleva a cabo algunos procedimientos como las entrevistas donde se busca conocer las principales características, la dinámica y funcionamiento de la familia, así mismo las problemáticas que la afectan; el grupo mixto individual el cual tiene como objetivo analizar en conjunto con el residente y su familia, una situación que los afecte y generar algunas alternativas de solución; grupo mixto (familia- residente) en éste se profundiza en los conflictos emocionales y afectivos del residente con relación a las personas que lo rodean, y se propicia el manejo de emociones.

Las trabajadoras sociales en formación en esta área propiciaron espacios de reflexión, brindando herramientas a nivel individual y familiar, buscando fortalecer las habilidades de los residentes comprendiendo las afectaciones que trae consigo el consumo de Sustancias Psicoactivas a nivel individual y familiar. Dentro de las

¹⁰⁶ ORTEGA, Alberto, Modelo Psico- Socio- Educativo para el Tratamiento Integral de las Adicciones, MODELO TERAPEUTICA AMIGONIAN, Religiosos Terciarios Capuchinos, [En línea] [6 de septiembre del 2015],<http://www.tercarioscapuchinossanjose.org/documentos/publicaciones/LibroPalbertortega1.pdf>.

funciones y roles ejercidos dadas las circunstancias dentro de la comunidad se orientó a los residentes y sus familias en el desarrollo de sus capacidades, facilitando y contribuyendo a la identificación y resolución de conflictos, mediando entre los diversos miembros de la comunidad y de estos con sus familias propiciando acuerdos y compromisos entre las partes, otro de los roles desarrollado fue el de educador el cual implica un “proceso en el cual el profesional aporte desde sus conocimientos científico, trabajando conjuntamente con los sujetos, promoviendo una relación dialéctica”¹⁰⁷

6.1 MÉTODO DE INTERVENCIÓN.

En este apartado se describirá el método en el que se enmarcó la intervención, bajo los postulados de los autores Tomas Fernández y Antonio López en su libro trabajo social con grupos. El principal objetivo del trabajo con grupos es “capacitar a la persona para hacer frente a partir del aprendizaje y refuerzo de habilidades sociales básicas a los problemas y oportunidades de la vida”¹⁰⁸, teniendo en cuenta el objetivo general del proyecto basado en el fortalecimiento de las habilidades sociales de los residentes, el grupo se desarrolla bajo unas fases:

Primera fase, diseño del grupo: diagnóstico y preparación en esta etapa se debe realizar un diagnóstico previo, en el cual se identifiquen carencias y dificultades, seguido de esto, se establecerán las características específicas del grupo (duración, objetivos, número de miembros), posterior a esto se deben establecer objetivos; teniendo en cuenta lo anterior en este momento se realizó el diagnóstico bajo un instrumento de caracterización, el cual permitió evidenciar las principales características sociodemográficas y familiares (estrato socioeconómico, tipología familiar), a su vez se identificaron las principales necesidades y carencias tanto a nivel individual y familiar (problemas en la comunicación, conflictos); se identificaron debilidades en las habilidades sociales, así mismo este diagnóstico permitió analizar el contexto social, comunitario e institucional en el que se encontraban los

¹⁰⁷ ROMINA, Ana. El Rol del Trabajador Social. Reflexiones acerca del rol definido teóricamente y el rol desempeñado en la práctica profesional, {en línea} [2 de octubre de 2015]{disponible en} http://www.filo.unt.edu.ar/al/its13/u2_rol.pdf

¹⁰⁸ FERNANDEZ GARCIA, Tomas Y LÓPEZ PELÁEZ, Antonio. Trabajo social con grupos, P.304, Madrid: Alianza, 2006.

residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL), una vez realizado la caracterización se estableció como objetivo el fortalecimiento de las habilidades sociales de los residentes; respecto a las características específicas, al estar previamente formado y al ser un grupo abierto su composición estaba determinada por metas de la institución que en su misión busca mejorar la calidad de vida de la población con problemas de adicción, este es el objetivo que persigue la institución para los residentes, en este caso la reeducación es el fin que busca la institución durante todo el proceso ya que este es el eje transversal, al ser éste un grupo abierto permitía el ingreso de otros miembros, la intervención de las trabajadoras sociales en formación no se centró en la conformación del grupo ya que este se encontraba previamente formado, si no en las problemáticas y necesidades que se identificaron dentro del grupo y las características observables de la dinámica.

En la segunda fase: Inicial del grupo, inclusión y orientación, se busca generar un clima de confianza, en esta se deben tener en cuenta los antecedentes socioculturales puesto que la cultura de cada persona puede afectar la participación dentro del grupo. Se da una incertidumbre frente a los objetivos del grupo, el papel del trabajador social debe enfocarse al manejo de los posibles conflictos que puedan presentarse evitando que éstos afecten la cohesión y confianza entre los miembros del grupo, algunos de los valores que favorecen la dinámica del grupo, son la aceptación, el respeto, la empatía, la autenticidad. Ya en esta fase se dio el acercamiento más a fondo entre los profesionales y el grupo ya formado, donde se identificaron debilidades en los canales de comunicación, dentro de la dinámica del grupo, evidenciando en algunos casos que ésta era poco asertiva y agresiva, razón por la cual fue necesario generar un clima de confianza entre las profesionales y el grupo de residentes, para esto fue importante la actitud de las trabajadoras sociales puesto que permitió generar un clima de confianza; la empatía influyó en la dinámica interna, el respeto entre otras actitudes permitieron la aceptación de éstas en el grupo; posterior a esto se formulan los objetivos y propósitos de la intervención, teniendo en cuenta tanto las necesidades individuales referidas por los residentes y por la institución como los intereses grupales.

En la tercera fase de transición, según López y Fernández en esta fase, continúa la incertidumbre de los miembros del grupo; se desarrollan los canales de comunicación y se evidencian los primeros conflictos, esta etapa se caracteriza por la definición del papel de los miembros del grupo, se da importancia al poder y conflicto, posterior al establecimiento del poder, se puede dar mayor libertad en la comunicación o conflictos, teniendo en cuenta que el grupo estaba previamente conformado, se evidenció un clima de seguridad en el grupo, identificando roles en los miembros, líderes positivos y negativos, también se evidenciaron problemas en la comunicación dentro del grupo. Las trabajadoras sociales en formación tuvieron un papel activo de líderes, sin embargo delegando el poder al grupo, y propiciando la participación de cada uno de los miembros. En esta etapa se dieron acciones enmarcadas en los objetivos establecidos, se aumentó la confianza grupal, propiciando la cohesión.

La cuarta fase de trabajo y correspondencia: logro de metas, el grupo se debe centrar en conseguir los objetivos establecidos, los miembros interactúan con mayor libertad, alcanzando mayores niveles de correspondencia y reciprocidad¹⁰⁹. Los residentes se aceptan y apoyan mutuamente, en esta etapa se interiorizan habilidades y conocimientos de forma progresiva, los objetivos de ésta se dirigen a estructurar el trabajo del grupo, aumentar el nivel de cohesión, lograr las metas, y por último evaluar el proceso. El grupo, con el liderazgo de las profesionales se centró en la consecución de objetivos mediante la intervención, ya en esta fase las trabajadoras sociales en formación evidenciaron mayor correspondencia en los canales de comunicación y reciprocidad entre los miembros del grupo, al igual que un aumento en el nivel de la participación y una comunicación más abierta y asertiva. La evaluación se dio de forma transversal al proceso al finalizar cada una de las sesiones, donde los residentes de manera verbal y/o escrita expresaban en qué medida interiorizaron las temáticas abordadas, esto permitió identificar los principales logros y dificultades, así mismo se evidenció la apropiación de las herramientas brindadas durante el proceso.

¹⁰⁹ *Ibíd.*, P. 17.

Para terminar el proceso se da la quinta fase: Fase final, en ésta se deben tener en cuenta tres factores importantes, la reacción de los miembros, el motivo por el que se dará fin al grupo, y la forma en la que los miembros asumen la separación de éste. Teniendo en cuenta la naturaleza del grupo, éstas acciones se dan de una forma continua a pesar del contexto en el que estaba inmerso, razón por la cual en esta etapa se dio el cierre a la intervención realizada por las trabajadoras sociales en formación, posterior a esto se realizó una evaluación final con el fin de identificar los logros alcanzados al igual que las dificultades.

6.2 ENFOQUE Y MODELO

6.2.1 MODELO PSICO- SOCIO- EDUCATIVO

El modelo psico-socio-educativo es una propuesta, que busca direccionar el accionar desde un carácter teórico práctico, dando puntos de referencia para la actuación¹¹⁰, éste modelo psico-socio-educativo es propio de la Comunidad Terapéutica Amigoniana de los Terciarios Capuchinos por la cual se rige la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL), bajo este planteamiento la intervención de las profesionales de trabajo social en formación se direcciono bajo dicho modelo.

Dentro de las principales características del modelo psico-socio-educativo se encuentra que éste retoma la psicología desde las ciencias sociales y la educación retomando planteamientos teóricos que orientan las acciones. Es “eclectico”¹¹¹ en la medida en que busca armonizar diversas disciplinas (psicología, trabajo social, sociología) propiciando la compatibilidad de los diversos postulados dados por estas; es holístico abarcando al ser humano de forma integral como un ser complejo con sus características, debilidades, particularidades y habilidades.

¹¹⁰ De Subiría, J. Modelos pedagógicos contemporáneos. Bogotá, Colombia: Magisterio. , [En línea] [22 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.institutomerani.edu.co/publicaciones/articulos/que-modelo-pedagogico-subyace.pdf>

¹¹¹ Ortega Alberto, COMUNIDAD TERAPEUTICA AMIGONIANA: UNA PROPUESTA DE CARÁCTER PSICO- SOCIO- EDUCATIVO PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ADICCIONES, Congreso Internacional de Pedagogía Amigoniana, Fundación Universitaria Luis Amigó. , [En línea] [22 de agosto del 2015]http://www.funlam.edu.co/uploads/eventosfunlam/12_21_PROPUESTA.DE.COMUNIDAD.TERAPEUTICA.AMIGONIAN.A.pdf.

El modelo psico- socio- educativo se desarrolla en cuatro ejes transversales¹¹²:

- Elemento pedagógico: su fin es educativo y formativo.
- Terapéutico: las acciones de la comunidad esta dirigidas a curar llegando al fondo de las necesidades. (confrontación).
- Sistémico: abordar al sujeto de forma integral, involucrando a todos los sujetos en el proceso.
- Potencialización de la trascendencia: formar a las personas sensibles a la aceptación y transformaciones de las realidades personales.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, el modelo psico- socio- educativo se desarrolla mediante un proceso de atención, personalizado, procesual, integral, planificado y evaluable; bajo éste se basa el accionar de las profesionales en formación de trabajo social, razón por la cual la intervención será planificada teniendo en cuenta al ser humano de forma holística con las necesidades evidenciadas abarcándolo de manera integral, donde se llevara a cabo un proceso el cual será evaluado de forma transversal y una vez finalizado.

Bajo el modelo psico- socio educativo que maneja la Comunidad Terapéutica de Colombia se desarrollan ocho áreas: pedagogía, bienestar, psicología, formación para el trabajo, salud, espiritual, académica, y el área socio- familiar dentro de la cual se ubica trabajo social.

El proceso de intervención llevado a cabo por las trabajadoras sociales abarco al residente de forma holística comprendiendo a éste como un todo, siendo necesario tener en cuenta el ámbito individual, familiar y social, comprendo el carácter del modelo, las pasantes desarrollaron el proceso bajo un enfoque educativo, cumpliendo dentro de este mismo un rol socioeducativo. Bajo los ejes transversales, el eje sistémico implica abordar al sujeto de forma integral, razón por la cual la familia fue importante en la intervención.

¹¹² Ibíd.,p.63

6.2.2 ENFOQUE SISTEMICO

La intervención de trabajo social con el grupo de residentes de la comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) se sustentó en el enfoque sistémico, éste ratificado por Ludwig von Bertalanffy, el cual surge para dar explicaciones a los conocimientos de muchas de las realidades que percibe el ser humano entre ellas las realidades sociales.

Para una mayor deducción se retoma lo planteado por Ángela María Quintero quien define el sistema “como un todo que es más que la suma de sus partes, como un conjunto de elementos que se relacionan entre ellos y con el medio”¹¹³.

Cabe destacar que cualquier afectación en cualquiera de los sistemas de forma consecutiva afectara a los demás y el medio en que se desarrolla, uno de estos está conformado por la familia este se concibe como un “sistema natural que a su vez está conformado por otros subsistemas compuesto como lo son: los conyugales, fraternos y parentesco familiar”¹¹⁴ esta función familiar debe garantizar el desarrollo individual de cada uno de los miembros como también de la totalidad del grupo y el contexto socio cultural.

A partir de lo expuesto el enfoque sistémico permite el abordaje de uno de los problemas sociales que abarca a los residentes como lo es el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) de una manera holística, siendo necesario abarcarlo ampliamente puesto que este genera también problemáticas en la familia. Bajo este enfoque se orientaron las acciones de las pasantes propiciando el involucramiento de la familia en el proceso llevado a cabo desde de trabajo social.

El enfoque sistémico facilita una visión y aproximación de la importancia de la familia como uno de los elementos de mayor valor para el desarrollo del individuo, dentro de éste se propició la participación de las familias en las sesiones realizadas con el fin de que se crearan y fortalecieran vínculos familiares mediante el trabajo en equipo, la contextualización de situaciones problemáticas y el desarrollo de diversas temáticas. Durante el desarrollo de las sesiones la participación de las familias

¹¹³ QUINTERO Velásquez Ángela María, Trabajo Social y Procesos familiares, Pág. 197, Argentina: Lumen/Humanista.

¹¹⁴ QUINTERO Velásquez Ángela María, TEMAS DE DESARROLLO HUMANOS, DESAFÍOS Y PROPUESTA DEL TRABAJO SOCIAL, Aportes del tema de Familia, UNIVERSIDAD, Católica del Perú, Editorial, Fondo2003, Primera edición p.12, 2003.

permitió una cooperación más activa, enfatizando en la importancia que tiene cada miembro de la familia en el desarrollo de la dinámica.

Este enfoque permitió intervenir con los residentes en su proceso de tratamiento de adicciones, entendiendo como ésta situación afecta las dinámicas familiares, es acá donde las pasantes se centraron en trabajar la importancia de fortalecer las habilidades sociales y las formas alternativas de resolución de conflicto para así disminuirlos, para que no se sigan a presentando en la red familiar y a su vez se fortalezcan los lazos familiares y afectivos.

7. RESULTADOS DEL PROCESO

PROGRAMACIÓN

El siguiente apartado pretende dar cuenta de las acciones que se llevaron a cabo durante el proceso de pasantía en la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) sede Chía-Cundinamarca, esto a la luz de los objetivos planteados para la intervención, para esta contextualización se desarrolló una matriz por cada una de las sesiones realizadas, para cada una de éstas se estableció un objetivo específico, se describe la metodología (saludo, desarrollo de la actividad, técnica de comunicación, técnica para trabajar contenido temático, técnica de socialización y técnica de evaluación), recursos necesarios (humanos, materiales y físicos). Al finalizar cada una de las sesiones se realizó una evaluación por parte de las trabajadoras sociales en formación, esto con el fin de identificar los logros y dificultades de cada una de las temáticas desarrolladas (Ver anexo F).

RESULTADOS

En este apartado se expondrán los resultados obtenidos en la intervención, con relación a la teoría-práctica, para esto se hace necesario realizar una contextualización de los momentos que se dieron durante este proceso, esto con el fin de ubicar al lector sobre las acciones realizadas y los efectos de éstas en el proceso de tratamiento integral de los residentes, buscando evidenciar los efectos de la intervención, cabe resaltar que las profesionales en formación realizaron 21 sesiones con los residentes.

El primer acercamiento de las profesionales en formación con el grupo de residentes, permitió generar un clima de confianza y empatía el cual fue clave para la puesta en marcha del proceso; para esto fue necesario la realización de la caracterización permitiendo identificar las principales particularidades y necesidades de la población, y a su vez direccionando el desarrollo del proceso.

La intervención en la Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía-Cundinamarca se enmarco en el fortalecimiento de las habilidades sociales de los residentes, bajo esta línea se estructuran tres objetivos específicos, el primero esta enfocados a promover la comunicación asertiva, esto con el fin de fortalecer los lazos familiares y amistosos como factor protector frente a la reincidencia del consumo de sustancias psicoactivas.

Para el cumplimiento del desarrollo de este primer objetivo se trabajó principalmente la comunicación de manera transversal a toda la intervención enfatizando la importancia de ésta en las relaciones interpersonales, cómo lo establece Tomas Fernández en su libro trabajo Social con Grupo se debe dar un papel importante a la comunicación. Se evidencio que dentro de la dinámica grupal se daban interacciones donde los residentes expresaban sus opiniones y formas de ver la realidad muchas veces de forma poco asertiva, lo cual generaba conflictos a nivel familiar y grupal, por ende la pertinencia de trabajar la asertividad, con el fin de que los residentes expresaran sus pensamientos y sentimientos asertivamente, inicialmente dentro del grupo y posterior a esto dentro de la dinámica familiar durante y después de finalizado el proceso.

Para el cumplimiento de este objetivo se utilizaron diversas técnicas, de concientización, en las cuales los residentes reflexionaron identificando como los canales de comunicación son fundamentales en la interacción con los otros; técnicas que permitieron la expresión y descripción de opiniones durante todas las sesiones realizadas; las técnicas de evaluación permitieron evaluar si el objetivo de las sesiones fueron alcanzados, los cuales fueron expuestos en los resultados de las temáticas abordadas, y los logros obtenidos; las retroalimentaciones utilizadas como técnicas al final de las sesiones permitieron que fueran los mismos residentes los que generaran estrategias para mejorar la comunicación tanto a nivel familiar y social.

Al trabajar la comunicación con los residentes, estos identificaron elementos de ésta como fueron la codificación de los pensamientos y sentimientos en forma de lenguaje, la transmisión de este mensaje, y la decodificación del receptor, los residentes expresaron la importancia de desarrollar cada uno de forma positiva. Durante el proceso se evidencio el fortalecimiento de la comunicación asertiva al

momento de expresar sentimientos y emociones, y al resolver situaciones que se presentaban dentro de la comunidad con sus pares y los profesionales. Las familias expresaron verbalmente que notaron en los residentes una mejora en la comunicación de éstos hacia ellos, exponiendo que comunicaban mejor, lo que pensaban o sentían, y eran más pacientes al momento de hacer y recibir críticas constructivas.

El trabajo en equipo permitió “fortalecer la comunicación, la tolerancia, los acuerdos, la coordinación, reevaluación, consecuencias de objetivos”¹¹⁵. Desde trabajo social se evidencia la cohesión generada en el grupo al momento de trabajar en equipo con el fin de conseguir un resultado positivo; el liderazgo se resaltó en algunos de los miembros los cuales al principio se presentaban un poco aislados o generaban un liderazgo negativo, los líderes identificados fortalecieron la empatía, al momento de ponerse en el lugar del otro cuando este no cumplía una actividad a cabalidad, y priorizaban la comunicación al momento de dirigirse a sus pares.

Los elementos trabajados permitieron a los residentes reconocer la importancia de la comunicación y la incidencia que ésta tiene en las relaciones personales, a su vez se logró que éstos reconocieran como la comunicación no asertiva tiene consecuencias en la dinámica familiar.

Durante el periodo de la intervención en el desarrollo de algunas sesiones los trabajadores sociales en formación evidenciaron que los residentes fortalecieron la comunicación asertiva, al dar sus opiniones, al interactuar con sus pares y sus familiares y se evidenció una disminución en el comportamiento agresivo de los residentes en situaciones conflictivas dentro de la Comunidad Terapéutica de Colombia.

Algunas de las dificultades que se presentaron en el cumplimiento del objetivo fue la dinámica del grupo, puesto que era una población flotante, el ingreso de nuevos integrantes incidía en el desarrollo del trabajo, al ser personas con diversos comportamientos, sin embargo en la mayoría de las sesiones se contaba con la participación de la mayor parte de los residentes.

¹¹⁵ Residente Comunidad Terapéutica de Colombia, [disponible en en: 04 de Diciembre del 2014].

En los resultados del segundo objetivo enfocado a propiciar formas alternativas de resolución de conflictos como medio para disminuir estos en las relaciones familiares y amistosas de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia, las trabajadoras sociales en formación se enfocaron en contextualizar que es un conflicto, los diferentes tipos de conflicto y las formas alternativas de resolución planteadas por María Fuquen Alvarado, con el fin que los residentes reconocieran e identificaran en el desarrollo de esta contextualización que la no resolución de conflictos tienen afectaciones en las relaciones interpersonales, trayendo consigo problemas e inclusive situaciones de violencia.

Mediante ejercicios prácticos grupales se generó que los residentes identificaran y en algunos casos se apropiaran de algunas formas de resolución de conflicto como fueron la mediación en la cual comprendieron que puede existir una tercera persona que tiene como función participar como intermediario frente a la solución de conflictos, e inclusive se propiciaron espacios donde los residentes cumplían el rol de mediador dentro de conflictos presentes dentro de los mismos; otra forma alternativa trabajada fue la negociación, donde los residentes identificaron, la importancia de priorizar la herramienta de la comunicación desarrollada de forma transversal durante todo el proceso, como medio de resolución pacífica.

En menor medida los residentes identificaron el arbitraje, donde un tercero elegido por los involucrados, toma decisiones frente a la situación problema y éstos deben aceptarlas sin oposición alguna, sin embargo en los residentes no se generó una apropiación frente a esta forma alternativa de resolver un conflicto puesto a la poca aceptación de un tercero en la resolución de la situación problema.

La conciliación como forma alternativa de resolución de conflictos tuvo mayor aceptación por parte de los residentes, en la cual se busca la resolución del conflicto mediante un acuerdo satisfactorio para ambas partes, se evidenció que ésta generó una mayor apropiación en comparación con las otras formas alternativas., aunque se expusieron las cinco fases de la conciliación los residentes los residentes desarrollan esta de una forma no lineal pero retomando algunos elementos dados, como expresar sus diferentes concepciones de la situación, y estableciendo acuerdos.

En cuanto a las dinámicas al interior de la comunidad se evidencio una disminución en las situaciones violentas, evidenciando que los residentes empleaban diferentes formas de solucionar situaciones conflictivas, esto mediante la observación de la dinámica desarrollada en la comunidad y lo expresado por el equipo interdisciplinario. Las familias expresaron a las trabajadoras sociales en formación que evidenciaban algunos cambios en los residentes, identificando disminución de los conflictos, y que priorizaban la comunicación al momento de resolver un problema.

La intervención de las profesionales en formación tuvo como último objetivo orientar la construcción del proyecto de vida a nivel individual y familiar de los residentes, como parte del proceso de tratamiento que lleva a cabo la Comunidad Terapéutica de Colombia, esto como una necesidad sentida por parte de la institución bajo el modelo Psico-Socio-Educativo donde el proyecto de vida cumple un papel fundamental en el tratamiento de las adicciones. En el proyecto de vida se buscó fortalecer algunas habilidades como la autonomía, la comunicación y la motivación, identificando roles y funciones de los individuos, con el fin de resignificar a la persona a nivel individual y social durante el proceso de tratamiento.

La temática de motivación permitió que los residentes reconocieran qué los impulsaba y como utilizar esta herramienta para el cumplimiento de los objetivos planteados en su proyecto de vida, exponiendo que estas motivaciones les permitirían continuar con sus planes a pesar de las dificultades que podrían presentarse.

Bajo este objetivo se trabajó el proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo, logrando que los residentes se concientizaran de la importancia de la realización de su proyecto de vida para su desarrollo, se logró que establecieran metas y planes a nivel personal, escolar, familiar y laboral.

MI PROYECTO DE VIDA				
ÁMBITO	• OBJETIVO ¿Qué deseo?	• TIEMPO ¿En cuánto tiempo lo lograré?	• ESTRATEGIAS ¿Cómo le voy a hacer?	• APOYOS EXTERNOS ¿En quién me puedo apoyar para lograrlo?
PERSONAL	Yo quiero ser una mujer autónoma, capaz y responsable, que cumple sus expectativas.	1 año.	• Autoaceptación • Autoestima • Humilde • Persistencia.	• Libros • Academia.
ESCOLAR	Recuperar mi beca y terminar con honores mi carrera de Medicina.	5 años.	• Dedicación • Responsabilidad • Disciplina	• Familia.
FAMILIAR	Mi familia al ser una unidad, que trabajemos mancomunadamente que se sientan orgullosos de mí.	2 años.	• Sinceridad • Perseverancia • Seguridad	NO repetir • Fallas
LABORAL	Ser una Médico ejemplar, especializarme en Medicina Interna y a postar de manera ⊕ a la sociedad	11 años.	• Estabilidad emocional. • Disciplina • Confianza.	• Academia

(Taller mi proyecto de vida, residente Comunidad Terapéutica de Colombia, 2014)

El reconocimiento de la importancia del proyecto de vida permitió que los residentes se empoderaran de la creación y realización de sus planes y metas, y empezaran a generar acciones para el cumplimiento de éste, *“tener claridad sobre lo que quiero, conocer mis debilidades para trabajarlas”*¹¹⁶. A su vez los residentes empezaron a dar valor al papel de la familia dentro de su proyecto de vida, involucrándolos en la planeación comprendiendo como el consumo de Sustancias Psicoactivas los ha alejado de sus familias, y la necesidad de fortalecer los lazos familiares.

La familia es uno de los elementos de mayor importancia para el desarrollo del individuo según el enfoque sistémico, lo planteado anteriormente evidencia la influencia que deben de tener éstas dentro del tratamiento que llevan a cabo los residentes, razón por la cual algunas sesiones trabajadas permitieron que las familias y los residentes construyeran un proyecto de vida a nivel familiar, interiorizando y manifestando como el no tener metas claras pudo haber sido una causal en la problemática de adicción, reconociendo que el proyecto de vida puede ser un factor protector frente al consumo.

En cuanto a proceso general llevado a cabo por las pasantes de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca este fue evaluado por los residentes de la Comunidad terapéutica de Colombia (COTECOL) una vez terminado el proceso de

¹¹⁶ Residente Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía- Cundinamarca, [disponible en en: 04 de Diciembre del 2014].

intervención de las pasantes, con algunas preguntas referentes a como evaluaban el proceso en general. Esta evaluación arrojó como resultado que los residentes valoraron la intervención de manera positiva y productiva ***“evalúo el proceso con trabajo social positivamente ya que me pudo brindar varias cosas con las cuales nunca pensé que pudieran ser importantes para mi vida, cómo fue el proyecto de vida, las habilidades sociales, herramientas para salir adelante en el proceso y en la vida”***¹¹⁷.

El proceso de intervención generó el desarrollo de su accionar en el cumplimiento en gran medida de los objetivos propuestos, éstos permitieron que las pasantes desarrollaran diferentes roles dentro de la comunidad como fueron el rol de educadoras, al momento de brindar conocimientos que permitieron ampliar los saberes de los residentes, el rol de facilitador este se desarrolla al momento de brindar las herramientas que permitieron la orientación de la construcción del proyecto de vida, permitiendo una mayor comprensión de metas y objetivos, el rol de mediador al intervenir en las confrontaciones que se presentaban en la comunidad, generando alternativas de resoluciones para neutralizar los climas de conflictos generados dentro de la comunidad.

7.1 Productos del proceso de intervención.

La intervención realizada por las pasantes propició la creación de una cartilla realizada por las profesionales en formación, como resultado de la relación teoría práctica. El objetivo de ésta es orientar la intervención en comunidades terapéuticas para el fortalecimiento de las habilidades sociales de personas con problemas de adicciones a sustancias psicoactivas. Es importante resaltar la importancia de la realización de éste producto, a pesar del cierre de la sede de COTECOL en Chía-Cundinamarca; ya que dicho producto soporta la intervención de trabajo social y puede ser una guía de trabajo para las demás sedes (Ver anexo E).

¹¹⁷ Entrevista con LOSADA, Paola, cristina., Residente de la comunidad Terapéutica de Colombia COTECOL. Chía -Cundinamarca, 22 Noviembre del 2014. Párrafo 24

CONCLUSIONES

En el apartado desarrollado a continuación se encontraran las conclusiones finales del documento, referentes a toda el proceso de intervención y de inclusión de las trabajadoras sociales en formación dentro de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) sede Chía- Cundinamarca.

- El objetivo general enfocado al fortalecimiento de las habilidades sociales apporto en gran medida al tratamiento de adicciones brindado por COTECOL, permitiendo que los residentes reforzaran sus capacidades y aptitudes al momento de interactuar con sus familiares y amigos, evidenciando a la familia como uno de los elementos de mayor importancia para el desarrollo de sí mismos, favoreciendo las buenas relaciones como factor protector frente a la problemática del consumo y las situaciones desencadenadas de éste.
- La resolución de conflictos juega un papel importante en las relaciones interpersonales, permitiendo que los residentes prioricen la comunicación asertiva y a su vez disminuyendo situaciones problemáticas tanto dentro de la dinámica familiar y con los vínculos afectivos, cabe destacar que las formas alternas de resolución de conflictos aportan a la disminución de diversos conflictos.
- La construcción del proyecto de vida a nivel individual y familiar, la creación de metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo, es un factor protector (condiciones y acciones) que aporta a la disminución de las probabilidades de que se presente una situación problema, en este caso el consumo y adicción de sustancias psicoactivas una vez finalizado el tratamiento de adicciones evitando recaídas
- El proceso de pasantías permitió el crecimiento personal y profesional de las trabajadoras sociales en formación, al momento de trabajar con población consumidora de sustancias psicoactivas, la cual tiene particularidades en su comportamiento (ansiedad, agresividad) que en algunas ocasiones dificultaban el proceso, sin embargo esto permitió que las trabajadoras sociales pudieran convertir las debilidades identificadas en oportunidades.

- La intervención de la Comunidad Terapéutica de Colombia propicio la integración y trabajo en conjunto de una manera coordinada entre los residentes, la institución y las familias, dando como resultado el cumplimiento de objetivos de forma satisfactoria para los involucrados.
- La intervención es un proceso continuo donde el residente y las familias deben reforzar las herramientas otorgadas para el fortalecimiento de las habilidades sociales, la búsqueda de un acoplamiento a futuros cambios y necesidades que se puedan presentar fuera de la institución.
- Los residentes se identificaron como gestores de su propio desarrollo, comprendiendo los antecedentes de su problemática y cómo sus capacidades y aptitudes influyen en su tratamiento, permitiendo así mismo potencializar éstas desde su autonomía
- El trabajador social dentro de las comunidades terapéuticas asume un rol socioeducativo, siendo significativa la labor del profesional dentro de los procesos de tratamiento de adicciones, puesto que busco fortalecer las capacidades de la persona para su propio desarrollo, abarcándola desde sus diferentes ámbitos: individual, familiar y social. Las trabajadoras sociales en formación se ubicaron dentro del área socio familiar propiciando espacios de reflexión que brindaron herramientas a nivel individual y familiar, las cuales permitieron el reconocimiento y apropiación de dichos elementos para su vida, así mismo el modelo psico-socio-educativo oriento el accionar de las profesionales desde un carácter teórico practico, permitiendo llevar a la praxis los conocimientos adquiridos durante la formación en trabajo social.
- La intervención de trabajo social se dirige a una población o un individuo para mediar y/o transformar situaciones problemáticas a partir de la contextualización de una realidad, desde una postura ética, a su vez los resultados de la acción del profesional deben evidenciarse en lo cultural político y social.
- En el trabajo social el sujeto de intervención es a su vez uno de investigación, siendo necesario conocer su problemática, el contexto de ésta, las repercusiones, las situaciones relacionadas con ésta y las diversas leyes que abalan y promueven la intervención; así mismo la persona debe ser vista desde

sus redes y las relaciones que influyen en su desarrollo, puesto que su situación se hace problemática cuando afecta a un grupo o un colectivo.

- Las profesionales en formación se ubicaron en el área socio familiar, cabe resaltar que la institución COTECOL sede Chía-Cundinamarca en el segundo semestre del año 2014 desde su equipo interdisciplinario no contaba con trabajadores sociales, es decir que el tratamiento de los residentes no era abarcado desde el ámbito social, razón por la cual la intervención de las trabajadoras sociales en formación aportó en gran medida al tratamiento del trabajo en grupo y la inclusión de los residentes y de las familias que se encontraba inmersa en el proceso, abarcándolos desde el ámbito social.
- Las acciones educativas realizadas de las trabajadoras sociales en formación permitieron fortalecer las habilidades y capacidades educativas, comunicativas y asertivas obtenidas durante la formación profesional, llevando a la práctica los conocimientos teóricos adquiridos en la academia, como la utilización de diferentes modelos, técnicas y herramientas, para el desarrollo de los objetivos planteados, éstos a su vez permitieron una adquisición y fortalecimiento de conocimientos durante el desarrollo del proceso y el ejercicio de los diferentes roles como educador, facilitador y mediador que permitieron que las profesionales en formación abordaran la problemática desde diferentes aspectos para dar cumplimiento los fines e intereses de la Comunidad Terapéutica de Colombia de prestar servicios de tratamiento integrales y la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca la cual forma a sus profesionales desde una perspectiva humanista, con valores humanos y ciudadanos.
- La intervención de las trabajadoras sociales en formación permitió crear espacios de integración y trabajo grupal con las familias que visitaban a los residentes y con aquellos que no contaban con esta en el proceso, logrando que algunas de éstas apoyaran durante las visitas a algunos residentes que no recibían apoyo de su vínculo familiar, propiciando vínculos de apoyo y motivación para la culminación del proceso de rehabilitación
- La experiencia en COTECOL Chía-Cundinamarca permitió que fuera posible poner en práctica lo teórico y metodológico, articular el enfoque sistémico, el

modelo con el que se rige la comunidad, en la participación de la familia dentro del grupo y su proceso de rehabilitación.

RECOMENDACIONES

A la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL)

- A la comunidad Terapéutica de Colombia, (COTECOL), se le recomienda realizar una inducción a la llegada de las pasantes a la institución, donde se dé a conocer a nivel general lo referente a las dinámicas, lineamientos y estrategias institucionales, puesto que este proceso es importante dado que permite contextualizar y orientar a los pasantes de cómo es la estructura interna de la institución para así generarse experiencias enriquecedoras.
- Se cree conveniente al momento de iniciar el proceso de intervención, que la institución realice una contextualización del trabajo llevado a cabo por los diferentes profesionales, con el fin de que las trabajadoras sociales en formación tengan un conocimiento previo de las acciones realizadas en COTECOL desde las diferentes profesiones como psicología y pedagogía, lo cual a su vez permita una articulación desde las diversas profesiones con el fin de realizar un trabajo integral en el proceso de tratamiento.
- Se recomienda que la institución el cumplimiento de los acuerdos establecidos entre la Comunidad Terapéutica de Colombia y la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca referente al apoyo económico, referente a los gastos sufragados por las pasantes para el desplazamiento de éstas desde Bogotá a la sede COTECOL en el municipio de Chía (Traslado de los pasantes fuera de la Ciudad).
- A la Comunidad Terapéutica de Colombia se le recomienda realizar evaluaciones transversales y una vez terminada la intervención de las trabajadoras sociales en formación, con el fin de que las pasantes reciban una retroalimentación por parte de la institución, en la cual se identifiquen logros y debilidades que permitan a las profesionales en formación un crecimiento personal y profesional, que pueda aportar al desarrollo del proceso.
- Se recomienda a la institución manifestar al inicio de la intervención de las pasantes, los intereses frente al manejo de temáticas específicas, con el fin

de que éstas puedan planear y programar con anticipación las acciones desde un fundamento teórico – epistemológico.

A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca:

- Se recomienda a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, delegar un tutor que oriente y evalúe las acciones de las pasantes desde el área de trabajo social, con el fin de guiar las acciones de éstas dentro de la Comunidad Terapéutica de Colombia sede Chía-Cundinamarca frente a la ausencia de trabajo social dentro de la institución.
- Se sugiere a la universidad incluir dentro del PENSUM académico componentes y/o electivas que abarquen temas referentes a la intervención en población con adicciones, que permitan al profesional adquirir conocimientos necesarios al momento de intervenir en Comunidades Terapéuticas.

A la profesión de trabajo social

- Se recomienda a los trabajadores sociales recopilar de forma escrita y hacer públicas las experiencias de intervención en Comunidades Terapéuticas, que a su vez permitan guiar el accionar de estudiantes y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- BELLACK, S, Alan. HERSEN, Michel, Research and Practice in Social Skills Training (Investigación y Práctica de Capacitación de Habilidades Sociales), 358. Newyork: Springer, 1979.
- CALVO BOTELLA Helena y AVILÉS Lucas, INTERVENCION EN FAMILIAS DESDE LOS CENTROS DE DIAS, ¿es necesaria la familia en el tratamiento? Ed., ASECEDI 72 p. (Asociación de entidades de centros de día), 2007.
- CONGREGACIÓN DE RELIGIOSO TERCARIOS CAPUCHINOS. Comprendido, Procesó gestión de atención y formación integral, procedimiento diseño amigoniano, para la atención y formación integral, plan amigoniano para la atención e intervención de niños, niñas y adolescentes en vulnerabilidad y conflicto con la ley, Bogotá. 2011.
- D'ANGELO HERNÁNDEZ Ovidio S. Las tendencias orientadoras de la personalidad y los Proyectos de Vida futura del individuo. En: Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad. Pueblo Educación. P. 30. La Habana, 1982.
- FERNANDEZ GARCIA, Tomas Y LÓPEZ PELÁEZ, Antonio. Trabajo social con grupos, p. 304. Madrid: Alianza, 2006.
- GRIMALDO Mucho y MIRIAM trigo, LA FAMILIA Y LOS VALORES, Ed., cultura lima p. 309. (Perú), 2006.
- LARRAIN Jorge, El concepto de Identidad, En: Revista fameco. No.21, p. 42. agosto, 2003.
- LLERAS, Cecilia, Lineamientos Técnico para el programa especializado de atención a niños ,niñas, adolecentes consumidores de sustancias psicoactivas con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados, Ed., ministerio de la protección social, 2010.
- LOPEZ, Carlos, Mediacion Familiar en el progreso de Rehabilitación de Drogodependencia, En: Revista de Medicación. Vol.; 4. p. 41. No 8, julio-Diciembre. 2011.
- MAHIEU PIERRE. Trabajar en equipo, España: siglo XXI, p. 173.
- Montoya G. Zapata y Cardona. (2002). Diccionario Especializado de Trabajo social. Medellín: universidad de Antioquia.

- MONTSERRAT FREIXA, niella. Familia y diferencia mental, realidad necesidades y recursos de los hermanos, Número de hermanos. Trabajo de investigación (magister en educación Familiar). P.509. Universidad de Barcelona. Facultad de Educación .España, 2002.
- MORENO, Carlós Andrés y ESPONDA, Katherine. Concepto de Autonomía, En: Cuadrantephi Revista estudiante de filosofía .vol.; 17 Junio p. 13.-diciembre de 2008.
- NAVARRO, Marina, Auto conocimiento y Auto estima, Federación de enseñanza, En: CCOOEnseñanza.vol.5, p.15-20 No, 21.septiembre- Noviembre.2009);
- PAN, Erwin y VARAS, José, El homicidio desde la información Médica legal, médico legal, Ed. p. 38. Servicio médico legal Chile, 2001.
- PÉREZ Isabel, Habilidades sociales educar hacia la autorregulación, Conceptualización, evaluación e intervención, Barcelona: Horsori, 2000,198 p.
- PONS Diez Javier Y BERJANO Perats Enrique, EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA ,Un modelo explicativo desde la psicología social, Ed, p. 281. Madrid España plan nacional sobre drogas,1991,
- PROCESO GESTIÓN DE ATENCIÓN Y FORMACIÓN INTEGRAL, PROCEDIMIENTO DISEÑO AMIGONIANO, PARA LA ATENCIÓN Y FORMACIÓN INTEGRAL, PLAN AMIGONIANO PARA LA ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES EN VULNERABILIDAD Y CONFLICTO CON LA LEY, congregación de religiosos terciarios capuchinos, provincia san José.2011.
- RODRIGUEZ, Adriana y ALVAREZ, Alejandro, Introducción a la Salud Familiar, Tipología Familiar, Ed., p. 69. Universidad Costa Rica, 2004.
- QUINTERO, Ángela. Trabajo Social y Procesos familiares. p. 197p. (En línea). [Marzo 15 2015]. Disponible en: www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf
- SUARES, Odalys. La Familia Como Eje Fundamental en la Formación de Valores en los Niños.LA EXPERIENCIA DE SER FAMILIA. {En línea}[12 abril 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf.

- SPICKER, Paul, ÁLVAREZ Sonia y GORDON David. Pobreza Un glosario internacional. {En línea} [15 marzo 2015]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/glosario.pdf>).
- SHICHWARTS William “On the Use of Group Work, New York, Columbia University Press, En: Alex Gitterman, Lawrence Shulman. The Legacy of William Schwartz: Group Practice as Shared Interaction (El legado de William Schwartz: Grupo de Práctica como Interacción. p. 128. New York: Routledge, 2010.
- Villalobos, Luis Berruecos, Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones, 2010.

WEBGRAFIA

- ALBERDI, Inés. Un nuevo modelo de familia. [En línea]. [21 de marzo del 2015]. Disponible en <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/24821/192360>
- AGUDELO BEDOYA, M. E. Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, [En línea]. [13 de marzo del 2015] disponible en: www.revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/311..
- Alvarado Luis, Micro tráfico y narcomenudeo, caracterización del problema de las drogas en pequeñas cantidades en Colombia, , Ministerio de Justicia y del Derecho , Dirección de política contra las drogas y actividades relacionadas, 2013, [En línea]>[www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/oferta/FICHA-MICROTRAFICO-NARCOMENUDEO oct. 2013.pdf.>](http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/oferta/FICHA-MICROTRAFICO-NARCOMENUDEO_oct_2013.pdf.>) [22 mayo del 2015
- ÁLZATE, Felipe. POLÍTICAS PÚBLICAS Y LEGISLACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,[En Línea] [30 de abril del 2015] disponible en: [www.saludmeta.gov.co/wp-content/uploads/2013/04/POLITICAS- SPA.pdf](http://www.saludmeta.gov.co/wp-content/uploads/2013/04/POLITICAS-SPA.pdf)>
- BORDIGNON, Nelson, El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. En: Revista Lasallista de Investigación. VOL.2.; No.2, [En línea] disponible en: www.lasallista.edu.co/fxcul/media/pdf/Revista/vol2n2/p50-63_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf>
- CHAVARRIA Vázquez y ROBLES Garro, “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”, [En línea]. [23 de septiembre del 2015]

disponible en: www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-l-sr-2008-01.pdf.

- COMUNIDADES TERAPEUTICAS FEMENINAS, Tesis para optar al Título Profesional de Asistente Social fuente electrónica.[En línea] [5 de septiembre del 2015] disponible en: www.bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1490/TTR_ASO%20165.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE COLOMBIA, Nuestra Asociación, historia, misión, visión, objetivos, nuestra congregación, política de calidad, [En línea] [8 de julio del 2015] disponible en: www.cotecol.org/quienesomos.ph.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, [En línea] Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125].
- CORPORACIÓN COLOMBIANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, Estatutos, [En Línea]. Disponible en: www.feccot.org/documentos/estatutos.pdf
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, [En línea] [2 de mayo del 2015] disponible en: www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/c-491-12.htm
- CRUZ SANTOS, Manuel. Concepto de violencia familiar, Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfico, [En línea] [28 de enero del 2015]. Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/sociodemograficas/violenciafam.pdf
- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, Naciones Unidas, [En línea] [8 junio 2015]. Disponible en: www.un.org/es/documents/udhr
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, Estratificación socioeconómica, Generalidades, [En línea] [17 de abril del 2015] disponible en:

www.dane.gov.co/index.php/estratificacion-socioeconomica/generalidades.

- DOMÍNGUEZ GARCÍA, Laura. La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad: distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. En: *anales de Documentación* [En línea] [25 de marzo del 2015]. No (2008) disponible en: www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf.
- EDITORIAL EL TIEMPO, En las entrañas del microtráfico, "Narcos dejan una de cada 5 toneladas de coca para consumo en el país", [En línea] [13 de Abril del 2015] disponible en: www.eltiempo.com/Multimedia/especiales/microtraficoencolombia/index.html
- FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, *Quienes Somos*, [En línea]. Disponible en: www.federacionlatinoamericanadecomunidades terapeuticas.org/quienes-somos/mision-y-vision.
- FEDERACIÓN MUNDIAL DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (WFTC) FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (FLACT) FEDERACIÓN URUGUAYA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (FUCOT), Normas y metas para las Comunidades Terapéuticas, [En línea] {disponible} www.google.com.co/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http%3A%2F%2Fwww.solidaridad.org.uy%2Fsite%2Findex.php%2Fdocumentos%2Finstitucionales%3Fdownload%3D26%3Acodigo-de-etica-de-fucot&ved=0CBwQFjAAahUKEwjjyufS6qfIAhXlpB4KHQ93AAY&usq=AFQjCNE7CUSDaZUGjrN28gCI0fCirU_09g
- FERGUS, S.; ZIMMERMAN, M. (2005). «Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk». *Annual Review of Public Health*, 26, p. 1-26, {en línea} [30 de octubre de 2015]. disponible en: http://www.recerca.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors_proteccio_adolescents_casrt.pdf?sequence=1,

- FUNCIONES SECRETARIA DE SALUD, Gobernación de Cundinamarca, [En línea] [28 de marzo del 2015] disponible en:
www.cundinamarca.gov.co/wps/portal/Home/SecretariasEntidades.gc/Secretariadesalud/SecretariadesaludDespliegue/ascontenido/asquienes_somos/csecresalud_quienesfunciones
- FUQUEN ALVARADO, María. LOS CONFLICTOS Y LAS FORMAS ALTERNATIVAS DE RESOLUCIÓN, Revista Tabula Rasa No.1, [En línea] [21 de agosto del 2015] disponible en:
www.revistatabularasa.org/numero-1/Mfuquen.pdf,
- GALLEGO, Adriana. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características,[en línea] [17 de Abril del 2015]. Revista Virtual Universidad Católica del Norte No. 35, 2012, Colombia, disponible en:
>www.revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>
- GOBIERNO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, A TRAVÉS DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO - OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIA, Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2003, Informe final, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD - de la Organización de los Estados Americanos - OEA -, y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia - INL -, [En línea] [5 de junio del 2015] disponible en:
www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf>
- INZULSA, José Miguel, El problema de drogas en las Américas, estudios, drogas y salud pública, Organización de los Estados Americanos, [En línea] [9 de julio del 2015] disponible en:
www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf>

- LOPEZ Emilia y CHAPARRO Melba. Competencias Laborales del Trabajador Social Vistas Desde el Mercado Laboral. En: Revista Tabularasa. Numero 5. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca Bogotá D.C. 2006. [En línea] [9 de octubre de 2015] disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892006000200014&script=sci_arttext
- MINISTERIO DE SALUD, régimen subsidiado- régimen contributivo, [en línea]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx
- MINISTERIO DE SALUD, régimen subsidiado- régimen contributivo.[En línea] [15 de septiembre del 2015] disponible en: www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx
- MINUCHIN, Salvador. Familia y Terapia familiar. [En línea] [10 de abril del 2015] disponible en: www.academia.edu/7006953/148423637-38636567-Familias-y-Terapia-Familiar-Minuchin-y-Haley-1.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, Ginebra,[En línea] [18 de mayo del 2015] disponible en: www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf
- ORTEGA Alberto, Modelo Psico- Socio- Educativo para el Tratamiento Integral de las Adicciones, MODELO TERAPEUTÍCA AMIGONIAN, Religiosos Terciarios Capuchinos,[En línea] [12 de agosto del 2015]._ disponible en: www.terciarioscapuchinossanjoase.org/documentos/publicaciones/LibroPalbertortega1.pdf

- OYARZÚN, Eleana. Ciclo vital individual, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, [En línea] disponible en: www.aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/528/Clase_N_2_Ciclo_vital_individual_11_.pdf.>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, Ginebra, 2004,[En línea] [20 de julio del 2015]. Disponible en: www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf>
- OYARZÚN, Elena. Ciclo Vital Individual, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, [En línea 15 de abril del 2015]. Disponible en: www.aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/528/Clase_N_2_Ciclo_vital_individual_11_.pdf>.[
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO PROSPERIDAD PARA TODOS, Juan Manuel Santos, 2010- 2014, [En línea] [27 de marzo del 2015]. Disponible en: www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/PND-2010-2014/Paginas/Plan-Nacional-De-2010-2014.aspx>.
- POLÍTICA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO, resumen ejecutivo, Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia, [En línea] [27 de marzo del 2015]. Disponible en: www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf>
- PIAGET, Jean. La nueva educación moral. Editorial Losada S.A., Buenos Aires, 1960,[En Línea. [23 de abril del 2015] Disponible en: www.juansanchez.webcindario.com/trabajos/resmutuo.php
- RESOLUCIÓN NO.006 DE 08 DE ABRIL DE 2005,MAMA COCA,[En Línea] [12 de agosto del 2015] Disponible en: www.mamacoca.org/docs_de_base/Legislacion_tematica/Resolucion_006_abril_2005_OBS_DNE.htm>

- RESOLUCIÓN 196 DE 2002, Ministerio de Salud, [En línea]. 24 de marzo del 2015. Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5225.>].
- ROMINA ALVARO, Ana. EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL. Reflexiones acerca del rol definido teóricamente y el rol desempeñado en la práctica profesional, {en línea}[2 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.filo.unt.edu.ar/al/its13/u2_rol.pdfP.8.
- SANTOS CRUZ, Manuel. Concepto de violencia familiar, Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfico. [En línea] [10 de agosto]. Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/sociodemograficas/violenciafam.pdf>
- TERCARIOS CAPUCHINOS, Quiénes somos,[En línea] [13 de junio del 2015] Disponible en: www.tercarioscapuchinossanose.org/#.>
- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO. Proyectó de vida, Salud y Prevención de las Adicciones,[En línea] [5 de junio del 2015]. Disponible en: www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT105.pdf.>
- VIOLENCIA JUVENIL, POLICÍA NACIONAL, Dirección de protección y servicios especiales, COLCIENCIAS – Grup, LAC COL 0117778, Observatorio del Delito, [En línea] {23 de julio del 2015}. Disponible en: www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_tipo_Operativas/Direccion_Servicios_Especializados/area_infancia_adolescencia/red_educadores/herramientas/012%20VIOLENCIA%20JUVENIL.pdf>

ANEXO B: Instrumento de caracterización

INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN

COMUNIDAD TERAPEUTICA DE COLOMBIA- SEDE CHIA

ENCUESTA # _____

OBJETIVO: El siguiente instrumento tiene como propósito caracterizar la población los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia, sede Chía.

1. DATOS PERSONALES.

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____ Barrio: _____ Localidad:

_____ Teléfono: _____

1. Edad: _____
2. Género: _____
3. Procedencia (Lugar de nacimiento): _____
4. Ciudad: _____
5. Estrato: _____

Marque con una X la respuesta:

6.9 Conyugue e hijos _____

A. INFORMACIÓN FAMILIAR:

6.8 Otro. ¿Cuál? _____

6. ¿Cuál es su núcleo familiar?

7. Números de hermanos

6.1 Padre-Madre _____

7.1 Uno _____

6.2 Padre-Madre-hermanos _____

7.2 Dos _____

6.3 Padre- Hermanos _____

7.3 Tres _____

6.4 Madre- Hermanos _____

7.4 Cuatro _____

6.5 Padrastro- Madre y otros _____

7.5 Cinco _____

6.6 Madrastra- Padre y otros _____

7.6 Seis _____

6.7 Abuelos- Tíos u otros _____

7.7 Siete _____

7.8 Más de siete ¿Cuántos?___

8. ¿Cómo considera la relación con su familia?

8.1 Excelente ___

8.2 Buena ___

8.3 Regular ___

8.4 Mala ___

8. ¿Se siente apoyado por su familia?

9.1 Si ___ 4.2 No ___

Porqué: _____

10. De las siguientes problemáticas, ¿cuáles son las que afectan a su familia? (Puede escoger varias opciones)

10.1 Conflicto entre padres ___

10.2 Conflicto entre hermanos ___

10.3 Consumo de alcohol o Spa ___

10.4 Problemas de salud (física, Mental y/o emocional) ___

10.5 Problemas de comunicación ___

10.6 Violencia intra-familiar ___

10.7 Problemas económicos ___

10.8 Otro,

¿Cuál? _____

11. ¿Ha tenido algún tipo de maltrato por parte de su familia?

11.1 Si___ 11.2 No___

12. Si la respuesta anterior es si, elija alguna de las siguientes opciones

12.1 Físico___

12.2 Psicológico___

12.3 Económico___

12.4 Sexual___

12.5 Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuáles son los valores más sobresalientes en su familia? Puede escoger varias opciones

13.1 Comunicación ___

13.2 Respeto___

13.3 Tolerancia___

13.4 Apoyo___

13.5 Unión___

13.6 Otro, ¿Cuál?

B. ASPECTOS DE LA VIVIENDA FAMILIAR

14. Tenencia de la vivienda

14.1 Arriendo ___

14.2 Propia ___

14.3 Casa familiar___

14.4 Otro, ¿Cuál? _____

15. Número de habitaciones con las que cuenta su núcleo familiar

15.1 Uno_____

15.2 Dos_____

15.3 Tres_____

15.4 Cuatro_____

15.5 Cinco o más_____

16. Número de personas por habitación

16.1 De una a dos_____

16.2 De tres a cuatro_____

16.3 De cinco a seis_____

16.4 Seis o más_____

C. INFORMACIÓN ESCOLAR

17. Grado de escolaridad:

17.1 Educación Preescolar _____

17.2 Educación Básica Primaria _____

17.3 Educación Básica Secundaria (6°, 7°, 8°, 9°) _____

17.4 Educación Media (10°, 11°) _____

18. Durante su historia escolar dejó o ha dejado de estudiar

18.1 Si_____ 18.2 No_____ ¿por qué?_____

19. Marque con una X las razones por las cuales dejó de estudiar.

19.3 Problemas económicos _____

19.4 Cambio de vivienda _____

19.5 Factores geográficos (lejanía de la escuela) _____

19.6 Descuido por parte de los padres_____

19.8 Trabajo infantil _____

19.9 Problemas de salud _____

19.10 Amenaza escolar _____

19.11 Consumo de SPA _____

19.11Otros.

¿Cuál?_____

D. INFORMACIÓN DE SALUD

20. ¿Se encuentra usted afiliado/a?

20.1 Régimen contributivo _____

20.2 Régimen subsidiado _____

20.3 Ninguna _____

21. ¿ha tenido valoración de medicina general en el último año?

21.1 Si__ 21.2 No_____

22. ¿Cómo ha sido la atención en los centros de salud a los que usted ha asistido?

22.1 Bueno _____

22.2 Excelente _____

22.3 Regular _____

22.4 Malo _____

(En caso de la respuesta ser regular o mala argumente el porqué):

INFORMACION SPA

23. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas?

23.1 Sí 18.2 No _____

24. ¿Ha consumido Sustancias Psicoactivas?

24.1 Sí 24.2 No _____

En caso de haber consumido sustancias psicoactivas conteste las siguientes preguntas

25. ¿A qué edad empezó a consumir sustancias psicoactivas? _____

Marque con una X

26. ¿Cuál fue el motivo para consumir por primera vez?

26.1 Por experimentar _____

26.2 Problemas familiares _____

26.3 Presión social _____

26.4 Otro, ¿Cuál? _____

27. Tipo de sustancia psicoactiva que ha consumido:

27.1 Marihuana _____

27.2 Cocaína _____

27.3 Éxtasis _____

27.4 Pegante _____

27.5 Bazuco _____

27.6 LSD _____

27.7 Éxtasis _____

27.8 Alcohol

27.8 Otro ¿Cuál? _____

28. Con quien ha consumido sustancias psicoactivas

28.1 amigos _____

28.2 familia _____

28.3 vecinos _____

28.4 Pareja _____

28.5 Otro ¿Cuál? _____

INFORMACION PROCESO

29. ¿Actualmente cuánto tiempo lleva en el proceso?

29.1 Menos de un mes _____

29.2 Un mes _____

29.3 Dos meses _____

29.4 Tres meses _____

29.4 Cuatro meses _____

29.5 Cinco o mas _____

30. Dentro de los temas trabajados dentro de la Comunidad Terapéutica de Colombia, ¿Cuáles cree usted más importantes para su vida?

31. ¿Qué temáticas les gustaría desarrollar en su proceso?

32. ¿Su familia lo apoya en el proceso?

32.1 Si _____ 32.2 No _____ ¿Cómo?

33 ¿Ha estado usted en otros procesos de tratamiento? 28.1 Si _____ No _____

34. Después de terminado el proceso ¿Usted piensa?

34.1 Trabajar _____

34.2 Estudiar _____

34.3 Pasar tiempo con su familia _____

34.4 Otro ¿Cuál?



ANEXO C: Diario de campo

DIARIO DE CAMPO

INSTITUCION: COMUNIDAD TERAPEUTICA DE COLOMBIA

FECHA:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	ANALISIS	PLAN DE ACCION

ANEXO D: Plan de trabajo para la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL)

PLAN DE TRABAJO PARA LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE COLOMBIA (COTECOL)

TRABAJADORAS SOCIALES EN FORMACION:

OBJETIVO: _____

ENFOQUE: _____

Fecha y lugar	Actividad	Objetivo	Técnicas	Instrumentos	Recursos	Logros y Dificultades	Tareas asignadas Observaciones	Observaciones



ANEXO E: cartilla para el fortalecimiento de habilidades sociales de personas pertenecientes a comunidades terapéuticas.

CARTILLA PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES DE PERSONAS PERTENECIENTES A COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS

MARBE LUZ MARTINEZ HERNANDEZ

SARA SOFIA PINEDA CAMACHO

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE
CUNDINAMARCA**

BOGOTÁ DC

2015

INTRODUCCIÓN

Esta cartilla busca ser una guía práctica para la intervención en Comunidades Terapéuticas que presten tratamientos a personas con adicciones a Sustancias Psicoactivas; el material presentado a continuación es producto de la intervención realizada con un grupo de la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) Sede Chía-Cundinamarca en el segundo semestre del 2014, por trabajadores sociales en formación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

OBJETIVO GENERAL

Orientar la intervención en Comunidades Terapéuticas para el fortalecimiento de las habilidades sociales de personas con problemáticas de adicciones a sustancias psicoactivas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Capacitar en habilidades sociales a los diferentes profesionales que desarrollen su accionar en Comunidades Terapéuticas.
- Desarrollar técnicas para la intervención con grupos en Comunidades Terapéuticas.

¿QUÉ SON LAS HABILIDADES SOCIALES?

Según el diccionario de trabajo social las Habilidades sociales son las capacidades y aptitudes que tiene una persona para interactuar con las demás en un contexto determinado.



¿PARA QUÉ FORTALECER LAS HABILIDADES SOCIALES?

Las habilidades sociales se deben fortalecer para mejorar las relaciones interpersonales como factor protector para las personas con una situación problemática.

¿PARA QUÉ FORTALECER LAS HABILIDADES SOCIALES?

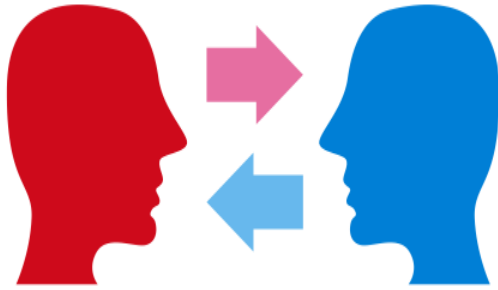
Las habilidades sociales se deben fortalecer para mejorar las relaciones interpersonales como factor protector para las personas con una situación problemática.

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS DE LAS HABILIDADES SOCIALES?

Dentro de las habilidades sociales se encuentra la comunicación, asertividad, empatía, liderazgo, motivación.

COMUNICACIÓN

La comunicación se puede concebir como la transmisión de mensajes de una a otra persona, de un grupo a otro o bien de una persona a un grupo.



definir desde lo planteado en los conceptos de comunicación y asertividad, como la unión entre la transmisión y el elemento transmitido, este elemento puede estar compuesto de pensamientos, sentimientos y percepciones.

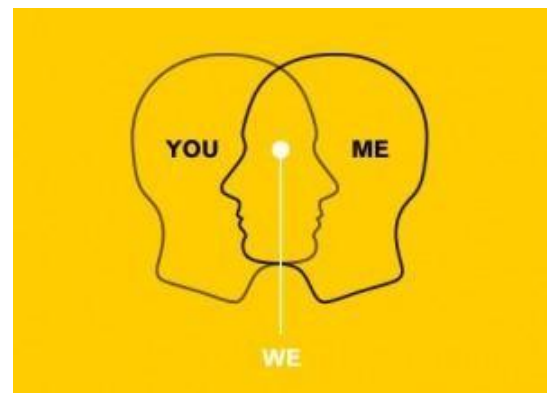
ASERTIVIDAD

La asertividad es un elemento que influye en la comunicación puesto que es la “habilidad de expresar pensamientos, sentimientos y percepciones, de manera apropiada”.



EMPATÍA

Capacidad de una persona para ponerse en el lugar del otro y poder así comprender su punto de vista, sus reacciones, sus sentimientos.



COMUNICACIÓN ASERTIVA

La comunicación asertiva se puede

LIDERAZGO

Conjunto de cualidades y hábitos

positivos que motivan y permiten a un individuo conducir a un grupo de personas al logro de fines superiores por caminos acotados por principios y valores de alto contenido moral.



MOTIVACIÓN

Búsqueda de satisfacción de una necesidad, que disminuye la tensión, las motivaciones van ligadas a las necesidades o estas crean motivaciones.

¿CÓMO REFORZAR LAS HABILIDADES SOCIALES?

Tomas Fernández y Antonio López en su libro trabajo social con grupos proponen una metodología

con el objetivo de “capacitar a la persona para hacer frente a partir del aprendizaje y refuerzo de habilidades sociales básicas a los problemas y oportunidades de la vida”.

Bajo los planteamientos de los autores se proponen cinco fases en el desarrollo del grupo:

Primera fase:

Diagnóstico y preparación en esta etapa se debe realizar un diagnóstico previo, en el cual se identifiquen carencias y dificultades, seguido de esto, se establecerán las características específicas del grupo (duración, objetivos, número de miembros), posterior a esto se deben establecer metas.

Segunda fase

Inicial del grupo, inclusión y orientación, se busca generar un clima de confianza, en esta

se deben tener en cuenta los antecedentes socioculturales puesto que la cultura de cada persona puede afectar la participación dentro del grupo. Se da una incertidumbre frente a los objetivos del grupo, el papel del trabajador social debe enfocarse al manejo de los posibles conflictos que puedan presentarse evitando que éstos afecten la cohesión y confianza entre los miembros del grupo, algunos de los valores que favorecen la dinámica del grupo, son la aceptación, el respeto, la empatía, la autenticidad.



Tercera fase

De transición, según López y Fernández en esta fase, continúa la incertidumbre de los

miembros del grupo; se desarrollan los canales de comunicación y se evidencian los primeros conflictos, esta etapa se caracteriza por la definición del papel de los miembros del grupo, se da importancia al poder y conflicto, posterior al establecimiento del poder, se puede dar mayor libertad en la comunicación o conflictos.



Cuarta fase

De trabajo y correspondencia: logro de metas, el grupo se debe centrar en conseguir los objetivos establecidos, los miembros interactúan con mayor libertad, alcanzando

mayores niveles de correspondencia y reciprocidad. Las personas se aceptan y apoyan mutuamente, en esta etapa se interiorizan habilidades y conocimientos de forma progresiva, los objetivos de ésta se dirigen a estructurar el trabajo del grupo, aumentar el nivel de cohesión, lograr las metas, y por último evaluar el proceso.



Técnicas

Procedimientos sistematizados de organización y desarrollo de la actividad grupal.

Técnicas de presentación.

Se utilizan para configurar el grupo, romper la timidez y la tensión en los miembros, facilitando la desinhibición, el autoconocimiento y las potencialidades del grupo.

“Quien es quien”

“Escucha mutua”

“El naufrago”



Técnicas de creatividad grupal.

Busca poner a prueba la capacidad de los miembros frente a la resolución de problemas y la toma de decisiones.

“El telegrama”

“Sociograma”

“Foro”



Técnicas de animación para el análisis de problemas.

El trabajador social debe propiciar el análisis de la realidad en un sentido crítico, para así generar soluciones.

“Verdades y generalizaciones”

“Análisis de caso”



Técnicas para la planificación.

La planificación debe formar parte del aprendizaje del grupo, necesitando una serie de conocimientos y habilidades adquiridas mediante técnicas participativas.

“Grupo nominal”

“El itinerario”



Técnicas de evaluación.

Estimación de los conocimientos, aptitudes y rendimientos de las intervenciones de los trabajadores sociales.

“Como lo hicimos”

“Cómo nos sentimos”



Técnicas para trabajar contenido temático

Técnicas utilizadas para abordar temas.

“Mesa redonda”

“Socialización”

“Introspección”

¿Cómo desarrollar una sesión de grupo?

1. Saludo
2. Contextualización del desarrollo de la sesión
3. Técnicas para trabajar contenido temático

4. Técnicas de comunicación

5. Técnicas de evaluación

6. Cierre de la sesión

GUIA DE SESIÓN

SESIÓN: Elementos de la comunicación

OBJETIVO DE LA SESION: Propiciar el espacio donde se dé el manejo creativo de la comunicación verbal escrita, permitir el intercambio emocional gratificante y ayudar al fortalecimiento de la Autoimagen de los participantes.

METODOLOGIA

1. Saludo
2. Presentación del espacio
3. Contextualización de los elementos más representativos de la comunicación

4. Técnica de Socialización:

reflexión grupal, busca que los residentes se favorezcan con el manejo creativo de los elementos comunicación.

5. Actividad:

los residentes de manera escrita, y creativa plasman conceptos subjetivos de sus compañeros y como aporta esto para su desarrollo personal. Desarrollo de la actividad: se les entrega a los participantes papel, por una parte de éste escribirán el nombre de un compañero y por el otro lado algo positivo de esa persona, una vez acaben todos, se entregarán los papeles a cada destinatario, cada persona leerá lo que sus compañeros piensan.

6. Técnica de comunicación

verbal: los residentes

describen lo que plasmaron y el sentimiento que les genero lo experimentado.

Socialización: los participantes de forma voluntaria comentarán lo que sienten después de haber leído lo que piensan sus compañeros

7. Técnicas de evaluación:

de forma verbal en una mesa redonda los participantes evalúan a cada integrante desde sus subjetividades y el desarrollo de las trabajadoras sociales en formación con respecto a la actividad

8. Cierre

conclusión por parte de las trabajadoras sociales en formación.



UNIVERSIDAD COLEGIO
MAYOR DE
CUNDINAMARCA

COMUNIDAD TERAPEUTICA DE COLOMBIA- (COTECOL) ADULTOS
MIXTO-SEDE CHIA-CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

PROGRAMACION DE SESIONES



OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSOS	RESULTADOS
<p>Identificar La creatividad, el trabajo en equipo y la comunicación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Actividad EL ARO: se forman grupos, se les entrega papeles, se les imparte la consigna, el grupo concluye la prueba cuando logra que su nave vuele y atravesese el aro, el juego termina una vez que todos los grupos han cumplido la prueba. Socialización de la actividad (Técnicas de concientización: mediante socialización se busca que los residentes mediante la creatividad y las formas de comunicación propongan alternativas para el trabajo en equipo) 3. Técnicas de comunicación, de forma verbal los residentes exponen su conocimiento e interpretación de cómo debe ser la comunicación para el logro de objetivos grupales. Preguntara abierta: ¿Que podemos sacar de aprendizaje de este juego?, ¿Cuál ha sido el momento más difícil?, ¿Qué se siente ver que los otros grupos pasan y nuestro grupo se queda?, ¿Que sentimos ahora que todos hemos cumplido con el objetivo? 4. Técnicas de evaluación de forma verbal pide a las residentes opiniones acerca del aprendizaje de la actividad y aspectos positivos y negativos que tuvo la sesión. 5. Cierre, reflexión sobre el proceso llevado a cabo por cada 	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: fotocopias lapiceros lista de asistencia</p>	<p>Identificación de la importancia del trabajo en equipo a través de la comunicación y herramientas como la creatividad para la resolución de conflictos.</p> <p>Construcción de metas a nivel grupal y se evidencio la comunicación y la escucha al momento de realizar los patrones de mando.</p>

	grupo, en términos de comunicación, trabajo en equipo y motivación.		
--	---	--	--

Anexo. F. Programación Pasantías en la Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL),

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 7, sábado 20 de septiembre 2014, TEMA: Comunicación en la Familia			
OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSOS	RESULTADO
Identificar la importancia de la comunicación en la resolución de un conflicto familiar.	<p>1- Saludo</p> <p>2- Actividad Pregunta abierta de cómo debe ser la comunicación al momento de resolver conflictos familiares, División del grupo en subgrupos, en un lugar visible se sitúa la foto de la situación conflictiva, cada grupo debatirá durante un tiempo y luego representará de forma teatral las posibles soluciones que al conflicto en cuestión. El grupo expondrán de forma razonada su decisión. Cada grupo puede centrarse en uno de los actores que participan en el conflicto.</p> <p>3- Técnicas de comunicación: los residentes expresan de manera verbal como solucionar problemáticas presentes en la dinámica familiar. Socialización de la actividad: se contrastan las diferentes situaciones representadas por cada grupo con la realidad, discutiendo por qué se ha elegido esa y no otra y dialogando sobre las más convenientes</p> <p>5- Técnica de evaluación: “como contrastar situaciones mediante la</p>	<p>Recursos humanos: Residentes Trabajadoras sociales en formación</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: fotocopias lapiceros lista de asistencia</p>	Los residentes reconocieron la comunicación como una herramienta para solucionar los diversos conflictos presentes en la dinámica familiar, identificando como la mala comunicación ha tenido consecuencias en la familia

	<p>comunicación constructiva”: evaluar las actitudes y comportamientos de los residentes y el desarrollo de las trabajadoras sociales en formación con respecto al manejo de la actividad</p> <p>6- Cierre: De manera verbal expresan la importancia del tema por medio de una integración grupal</p>		
--	--	--	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 12 sábado 25 de octubre 2014 TEMA: TRABAJO EN EQUIPO			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
Identificar la importancia del trabajo en equipo, con el fin de fortalecer el mismo dentro de los residentes de la Comunidad Terapéutica de Colombia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación del espacio 3. Técnica rompe hielo: “le vendo un pato” los residentes que forman un círculo, a uno de ellos se les entregara un objeto el cual deberán pasar a la persona de al lado diciendo le vendo un pato, la persona que reciba el objeto deberá responder “un qué” y quien se lo entrego responderá un pato y así sucesivamente, quien se confunda o se equivoque deberá pagar una penitencia. 4. Técnicas para trabajar contenido temático: “La liga del saber” se evalúa el contenido y manejo del tema tratado. Mediante la temática trabajada se busca que los residentes reflexionen y entiendan la importancia del trabajo en equipo. 5. Contextualización del concepto de trabajo en equipo (conjunto de personas con habilidades y experiencias complementarias, comprometida con una meta en común, y con una serie de objetivos específicos, haciendo énfasis en el compromiso del grupo). División del grupo en subgrupos para actividad el juego de los planetas” 	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadora social e n formación.</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: Fotocopias lapiceros</p>	<p>Se logra identificar la importancia del trabajo en equipo, mediante la situación planteada.</p> <p>Se evidencia buen manejo de dialogo y de escucha dentro del grupo.</p>

	<p>cada equipo es un planeta y debe buscar la forma de socializar con los demás planetas sin poner en peligro el suyo.)</p> <p>6. Técnica de Socialización: Socialización y reflexión acerca de los resultados por parte de los residentes de forma voluntaria (técnica de comunicación)</p> <p>7. Técnicas de comunicación: los residentes expresan de manera verbal cómo entienden el trabajo en equipo y la importancia de éste.</p> <p>8. Técnicas evaluación: Evaluación oral, los residentes de forma voluntaria dan su opinión frente a aspectos como la organización de la sesión, el desarrollo de la temática, y participación de los residentes le aportan a su proceso.</p>	asistencia	
--	--	------------	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

TEMA: Asertividad

SESION 13 sábado 1 de noviembre 2014 TEMA: ASERTIVIDAD			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSOS	RESULTADO
Identificar que es la asertividad y la importancia de esta en la comunicación y las relaciones interpersonales	<p>1- Saludo</p> <p>2- Contextualización del desarrollo de la sesión.</p> <p>3- Socialización respecto a que entienden por asertividad y la importancia que identifican de ésta.</p> <p>4- Técnica para trabajar contenido temático: medios audiovisuales (video y presentación en Power Point).</p> <p>5- Técnica Contextualización acerca del concepto de asertividad, haciendo énfasis de ésta en la comunicación con sus familiares y pares</p>	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p>	Los residentes identificaron la importancia de la asertividad las relaciones interpersonales, identificando cuando no eran asertivos dando ejemplos de su vida cotidiana, reconocieron como cambiarían sus estrategias al poner en práctica la asertividad

	<p>6- Técnicas comunicación: los residentes expresen de manera verbal y escrita como entienden y la asertividad y la importancia de ésta en las relaciones sociales</p> <p>Discusión de la importancia de la asertividad en las relaciones interpersonales</p> <p>Ejercicios de asertividad dentro de la comunidad: se plasma una situación en la que una persona es poco asertiva y se pide a los residentes evaluar las consecuencias de esto.</p> <p>7- Técnicas Socialización: se generan conclusiones en torno al tema y se aclaran dudas.</p> <p>8- Técnicas evaluación: “como es la actitud de los miembros del grupo”: evaluar las actitudes y comportamientos de los residentes. Cada integrante debe responder a cada pregunta que se realizara de 1 a 5 (que tan asertivo se considera, que tan importante cree que son las relaciones interpersonales.</p>	<p>Recursos</p> <p>Materiales:</p> <p>fotocopias</p> <p>lapiceros</p> <p>lista de asistencia</p>	
--	---	--	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

TEMA: Liderazgo

SESION 19 miércoles 10 de diciembre 2014 TEMA: LIDERAZGO			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
Fortalecer el liderazgo con el fin de propiciarlo como herramienta para el proyecto de vida	<p>1- Saludo Presentación del espacio Contextualización del liderazgo y como entienden los residentes el liderazgo</p> <p>2- Técnica de Socialización: del tema tratados, por este medio se busca que los residentes realicen una introspección con el fin de que identifiquen que fortalezas tienen como líderes, y las consecuencias que tiene el liderazgo negativo.</p> <p>3- Técnicas contenido temático: A través de la realización de grupos y la utilización de medios audiovisuales se expone la temática a los residentes de la comunidad terapéutica de Colombia, se Asignar un líder que guie la representación de una obra de teatro el cual dividirá en 5 grupos integrado por 5 personas, que consiste en la ubicación de roles, haciendo que los miembros del grupo que se ha creado se sitúen según los roles que adoptan o representan por norma general. Existen muchos tipos de liderazgo, siendo algunos de ellos: el crítico, el experto, el pesimista, etc.</p> <p>4- Técnicas comunicación: De manera verbal los</p>	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: fotocopias lapiceros lista de asistencia marcadores papel periódico</p>	<p>Los residentes identificaron las principales características de un líder, y establecieron algunas estrategias para potencializar éstas dentro del grupo.</p> <p>Se logró potencializar las habilidades sociales de algunos de los residentes que mostraban un liderazgo.</p>

	<p>residentes exponen su conocimiento e interpretación de cómo debe ser un líder positivo. Identificar el rol de líder</p> <p>Socialización : discutir sobre los aporte de la actividad</p> <p>5- Técnicas de evaluación: “Aspectos positivos y negativos” se pide a los residentes que piensen en los aspectos positivos y negativos que tuvo la sesión y los plasme en dos carteles, esto con el fin de saber que fortaleces y dificultades se presentaron durante el desarrollo de la sesión pro de la actividad</p>		
--	--	--	--

SESION 6, sábado 13 de septiembre 2014 TEMA: Elementos de la comunicación

OBJETIVO D	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Propiciar el espacio donde se dé el manejo creativo de la comunicación verbal escrita, permitir el intercambio emocional gratificante y ayudar al fortalecimiento de la Autoimagen de los participantes</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación del espacio 3. Contextualización de los elementos más representativos de la comunicación 4. Técnica de Socialización: reflexión grupal, busca que los residentes se favorezcan con el manejo creativo de los elementos comunicación 5. Actividad: los residentes de manera escrita, y creativa plasman conceptos subjetivos de sus compañeros y como aporta esto para su desarrollo personal. Desarrollo de la actividad: se les entrega a los participantes papel, por una parte de éste escribirán el nombre de un compañero y por el otro lado algo positivo de esa persona, una vez acaben todos, se entregarán los papeles a cada destinatario, cada persona leerá lo que sus compañeros piensan. 6. Técnica de comunicación verbal: los residentes describen lo que plasmaron y el sentimiento que les genero lo experimentado. Socialización: los participantes de forma voluntaria comentarán lo que sienten después de haber leído lo que piensan sus compañeros 7. Técnicas de evaluación: de forma verbal en una mesa redonda los participantes evalúan a cada integrante desde sus subjetividades y el desarrollo de las trabajadoras sociales en formación con respecto a la actividad 8. Cierre conclusión por parte de las trabajadoras sociales en formación 	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: Papel blanco lapiceros lista de asistencia</p>	<p>Se logró que los residentes manejaran de forma creativa la representación de la comunicación y sus puntos de vista desarrollando el objetivo planteado y este a su vez fue expuesto de forma verbal, a través del dibujo, poemas, canciones todo lo aprendido del fortalecimiento de la comunicación y la participación</p>



UNIVERSIDAD
COLEGIO MAYOR DE
CUNDINAMARCA

*COMUNIDAD TERAPEUTICA DE COLOMBIA- (COTECOL) ADULTOS MIXTO-SEDE
CHIA-CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL*



OBJETIVO ESPECIFICO 2: Propiciar formas alternas de resolución de conflictos dentro y fuera de la Comunidad Terapéutica de Colombia como medio para disminuir los conflictos presentes en las relaciones familiares y amistosas.

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

TEMA: Qué es un conflicto

SESION 8 sábado 27 de septiembre 2014 TEMA: QUE ES UN CONFLICTO			
OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO

<p>Lograr que los residentes identifiquen que es un conflicto y como están presentes en la sociedad</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Contextualización del concepto de conflicto. Técnicas de concientización: mediante introspección se busca que los residentes analicen como los afectan los conflictos en su vida diaria. 3. Técnicas para trabajar contenido temático Proyección película los colores de la montaña Discusión sobre la película, con el fin de hacer una contextualización del conflicto en Colombia: Medios audiovisuales, proyección de película, a manera de exposición se da el concepto de conflicto. 4. Técnicas de socialización: Socialización de como entienden el conflicto. Se hace una mesa redonda donde los residentes dan sus puntos de vista frente a lo que entienden por conflicto. 5. Técnica de evaluación: de forma verbal en una mesa redonda los participantes evalúan a cada integrante desde sus subjetividades y el desarrollo de las trabajadoras sociales en formación con respecto a la actividad 	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro, televisor. DVD.</p> <p>Recursos Materiales: lista de asistencia</p>	<p>Los residentes comprendieron la definición de conflicto, a su vez tuvieron una visión a nivel macro del conflicto histórico que se ha presentado en Colombia y como este los ha afectado directa o indirectamente.</p>
---	---	--	---

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

TEMA: Formas alternas de resolución de conflictos: Mediación, Negociación

SESION 9 sábado 4 de octubre 2014 Formas alternas de resolución de conflictos: Mediación, negociación

OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Identificar formas alternas de resolución de conflictos como la mediación y la negociación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación del espacio 3. Técnicas para trabajar contenido temático: en mesa redonda se da la explicación de la temática, se pide a los residentes que socialicen las conclusiones del tema, se explica cómo será desarrollada la sesión (mesa redonda) ¿Qué son las formas alternas de resolución de conflicto? Se expone a los residentes que son según la autora María Fuquen 4. Circulo Terapéutico: busca que los residentes, socialicen sus puntos de vista frente a como resuelven los conflictos. La mediación y negociación como formas alternas de resolución de conflictos, se contextualiza a los residentes el desarrollo de la mediación y la negociación. 5. Técnica de Socialización del tema tratado, se pide a los residentes que den sus opiniones frente al tema y generen algunos ejemplos de estas dos formas alternas de resolución de conflictos. 6. Técnicas de evaluación: mediante preguntas de forma oral hechas por las trabajadoras sociales se 	<p>Recursos humanos</p> <p>Residentes Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos físicos</p> <p>ante jardín de la comunidad</p> <p>Recursos Materiales</p> <p>hojas de papel blanco lápiz papel periódico marcadores cinta</p>	<p>Los residentes comprenden la mediación como la forma en la que un tercero imparcial contribuye a la resolución de un conflicto.</p> <p>Evalúan la importancia de la negociación como una forma alterna para resolver un conflicto, en el que los involucrados llegan a un acuerdo donde todas las partes involucradas estén de acuerdo.</p> <p>Se fortalece el objetivo específico propiciando formas alternas para la resolución de conflictos como</p>

	<p>busca conocer la evaluación que dan los residentes frente a la sesión trabajada y lo entendido en ésta. Conclusiones y aportes.</p> <p>7. Técnica de Evaluación: los residentes en conjunto con las profesionales evalúan la sesión.</p>		
--	--	--	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

TEMA: Formas alternas de resolución de conflictos: Arbitraje Conciliación

SESIÓN 10 sábado 11 de octubre 2014 TEMA: FORMAS ALTERNAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN			
OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
Identificar formas alternas de resolución de conflictos como el arbitraje y la	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Contextualización del desarrollo de la sesión 3. Técnicas para trabajar contenido temático ¿Qué entienden por arbitraje y conciliación? Se pide a los residentes que expresen lo que entienden por estas dos palabras, se 	<p>Recursos humanos</p> <p>Residentes Trabajadoras sociales en</p>	<p>Los residentes identifican la conciliación como la forma más eficiente de resolver un conflicto.</p> <p>Identificaron las cinco</p>

<p>conciliación.</p>	<p>socializa la temática y se da una relación entre lo que comprenden los residentes de ésta y los postulados del autor.</p> <p>4. Técnicas de comunicación: Socialización de los diferentes conceptos dados por los residentes.</p> <p>Comparación entre lo dicho por los residentes y lo dado por la autora María Fuquen y descripción de las fases de la conciliación, de forma verbal los residentes dan a conocer su punto de vista frente a la temática.</p> <p>5. Técnicas de evaluación: de manera escrita se pide a los residentes que plasmen como evalúan el desarrollo de la sesión (temática trabajada, organización, participación), por parte de los residentes frente al tema tratado en la sesión.</p> <p>6. Cierre de la sesión</p>	<p>formación.</p> <p>Recursos físicos</p> <p>Salón del encuentro de la Comunidad Terapéutica de Colombia.</p> <p>Recursos Materiales</p> <p>Lista de asistencia</p>	<p>fases de la conciliación (contexto del problema, diversos puntos de vista, puntos a tratar, posibles soluciones, acuerdos, solución).</p> <p>Se fortalece el objetivo específico propiciando formas alternas para la resolución de conflictos como</p>
----------------------	--	---	---

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO



TEMA: Como resolver un conflicto

SESION 15 sábado 15 de noviembre 2014 TEMA: Como resolver un conflicto			
OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Lograr que los residentes identifiquen como resolver un conflicto.</p>	<p>1- Saludo</p> <p>2- ¿Cómo actúan frente a una situación conflictiva? los residentes expresan de forma verbal como resuelven ellos un conflictos.</p> <p>3- Técnicas de concientización: se busca que los residentes se concienticen frente a la manera en la que resuelven los</p>	<p>Recursos humanos:</p> <p>Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p>	<p>Los residentes identificaron la importancia de resolver un conflicto de forma no violenta.</p> <p>Establecieron pautas para la resolución de conflictos según los pasos dados en la sesión.</p>

	<p>diversos conflictos que se les presenta.</p> <p>4- Técnicas para trabajar contenido temático: mediante exposición se dan los pasos para la resolución de conflictos, Pasos para resolver un conflicto, se exponen a los residentes los pasos para resolver un conflicto (definirlos, buscar alternativas, evaluar las alternativas, tomar decisiones, solución del conflicto).</p> <p>5- Técnica Concientización, se busca que los residentes comparen como resuelven sus conflictos y como deberían resolverlos y generen un cuadro con los pro y contra de las dos formas.</p> <p>6- Técnica de evaluación: se evalúa de manera oral lo entendido por los residentes.</p> <p>7- conclusiones del tema</p>	<p>Recursos</p> <p>Físicos:</p> <p>Antejardín de la casa.</p> <p>Salón del encuentro</p> <p>Recursos</p> <p>Materiales:</p> <p>Papel Periódico</p> <p>Marcadores Cinta</p> <p>lista de asistencia</p>	<p>Se identificaron las consecuencias que les ha traído no saber resolver conflictos.</p> <p>Se fortalece el objetivo específico propiciando formas alternas para la resolución de conflictos como</p>
--	--	---	--

OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Describir que es la resolución de conflictos con el fin de brindar herramientas para el mismo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación del Espacio 3. Técnica para trabajar contenido temático, presentación de un video sobre resolver el conflicto en 7 pasos 4. Contextualización del tema a nivel conceptual por medio de diapositivas (20 min). Participación de los residentes de la actividad y que elementos adoptaron de la resolución de conflicto (45 min.), medios audiovisuales (video y presentación en Power Point). 5. Técnica de comunicación, los residentes expresen de manera verbal y escrita algunas herramientas para la resolución de conflictos a través de la Dinámica de resolución de conflicto donde se desarrolla la actividad de los planetas donde los residentes se dividirán en 3 grupos iguales, donde cada grupo será un planeta en donde se les brindaran unas acciones y unas problemáticas y como resolverán el conflicto interno y externo.(30.min) 6. Técnica de evaluación, se evalúa de manera oral lo entendido por los residentes 	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos: Antejardín de la casa. Sala de estar de la casa</p> <p>Recursos Materiales: Papel Televisor marcadores</p>	<p>Los residentes identificaron la comunicación asertiva como principal herramienta en la resolución de conflictos. Se reconoce la importancia del manejo de las emociones como herramienta en la resolución de conflictos.</p> <p>Los residentes identificaron las consecuencias que les ha traído no resolver de manera efectiva un conflicto.</p>

Orientar la construcción del proyecto de vida a nivel individual y familiar de los residentes, como parte del proceso de tratamiento que lleva a cabo la Comunidad Terapéutica de Colombia.

 <p>UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA</p>	<p>COMUNIDAD TERAPEUTICA DE COLOMBIA- (COTECOL) ADULTOS MIXTO-SEDE CHIA- CUNDINAMARCA</p>	 <p>COMUNIDAD TERAPEUTICA DE COLOMBIA COTECOL Formación, prevención y tratamiento de adicciones Religiosos Tercerarios Capuchinos</p>
	<p>FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES</p>	
	<p>PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL</p>	

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 2 sábado 16 de agosto 2014 TEMA: AUTONOMIA			
OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Promover la autonomía en el grupo de residentes como herramienta en la construcción de su proyecto de vida</p>	<p>1- Saludo 2- Presentación del Espacio Contextualización del tema trabajado en la semana con los residentes. (10 min) 3- Técnica de concientización, por medio de la reflexión grupal se busca que los residentes y en este caso también las familias identifiquen como se utiliza la autonomía grupal, familiar e individual 4- Técnica para trabajar contenido temático, por medio del trabajo en equipo los residentes a través de una manera escrita plasmaran las preguntas entregadas referentes al tema de una manera física para el desarrollo del objetivo Seminario será desarrollado de la siguiente forma las familias se dividen en 5 grupos conformado por 10 personas y estos a su vez estarán integrados por</p>	<p>Recursos físicos: Salón del encuentro, sala de televisión. Recursos materiales: Hojas, marcadores, Esferos, formato de asistencia, televisor, computador. Recursos</p>	<p>Los residentes interiorizan el concepto de la autonomía. Se reconoce la importancia de la autonomía en el proyecto de vida. Las familias reconocen como la autonomía es fundamental en el proceso de rehabilitación y comprenden que desde la</p>

	<p>residentes y familias, se les entregaran una serie de preguntas que tienen que ver con el proceso de la autonomía y su desarrollo, las familias y los residentes tienen que plasmar en papel periódico las respuestas de las preguntas como desarrollan su autonomía en el hogar y a nivel individual (45 min.)</p> <p>5- Técnica de comunicación, de manera verbal las familias en una mesa redonda expresan lo entendido de la temática trabajada con los residentes se pide a los residentes y familias que expresen de manera verbal la descripción de lo que plasmaron sobre las preguntas entregadas sobre el tema de la autonomía</p> <p>6- Técnica de evaluación, se realizara una mesa redonda donde cada familia expresa la importancia de la autonomía y que le aportaba a su familia lo aprendido en la actividad. (25 min.) por medio verbal en una mesa redonda los participantes evalúan a cada grupo desde su subjetividades y el desarrollo de las trabajadoras sociales en formación con respecto a la actividad</p>	<p>Humanos: Trabajadores sociales en formación, residentes.</p>	<p>dinámica familiar se debe propiciar.</p>
--	---	--	---

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 3 sábado 23 de agosto 2014, TEMA: Fortalecimiento de las Herramientas que poseen las familias a través de la autonomía			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
Reconocer la importancia de la autonomía proceso del residente y como las familias debe participar en la construcción de esta autonomía en el núcleo familiar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación del espacio por parte del terapeuta a cargo. 3. Contextualización del tema trabajado en sesión anterior (10 min). 4. Técnica de concientización, mediante la temática trabajada se busca que los residentes y su familias se apropien de la herramienta que se le está proporcionando que es el conocimiento y como utilizar la autonomía en la familia 5. Técnica para trabajar contenido temático, mediante un seminario, de forma oral deben exponer como ven la autonomía y la importancia de ésta como herramienta, por medio de un seminario se les brinda a la comunidad la importancia de poner en funcionamiento la temática dentro del núcleo familiar y a través de la discusión y reflexión cada grupo de residentes expresa su punto de vista. 6. Técnica de comunicación, de manera verbal las familias y los residentes intercambian opiniones de cómo debe ser la autonomía dentro de las familias y como esta herramienta les aporta en su crecimiento individual y social, 	<p>Recursos físicos: Salón del encuentro, sala de televisión.</p> <p>Recursos materiales: Hojas, marcadores, Esferos, formato de asistencia, televisor, computador.</p> <p>Recursos Humanos: Trabajadores sociales en formación residentes</p>	Se identificó que los residentes utilizaron la autonomía como herramienta para fortalecer lasos familiares al momento de interactuar con sus pares

	<p>las familias de manera individual expondrán de forma oral la importancia de esta herramienta para sus vidas y la de los residentes y la plasmaran en una hoja para obsequiar a cada integrante del proceso de reeducación</p> <p>7. Técnica de evaluación, “yo opino” El grupo de residentes evalúa el proceso llevado de manera voluntaria exponiendo sus opiniones sobre el desarrollo de la sesión y la participación de los residentes y familias se realizara una mesa redonda donde cada familia exprese la importancia de la autonomía y que le aporta a su familia lo aprendido en la actividad. (25 min.), y evaluación por parte.</p>		
--	---	--	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 4 sábado 30 de agosto 2014 TEMA: Proyecto de Vida			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Generar espacios donde el residente realice un bosquejo de su proyecto de vida a través de imágenes</p>	<p>1- Saludo 2- Presentación del Espacio 3- Técnica de concientización, se realiza una socialización de la temática y como esta herramienta les aporta para el desarrollo del proceso, Técnica rompe hielo se desarrollara bajo la construcción de 2 grupos de 10 integrantes, los cuales mediante partes del cuerpo y objetos formaran la línea más larga, el equipo que lo logre en menos de 10 min ganará. Esto con el fin de identificar patrones de comunicación, liderazgo y</p>	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación. Recursos Físicos:</p>	<p>Los residentes plasman los planes para su proyecto de vida. Los residentes se concientizan sobre la importancia que tiene el proyecto de vida en el proceso de rehabilitación</p>

	<p>compañerismo entre los miembros del grupo. (10 min).</p> <p>4- Técnica para trabajar contenido temático, por medio visual los residentes y familia conformado por grupos plasmaran en papel con recortes como se visualizan el proyecto de vida y posterior a esto los residentes expondrán el resultado, técnica de aprendizaje se desarrollara unas socializaciones por parte de los residentes a las familias de las actividades terapéuticas y técnicas que realizan en un día cotidiano, así mismo se realizara un collage el cual permita evidenciar la temática vista. (45 min</p> <p>5- Técnica de comunicación, de manera verbal se busca que el residente y sus familias expresen los resultados de una manera clara y objetiva el cual podrá ser discutido de manera constructiva con los demás residentes</p> <p>6- Técnicas de evaluación: de forma oral, se evalúa la organización, temática trabajada y la participación de los residentes en la sesión realizada a través de una técnica de participación donde se entregara al grupo una madeja de lana la cual deben lanzar y al recibirla deben indicar las fortalezas y aspectos por mejorar de la sesión realizada. (25 min.)</p>	<p>Salón del encuentro.</p> <p>Recursos</p> <p>Materiales:</p> <p>Papel Periódico.</p> <p>Marcadores.</p> <p>Madeja de Lana</p>	
--	--	---	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 5 sábado 6 de septiembre 2014 TEMA: Proyecto de vida			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Generar momentos de reflexión donde los residentes identifiquen la importancia del proyecto de vida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Saludo 2- Presentación del Espacio por parte de las trabajadoras sociales en formación. 3- Presentación película “en busca de la felicidad” 4- Reflexión: los residentes en una hoja deberán plasmar la enseñanza que les dejó la película 5- Técnica de concientización, mediante la socialización del grupo por medio audio visual se expone la temática y estos a su vez expresan sus ideas 6- Técnica de socialización, compartir la reflexión con sus compañeros, identificando características importantes que encontraron en la película 7- Técnica para trabajar contenido temático: de manera verbal los residentes expresan que elementos tomaron de la exposición de la temática que le aporta a su proyecto de vida, por medio de conclusiones planteadas de forma verbal por los residentes concluir como aporta lo trabajado en la sesión a su proyecto de vida. 8- Técnica de comunicación: de manera verbal se discuten los 	<p>Recursos humanos</p> <p>Residentes Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos físicos</p> <p>Ante jardín de la comunidad.</p> <p>Recursos Materiales</p> <p>Hojas de papel blanco Lápiz Papel periódico Marcadores Cinta</p>	<p>Los residentes comprenden como el no tener un proyecto de vida definido fue un factor incidente para el consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Los residentes identifican el proyecto de vida como un factor protector frente a la reincidencia en el consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Se plantean metas a</p>

	<p>elementos que aportan a la construcción del proyecto de vida</p> <p>9- Técnica de evaluación: de forma oral los residentes exponen como evalúan el manejo del tema y la organización de la actividad por parte de las trabajadoras sociales en formación, los residentes evalúan el desarrollo de la sesión.</p>		<p>corto, mediano y largo plazo posterior a terminar el proceso de rehabilitación.</p> <p>Se fortalece la realización del proyecto de vida de los residentes.</p>
--	--	--	---

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 11 sábado 18 de octubre 2014 TEMA: Metas del proyecto de vida

OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Crear metas para el proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo</p>	<p>1- Saludo</p> <p>2- Presentación del espacio: se expone a los residentes sobre el orden de la sesión.</p> <p>3- Contextualización: de forma lúdica se expone los residentes las partes de un proyecto de vida.</p> <p>4- Técnica de concientización: de manera participativa los residentes expresan las partes que conforman su proyecto de vida y se realiza contextualización de la misma.</p> <p>5- Técnicas para trabajar contenido temático: de manera escrita el residente redacta las metas del proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo, se</p>	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales:</p>	<p>Los residentes establecen metas para su proyecto de vida.</p> <p>Se comprometen con ellos mismos a realizar acciones tendientes a cumplir los objetivos de su proyecto de vida.</p> <p>Se fortalece el objetivo específico de orientar a la</p>

	<p>desarrolla mediante un taller, el residente deber plasmar las metas que tiene para su proyecto de vida de acuerdo a las partes anteriormente mencionadas.</p> <p>6- Técnica de comunicación: los residentes compartirán con sus compañeros lo que plasmaron, porque, y como lo piensan lograr, de manera verbal y voluntaria los residentes comparten las metas creadas en cada parte del proyecto de vida</p> <p>7- Cierre</p>	<p>Televisión diapositivas fotocopias lapiceros lista de asistencia</p>	<p>construcción del proyecto de vida de los residentes, desarrollado durante todo el proceso.</p>
--	--	---	---

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 14 sábado 8 de noviembre 2014 TEMA: La familia en el proyecto de vida			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
Identificar la importancia de la familia dentro del proyecto de vida de los residentes	<p>1- Saludo</p> <p>2- Técnica rompe hielo: animometro, se busca medir el estado de ánimo de los residentes al momento de iniciar y finalizar la sesión y comparar estos dos.</p> <p>3- Identificación del espacio: se contextualiza a los residentes el objetivo de la sesión</p> <p>4- Técnica de concientización, se busca que en una mesa redonda se cree una discusión constructiva del papel que juega la familia dentro del proyecto de vida de cada uno de los residentes de la comunidad terapéutica.</p>	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos: Salón del</p>	<p>Los residentes identifican a las familias como participantes en su proyecto de vida en todo el proceso de este como lo son a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Cada residente reconoce la importancia</p>

	<p>5- Actividad: se pide a los residentes que escriban tres protagonistas importantes en el proyecto de vida.</p> <p>6- Mesa redonda: se discute la importancia de la familia en el proyecto de vida (Técnica de comunicación: se busca que el residente utilice la oratoria para expresar sus ideas y conclusiones de la temática).</p> <p>7- Reflexión: los residentes exponen la importancia que le dan a su familia en la creación y desarrollo de su proyecto de vida.</p> <p>8- Técnica de evaluación: los residentes evalúan el desarrollo de la sesión.</p>	<p>encuentro</p> <p>Recursos</p> <p>Materiales:</p> <p>Fotocopias</p> <p>Lapiceros</p> <p>Lista de asistencia</p> <p>Marcadores</p> <p>Papel periódico</p>	<p>de la familia como eje central en el desarrollo del proceso de rehabilitación dentro y fuera de la comunidad terapéutica</p>
--	--	--	---

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 16 sábado 22 de noviembre 2014 TEMA: Importancia del proyecto de vida			
OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Reconocer la importancia de visualizar e imaginarse a través de imágenes lo que</p>	<p>1- Saludo</p> <p>2- Presentación del Espacio</p> <p>3- Técnica de concientización, mediante la temática trabajada se visualiza que los residentes reflexionen y se apropien de las herramientas utilizadas para la construcción del proyecto de vida en su desarrollo,</p>	<p>Recursos humanos:</p> <p>Residentes.</p> <p>Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos:</p>	<p>Los residentes logran reconocer y proyectar por medios visuales como esperan que sea su proyecto de vida y como los anima a seguir superando los</p>

<p>los residentes quieren para su proyecto de vida.</p>	<p>Continuación del proyecto de vida plasmada individual en un collage donde lo colocaran en un lugar de la casa donde todos los días lo puedan ver y así recordar que pueden lograr lo que se imaginan a corto y mediano plazo</p> <p>4- Técnica para trabajar contenido temático: collage (los residentes realizan un collage de su proyecto de vida). Explicación de las imágenes de cada uno de los residente</p> <p>5- Técnicas de comunicación: los residentes expresan de manera verbal cómo plasmaron en imágenes su proyecto de vida y que representa para el desarrollo del proceso.</p> <p>6- Técnicas de evaluación: se evalúa de forma oral la pertinencia del temático, el desarrollo de la sesión y los conocimientos adquiridos.</p>	<p>Ante jardín Salón del encuentro</p> <p>Recursos materiales: Carteleras Fotocopias Marcadores Revistas Colbon Papel craf Periódico Pintura Cinta</p>	<p>obstáculos que se pueden encontrar en el desarrollo del mismo</p>
---	---	---	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

<p>SESION 17 sábado 29 de noviembre 2014 TEMA: Motivación</p>			
<p>OBJETIVO DE LA</p>	<p>METODOLOGIA</p>	<p>RECURSO</p>	<p>RESULTADO</p>
<p>Describir la motivación individual y grupal con el fin de ver como esta influye para el logro de las</p>	<p>1- Saludo 2- presentación del espacio 3- Técnicas de concientización: contextualización del tema: mediante una presentación en Power Point, se explica a los residentes que es la motivación, y los diversos tipos que existen, Mediante medios</p>	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación.</p> <p>Recursos Físicos:</p>	<p>Los residentes identificaron sus principales motivaciones en el proceso de rehabilitación, y como utilizar éstas para culminarlo de manera satisfactoria.</p>

<p>metas de su proyecto de vida.</p>	<p>audiovisuales se proyecta un video de motivación con el cual se busca que los residentes hagan una introspección referente a que los motiva en la vida, y su principal motivación para culminar el proceso de rehabilitación.</p> <p>4- Técnicas para trabajar contenido temático: “puro cuento” se busca evaluar el dominio que tienen los residentes frente a este tema, posteriormente en forma de conversatorio se darán claridades frente al tema, Actividad: los residentes plasman de forma escrita que los motiva a culminar el proceso de rehabilitación.</p> <p>5- Socialización: los residentes expresan de forma verbal y voluntaria que plasmaron en sus motivaciones.</p> <p>6- Actividad de relevo donde se motiva la realización de esta con un premio</p> <p>7- Técnicas de comunicación: Se busca que los residentes expresen de manera verbal su saber y de cómo entienden la motivación y la importancia de esta en la construcción de su proyecto de vida</p> <p>8- Reflexión: los residentes realizaran una introspección del tema trabajado, y se hará una reflexión con el fin de que se motiven mutuamente en la realización y cumplimiento de su proyecto de vida.</p> <p>9- Técnicas de evaluación El grupo de residentes evalúa el proceso llevado a cabo de forma voluntaria,</p>	<p>ante jardín salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: lista de asistencia hojas esferos</p>	<p>Los residentes se automotivan para la generación y cumplimiento de su proyecto de vida.</p>
--------------------------------------	---	---	--

	exponiendo su opinión frente al desarrollo de la sesión y la participación activa o pasiva de los residentes.		
--	---	--	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 20, jueves 11 de diciembre 2014 TEMA: Cambios en mi proyecto de vida.			
OBJETIVO DE LA	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
Identificar los cambios que han tenido los proyectos de vida desde su planteamiento hasta la fecha	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación del espacio: se explica a los residentes el objetivo de la sesión y el desarrollo de ésta. 3. Técnicas de concientización: Mediante la socialización se busca que los residentes realicen un paralelo de su proyecto de vida anterior y actual. 4. Técnicas de comunicación: Los residentes expresen de manera verbal su saber, lo aprendido y cuáles fueron los cambios que ellos desde su subjetividad consideran irrelevantes en la construcción de su proyecto de vida 5. Socialización del tema: en mesa redonda se busca que los residentes digan cuales son los cambios que han generado a su proyecto de vida por medio de las temáticas trabajadas por las profesionales en formación. 6. Técnica de evaluación, el grupo de residentes evalúa el proceso llevado a cabo de forma voluntaria, exponiendo su opinión frente al desarrollo del trabajo y la participación activa 	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadora social.</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: fotocopias lapiceros lista de asistencia</p>	Los residentes identificaron los cambios que han realizado en su proyecto de vida al adquirir nuevas herramientas de conocimiento como lo son las temáticas expuestas por las trabajadoras sociales en formación; a su vez identificaron que elementos no le aportan al desarrollo de su proyecto de vida y como pueden cambiar dichos elementos.

	<p>o pasiva de los residentes.</p> <p>7. Reflexión: se pide a los residentes que expresen como creen que les ha aportado el trabajo del temático proyecto de vida, durante el proceso de rehabilitación.</p>	<p>marcadores papel periódico</p>	
--	---	---------------------------------------	--

GRUPO POBLACIONAL: grupo residentes Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL) ADULTO-MIXTO

SESION 21, sábado 13 de diciembre del 2014, TEMA: Cierre del proceso.

OBJETIVO DE LA SESION	METODOLOGIA	RECURSO	RESULTADO
<p>Crear un espacio de interacción y reflexión que facilitan los logros alcanzados a través de las habilidades sociales para un desarrollo dentro del proceso de rehabilitación y fuera de la comunidad terapéutica retro alimentación del proceso que llevaron a cabo las trabajadoras sociales en formación por parte de las directivas y los residentes despedida y agradecimiento de las trabajadoras sociales y los residentes despedida y agradecimiento de las trabajadoras sociales en formación a los residentes y directivas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo 2. Presentación del espacio 3. Palabras del Terapeuta de la Comunidad Terapéutica de Colombia 4. Técnicas de concientización: se busca un espacio de reflexión donde los residentes exponen lo aprendido durante la intervención de las trabajadoras sociales en formación durante todo el proceso 5. Técnica para trabajar contenido temático: de forma voluntaria se busca que el residente exprese sus pensamientos de cómo le pareció la labor de las trabajadoras sociales en formación y que cambios y aportes le género en su proceso de rehabilitación, Palabras de los residentes hacia las trabajadoras sociales en formación 6. Técnicas de comunicación: se pretende que el residente pueda expresar ideas, opiniones, agradecimientos y observaciones de una manera constructiva que pueda generar un ambiente de participación 7. Técnica de evaluación, se evalúa de forma voluntaria y verbal a las trabajadoras sociales en formación por la labor realizada dentro de la comunidad terapéutica por parte de los residentes y directivas de la institución 8. Conclusiones 9. Recomendaciones 	<p>Recursos humanos: Residentes. Trabajadoras sociales en formación .</p> <p>Recursos Físicos: Salón del encuentro</p> <p>Recursos Materiales: fotocopias lapiceros lista de asistencia</p>	<p>La comunidad terapéutica logro crear un espacio de reflexión donde se lleva a cabo un proceso de retro alimentación del proceso llevado a cabo por las trabajadoras sociales en formación. Se logra expresar por parte de la comunidad las diferentes opiniones y como este proceso aporta en su desarrollo personal, familiar ,individual y social dentro y fuera de esta comunidad</p>

Fuente: Formato creado por las trabajadoras en formación, contienen los resultados del proceso llevado a cabo con los residentes pertenecientes al programa internado en la comunidad terapéutica de Colombia, sede chía. II semestre de 2014.