

CARACTERIZACIÓN DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
REALIZADOS EN LOS TRATAMIENTOS QUE ATIENDEN LA ADICCIÓN A
SUSTANCIAS PSICO-ACTIVAS, EN EL VALLE DE ABURRA AVALADOS POR EL
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

AUTOR:

JUAN CARLOS OVIEDO PEÑATA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2012

Caracterización de los Modelos de Intervención Psicológica realizados en los Tratamientos que atienden la Adicción a Sustancias Psico-Activas, en el Valle de Aburra avalados por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia

Autor

Juan Carlos Oviedo Peñata

Trabajo de grado para optar al título de Psicólogo

Asesor

Cesar Augusto Jaramillo Jaramillo

Psicólogo, Magíster en Educación, Desarrollo Humano y
Especialista en Juventud

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Psicología

2012

*Este trabajo es dedicado a mi Hija Sosphe Anne Oviedo Bard, Quien
Llego a mi Vida y la Lleno de Felicidad*

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi familia, mi madre, mi hermano, mi esposa y mi hija por estar siempre apoyándome, también a todos aquellos que fueron parte en mi formación y por los cuales hoy soy más humilde, gracias.

INDICE

	Pág.
GLOSARIO	8
RESUMEN	15
ABSTRACT	16
INTRODUCCIÓN	17
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	20
1.1 Planteamiento del problema	20
1.2 Formulación del problema	23
2. OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo general	24
2.2 Objetivos específicos	24
3. JUSTIFICACIÓN	25
4. DISEÑO METODOLÓGICO	28
5. PRESUPUESTO	36
6. CRONOGRAMA	38
7. ANTECEDENTES	40
8. MARCO TEÓRICO	42
8.1 CAPITULO I. LA ADICCIÓN Y CONSUMO DE SPA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.	42
8.1.1 Situación de las adicciones, producto del consumo de SPAS a nivel mundial.	42
8.1.2 El consumo y adicción a SPAS en América.	46

8.1.3	El problema del consumo y adicción a las SPAS en Colombia.	48
		Pág.
8.1.4	El problema del consumo y adicción a las SPAS en el departamento de Antioquia.	52
8.2	CAPITULO II EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.	54
8.2.1	<i>Introducción a los modelos de intervención en farmacodependencias</i>	54
8.2.2	<i>Modelos de intervención para las adicciones producto del consumo de SPAS.</i>	57
8.2.2.1	El modelo Bió-Médico	57
8.2.2.2	El modelo de Entrevista Motivacional	58
8.2.2.3	El modelo de Prevención de Recaídas	60
8.2.2.4	El modelo de Trabajo con Redes Sociales	61
8.2.2.5	El modelo Jerárquico de Stuss y Benson	61
8.2.2.6	El modelo de Circuitos Cerebrales de Volkow, Fowler y Wang	62
8.2.2.7	El modelo de Comunidad Terapéutica	62
8.2.2.8	El modelo Integrador: Modelo Bió-Psico- Social	64
8.2.2.9	El modelo de Reducción del Daño	65
8.2.2.10	El modelo de Mitigación	66
9.	MARCO CONCEPTUAL	68
9.1	Caracterización	68
9.2	Modelos de intervención	68
9.3	Adicciones	68
9.4	sustancias psicoactivas	68
9.5	complejidad	69

10. MARCO LEGAL	70
10.1 Consideraciones	70
10.2 Disposiciones generales	71
10.3 Consideraciones y procedimientos para la habilitación de los CAD	75
10.4 Otras disposiciones	77
11. CAPITULO III. DESCRIPCIÓN DE LOS MODELOS ALLADOS.	80
11.1 Análisis categorial	80
11.2 Mapa categorial	80
11.3 Hallazgos	138
12. CAPITULO IV. DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES:	146
LA COMPLEJIDAD COMO PUNTO DE PARTIDA PARA ENTENDER LAS ADICCIONES PRODUCTO DEL CONSUMO DE SPAS Y LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN PROPUESTOS PARA SU ATENCIÓN.	
12.1 Una Idea De Complejidad: El Paradigma Moriniano	148
12.2 El Principio Dialógico De La Complejidad Moriniana	150
12.3 El Principio De Recursividad Organizacional Moriniano	151
12.4 El Principio Hologramático Moriniano	152
13. REFERENCIAS.	157
14. ANEXOS.	164

GLOSARIO

ADICCIÓN: es el fenómeno psíquico de la adaptación y del condicionamiento mental a los repetidos efectos de una sustancia determinada. Es una dependencia emocional o psíquica. Existe una búsqueda compulsiva de las sustancias psicoactivas con una imposibilidad absoluta de abstinencia. En esta etapa comienzan las complicaciones legales. Se pasa a una vida dependiente donde se genera un cambio en los valores afectivos y espirituales (González, 2011:8).

ADICCIÓN SIN SUSTANCIAS: Es un comportamiento y no una sustancia, el que provoca la dependencia. Se entiende como un uso compulsivo que absorbe grandes cantidades de energía física y psíquica por parte del individuo adicto, incapaz de controlar el comportamiento o romper el vínculo con el objeto de su dependencia, a pesar de las consecuencias negativas que de él se derivan (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

ADICTO: Que está dominado por el uso de ciertas drogas o por la necesidad de hacer algo a lo que no puede renunciar (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox, 2007).

ATENCIÓN: Se entiende por atención al conjunto de medidas dirigidas a dar cobertura sanitaria y social a las personas afectadas por drogodependencias, como consecuencia del abuso, así como del consumo en situaciones especiales de riesgos físico y psíquico para el individuo o terceros (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

ASISTENCIA: La fase de atención que comprende la desintoxicación, y todas aquellas medidas encaminadas a tratar las enfermedades y trastornos físicos y psicológicos, causados por el consumo o asociados al mismo (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

CAD: Es 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 (Ministerio de Protección Social, 2006)

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos (CVSP Nodo CUCS UdeG, 2008).

DEPENDENCIA: Es un estado psíquico, físico y social que resulta del consumo continuado de una o varias sustancias o actividades adictivas, teniendo como objetivo: mantener los efectos agradables procedentes del consumo o actividad y evitar los efectos desagradables que pudieran producirse por la no ingesta o el no desarrollo de la actividad adictiva (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

DEPENDENCIA FÍSICA. Estado caracterizado por la necesidad que tiene el cuerpo de seguir experimentando los efectos de alguna sustancia cuando se suspende el uso de la misma (PEMEX, 2012).

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA. Compulsión por usar de forma frecuente drogas para experimentar sensaciones agradables (placer, euforia) y evitar o disminuir el malestar que provoca no consumirlas (PEMEX, 2012).

DESHABITUACIÓN: Proceso psicológico por el cual pasa un drogodependiente para conseguir eliminar, controlar o modificar las causas que le incitan o lo mantienen en el consumo (Senes de La Vega, 2012).

DESINTOXICACIÓN: Proceso físico que se realiza con el drogodependiente para que su organismo vuelva a tener un funcionamiento normalizado, sin la necesidad de la presencia orgánica de la sustancia (Senes de La Vega, 2012).

DIAGNÓSTICO: Proceso a través del cual se profundiza en el objeto estudiado, para con acciones de intervención y en el marco de una etapa del proceso que se denomina Seguimiento, se dé una transformación (Martí, 2012).

DROGA: La Ley 4/1997 de prevención y asistencia en materia de drogas considera drogas aquellas sustancias, naturales o de síntesis, cuyo consumo puede generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud. Específicamente tienen esta consideración: los estupefacientes y psicótrpos; el tabaco; las bebidas alcohólicas. Otras sustancias de uso industrial o cualquier otra capaz de producir los efectos y consecuencias antes descritos. Se consideran drogas no institucionalizadas, principalmente, la heroína, la cocaína, cannabis y sus derivados, así como otras drogas

sintéticas cuyo uso no constituye un hábito socialmente aceptado (Junta de Andalucía, 2012).

DROGADICCIÓN: Es la relación establecida entre un individuo y una sustancia tóxica que puede provocar cambios en el organismo, afectando la salud individual, las relaciones con la familia, con los amigos, en la escuela, en el trabajo, etcétera. La relación entre la droga y el usuario por lo regular es voluntaria y auto administrado, y puede provocar un deseo irresistible de seguir usando una o varias sustancias (PEMEX, 2012).

DROGODEPENDENCIA: Enfermedad crónica y recidivante que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo, caracterizada por una tendencia compulsiva al consumo de drogas (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

FACTORES DE PROTECCIÓN: Son el conjunto de situaciones, actitudes y valores que ayudan a prevenir, reducir y modular el consumo de sustancias o la existencia de adicciones comportamentales en el individuo. Estos factores se encuentran en todas y cada uno de las situaciones que acompañan al individuo tanto en su desarrollo como en su saber estar con su entorno, la sociedad y la familia (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

FACTORES DE RIESGO: Son aquellas circunstancias que incrementan de forma directa o indirecta, la probabilidad de que un individuo consuma drogas o implemente una serie de adicciones comportamentales, para evadirse, precisamente de esas mismas circunstancias que lo atosigan, llegando a producir un cuadro patológico que va a interferir

en su propio proceso de desarrollo y sobre su mundo circundante, pueden ser a nivel individual, familiar, social o cultural (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

FARMACODEPENDENCIA: es una rama de la farmacología que se ocupa del estudio del uso de los fármacos en relación con el medio ambiente social y cultural. En las sociedades actuales, la Farmacología social, se relaciona principalmente con el uso indebido de drogas o el abuso del consumo de fármacos por el ser humano, frecuentemente con fines no médicos (Malgor & Valsecia, 2012).

HABILIDADES SOCIALES. Se refiere a la capacidad para actuar y comportarse de manera correcta y positiva en la relación con los amigos, los conocidos, los padres de familia, los maestros, etcétera. Las habilidades sociales permiten a una persona expresar de forma adecuada, directa y afectiva lo que siente, piensa, cree y desea; de esta manera se siente seguro y tranquilo respecto a lo que hace frente a relaciones personales o problemas que se viven a diario (PEMEX, 2012).

INSERCIÓN SOCIAL: La fase de atención dirigida a la integración plena de la persona a la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

INTERVENCIÓN: entendiéndola como aquella forma de tratar una situación, que desde lo planteado por el Ministerio de la Protección Social Colombiano (2004). Refiere: “El tratamiento es el conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la

disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud y la minimización de las posibles secuelas”.

MODELO O ENFOQUE DE ATENCIÓN: Es el conjunto de orientaciones terapéuticas en las que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios. Entre ellos se destacan: Comunidad terapéutica (tradicional/renovada), 12 pasos, espiritual-religioso, médico-clínico-psiquiátrico, psicológico-interdisciplinario, pedagógico-reeducativo y terapias alternativas u otras que demuestren evidencia comprobable de eficacia. (Ministerio de Protección Social. 2005. P.2)

PREVENCIÓN: Conjunto de medidas encaminadas a limitar, y en su caso eliminar, la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañosas asociadas al consumo. Existen tres tipos de prevención: la prevención primaria, que es aquella que se realiza basándose en técnicas de información, promoción y educación para la salud y que persigue retrasar el inicio del consumo de sustancias, fomentando hábitos saludables de vida y de comportamiento con uno mismo y con su entorno; la prevención secundaria, que es la que se arbitra para que las personas que bien siendo consumidoras esporádicas o habituales o tienen comportamientos adictivos, no lleguen a ser dependientes y sean capaces de mantener un consumo responsable; y la prevención terciaria, que es la que se dirige a articular programas dirigidos a aquellos individuos drogodependientes o que tienen adicciones comportamentales instauradas con la finalidad de que se integren en programas terapéuticos que les permitan salir de esas situaciones, e incorporarse de una manera normalizada a la sociedad (Scribd, 2012).

PSICOLOGÍA: disciplina científica que busca “resolver o paliar los problemas humanos individuales, interpersonales y sociales de nuestro tiempo” (Arana, Meilán y Pérez, 2006)

REHABILITACIÓN: La fase de atención para la recuperación o aprendizaje de comportamientos individuales socialmente aceptados, como medio de facilitar su incorporación social (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

RESOCIALIZACIÓN: Es la reintroducción de una persona a la sociedad mediante un programa reeducativo (Batua, 2009).

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Son aquellas sustancias químicas o naturales, que por sus características farmacológicas, tienen la posibilidad de ser consumidas por varias vías, ser absorbidas, concentrarse en la sangre, pasar al cerebro, actuar sobre las neuronas y modificar principalmente el funcionamiento del sistema nervioso central y crear dependencia física o psicológica. (Ministerio de Protección Social, 2005. P.2)

TRATAMIENTO: Proceso mediante el cual el individuo tiene la posibilidad de mejorar síntomas asociados a una problemática o enfermedad (Seijas, 1994).

RESUMEN

El presente Proyecto de Investigación, cuyo objetivo es caracterizar el manejo que se da al fenómeno del consumo de las sustancias psico-activas a partir de los modelos de intervención que se encuentran dentro del área metropolitana del Valle de Aburra, e identificar cual es el papel de la Psicología dentro de dichos modelos desde una visión de la complejidad, permitió efectuar un ejercicio de seguimiento metodológico, mediante el cual se puso en contexto la perspectiva paradigmática del abordaje social que se da al fenómeno y sus alcances. Este proceso metodológico de tipo cualitativo se planteó como una necesidad para comprender la realidad desde los diversos actores y variables involucrados, puesto que no es de interés para la investigación el estudio de la magnitud del problema, sino, el avanzar en la comprensión del mismo, se parte de la experiencia, de los procesos y en esa medida, la teoría fue un elemento sensibilizador, que proporcione un marco general de referencia dotando de contenido la investigación.

Palabras clave

Caracterización, Modelos de intervención, Adicciones, Sustancias psicoactivas y Complejidad.

ABSTRACT

The present Project of Investigation whose objective is to characterize the handling that is given to the phenomenon of the consumption of the psico-active substances inside the metropolitan area of the Valley of Aburrá, and to identify which is the paper of the psychology inside this models, will allow to make an exercise of methodological pursuit, by means of which will put on in context the paradigmatic perspective of the social boarding that one gives to the phenomenon and its reaches. This methodological process of qualitative type thinks about like a necessity to understand the reality from the involved diverse actors and since it is not of interest for the investigation the study of the magnitude of the problem, but, advancing in the understanding of the same one, he/she leaves of the experience, of the processes and in that measure, the theory will be an element sensitive that will provide a general mark of reference endowing of content the investigation.

Keys words

Characterization, intervention Models, Addictions, Substances psico-actives, and Complexity.

INTRODUCCIÓN

Años atrás se veía a Colombia como un país afectado por el flagelo del narcotráfico, lo cual generó acciones políticas y económicas de tipo represivo y militaristas de vasto conocimiento nacional e internacional, que dejaron una huella cultural que se ha forjado en la mente y el cuerpo de sus habitantes hasta nuestros días.

No obstante, en la actualidad no es ajeno darse cuenta, incluso paseando por las calles de alguna ciudad, que los índices en cuanto al incremento del hábito del consumo de las SPAS han aumentado significativamente, incluso involucrando dicho consumo a la cotidianidad, lo cual ha planteado un nuevo reto para la sociedad colombiana, que sumada a su vez a aquellos países que han sido parte de dicho fenómeno, han intentado manejar las subyacentes consecuencias que para la vida de los ciudadanos a dado como resultado la adicción a las drogas.

Precisamente uno de los puntos más importantes actualmente en materia de políticas y en especial las que tienen que ver con el sector salud en Colombia son aquellas que refieren al manejo de las adicciones a las drogas como un problema de salud pública el cual se ha integrado a modelos de atención importados de regiones que ya han tenido que enfrentarse a los síntomas del fenómeno, pero que se han visto rebasados en nuestro contexto, tal vez por el refuerzo de una historia dura y sangrienta que en vez de ayudar a no cometer los mismos errores se ha convertido en una fuente de grandeza y de orgullo contrastada por una doble moral que no acepta pero comparte y que sumada al estilo de vida actual, rápido, global y de consumo ha conseguido que este nuevo problema de salud pública y social, así

llamado, sea un punto importante para la atención de todos los profesionales que viven y analizan el acontecer social.

Desde el punto de vista de la salud el plantear el consumo y por su puesto la denominada adicción a las drogas como un problema de salud pública, propone un recorrido por las distintas maneras de intervenir el fenómeno, aquellos sustentos o bases que dan a dichas políticas una ruta de acción que busca contextualizarse en la sociedad colombiana. Al hablar de los modelos de intervención el recorrido que se debe hacer es desde las posibilidades de acceso que tiene esta sociedad, como parte de una cultura occidental en la que el predominio de investigaciones y de estudios realizados sobre este tema son los producidos en Norteamérica y Europa, quienes han posibilitado el desarrollo de técnicas y estilos de intervención que han llegado hasta nuestros contextos, los cuales se han puesto en marcha dando algunos adelantos en cuanto a lo que sucede con el ser humano al estar vinculado a las drogas y sus efectos, no solo físicos, sino también, mentales y comportamentales.

El manejo de una persona vinculada a la adicción a las SPAS en Colombia se ha observado desde varias perspectivas, como lo planteado desde los modelos biológicos y sociales que se han visto separados por una brecha que impedía el manejo y la superación de estos problemas, por lo menos en un porcentaje mayor al que se obtenía antiguamente, pero a partir del surgimiento de planteamientos más complejos que buscaban abarcar entre los polos del conocimiento una extensión de las relaciones y sus consecuencias, se llegó a tener más en cuenta la importancia de no sólo los síntomas, si no, del trasfondo que lleva al

comportamiento adictivo y que asocia otro número de comportamientos que degradan al sujeto y a su entorno social.

Partiendo de lo anterior, la búsqueda de soluciones más claras lleva a la implementación de múltiples modelos llamados integrales, los cuales buscan atender desde variadas perspectivas de conocimiento el fenómeno del consumo a partir de tratamientos en los cuales la Psicología toma partido como uno de los más importantes actores de análisis desde la investigación no sólo cuantitativa, sino también cualitativa, profundizando a través de sus áreas de conocimiento, en la importancia de las relaciones humanas, la forma como se construyen las realidades, el sentido que se da a estas y su complejidad caracterizando como ellas hacen parte del sistema, alimentándolo y proporcionando los distintos estilos que atienden hoy en día el fenómeno del consumo de las SPAS.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de drogas ilegales es un fenómeno social global de múltiples características complejas, en el que intervienen aspectos culturales, económicos, políticos e ideológicos con un trasfondo moral y ético, los cuales dificultan comprender dicho fenómeno desde un análisis simplificador, sobre todo cuando se tiene la necesidad de acudir a formas de comprender el fenómeno que posibiliten una intervención la cual atienda sus causas y consecuencias en un mundo tan diverso y cambiante como en el que vivimos.

Según el último informe emitido por las Naciones Unidas en 2011, en todo el mundo unos 210 millones de personas, es decir, el 4,8% de la población de 15 a 64 años de edad, consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez durante el último año. El consumo general de drogas, incluido el consumo problemático (0,6% de la población de 15 a 64 años) se mantuvo estable. Sin embargo, se disparó la demanda de sustancias no sometidas a fiscalización internacional, como la piperazina¹ y la catinona². Además, se imitan los efectos del cannabis mediante cannabinoides sintéticos, también conocidos como "spice".

Por supuesto nosotros no escapamos a estos números y el creciente fenómeno del consumo y adicción a sustancias ilegales en Colombia, se ha convertido en un tema de

¹ Medicamento de uso veterinario que se emplea para la eliminación de lombrices en el intestino de las aves y que se está convirtiendo en una alternativa barata a la cocaína.

² La catinona, se considerada un narcótico por la agencia antidroga estadounidense, está presente en las hojas verdes y frescas del khat: nombre común del *Catha edulis*, un árbol de África oriental, cuyas hojas tienen efectos estimulantes, casi como los del sulfato de anfetamina.

salud pública durante el siglo XX y lo que llevamos del XXI, debido a la gran cantidad de personas que se han convertido en consumidoras de todo tipo de SPA³.

Teniendo en cuenta las características que a la imagen de Colombia, refieren con el resto de países, el fenómeno de la producción de drogas y a las cada vez más rigurosas medidas para evitar que este tipo de sustancias salgan del país, podemos darnos cuenta que el consumo interno ha aumentado. Señales de esto, por ejemplo, las podemos ver en los colegios, universidades y demás centros de formación en los que se pueden encontrar a personas dedicadas a la distribución y venta de drogas, uno de los más claros problemas que provocan un aumento de las adicciones en nuestro país, haciendo que los más jóvenes se encuentren expuestos en todo momento a caer en este tipo de dificultades. Además de lo anterior debemos tener en cuenta que vivimos en una cultura relacionada en todo momento con las sustancias ilegales, y su entorno.

Siendo lo anterior sólo un ejemplo de los múltiples aspectos sociales afectados por el consumo de sustancias adictivas podemos decir por supuesto que se ha estimulado la aparición de acciones las cuales pretenden atender las necesidades en torno al problema.

La existencia de un número creciente de instituciones y modelos dentro de ellas en cuanto al tratamiento y abordaje del consumo de SPA, comprende lo relevante y además preocupante de las dificultades que dicho fenómeno proporciona a la sociedad y cada uno de sus estamentos.

³ Sustancia(s) Psico-Activa(s)

Frente a esta problemática, el Estado y la empresa privada han venido construyendo programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de adictos, en niveles ambulatorios y residenciales dentro de un marco legal e institucional, algunos de ellos como son: Hogares Claret, La E.S.E. Carisma, la comunidad terapéutica de las Palmas, la Fundación la Luz, la Comunidad Terapéutica de Colombia (Terciarios Capuchinos), el Centro de Salud Metal del Municipio de Envigado, etc.

Esto lleva a reconocer la importancia de dichas iniciativas como aquellas formas de percibir el problema y posteriormente enfrentarlo de la mano de aquellos objetivos que como sociedad se han construido. Pero, dentro del planteamiento de las estrategias y la implementación de los modelos surge una necesidad, precisamente en cuanto a la forma de percibir y atender la complejidad de variables que intervienen en dicho fenómeno que desborda los esfuerzos realizados hasta el momento, esto incluye las necesidades que tanto al estado, su gobierno, los profesionales encargados de intervenir y por supuesto a los usuarios afectan.

De esta manera al tener en cuenta que a partir del discurso, la reflexión social, filosófica y de las ciencias sociales, es posible ofrecer una manera de entender las acciones emprendidas para la atención de las adicciones a SPA en la contemporaneidad, para ello se partirá del enfoque de la complejidad en términos de paradigma de pensamiento, este no solo nutrido desde las teorías, sino buscando acercarse más a una comprensión cualitativa y dialógica que facilite una complementariedad del conocimiento.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El poder comprender las percepciones acerca del problema a tratar desde la óptica psicológica y las teorías de la complejidad pasa, de esa forma, por la integración de los variados saberes y formas de acercarse al conocimiento de las realidades que se pretenden describir, respondiendo a la pregunta: ¿cómo se entiende el tratamiento del fenómeno de las adicciones a sustancias psico-activas en el Valle de Aburra? Esta pregunta se apoya e ilumina en otra que va en la vía de interrogar: ¿qué apoya o sirve de base a aquellas propuestas de intervención que se van a estudiar, ello desde lo epistemológico y lo metodológico?, es decir, cómo se logran percibir las características que a cada modelo o tratamiento refieren, de los cuales la Psicología puede hacer parte siendo ésta una importante visión, que puede contribuir desde sus paradigmas a un análisis de las variables que hacen del trabajo ejecutado por las instituciones, una opción a escoger para el tratamiento del consumo de SPA por parte de un sujeto o una familia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Caracterizar los distintos modelos de intervención psicológica que se realizan en los tratamientos que atienden las adicciones a sustancias psico-activas, dentro del Valle de Aburra avalados por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

2.2 Objetivos específicos:

Describir los modelos para la atención de las adicciones a SPA avalados por parte de la Secretaria de Salud departamental.

Indagar por los modelos de intervención desde la Psicología que aportan en los procesos de tratamiento para la atención de las adicciones a SPA avalados por parte de la Secretaria de Salud de Antioquia.

Mostrar los aportes que la Psicología como disciplina científica brinda al interior de los modelos mencionados para la atención de las personas con conductas adictivas asociadas al consumo de SPA

3. JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, en todas las épocas los hombres han conocido y han consumido sustancias que les posibilitan experimentar estados de lucidez y lobreguez, de excitación o de relajamiento anímico, de euforia o pasividad. Pero, en nuestros días atendemos a nuevas dificultades asociadas a este fenómeno, uno de ellas tiene que ver con su dimensión y su percepción como un problema social y aunque pensemos que este es un tema de un extenso y profundo trabajo, siempre existe la necesidad de buscar nuevas posibilidades de abordar las relaciones del ser humano con estas sustancias.

Las necesidades presentes actualmente asociadas a la dimensión y relación del ser humano con las sustancias psicoactivas dan cuenta de una crisis existencial, pues la apertura a la evitación de la realidad construida por el sujeto pone en entredicho la propuesta de vida que experimentamos. Ahora bien, siendo esto una realidad compartida por muchos sujetos de la época, es importante atender dicha situación, de manera tal que lo que hoy es un problema hipotéticamente en el futuro deje de serlo.

La iniciativa de abordar este tema para la investigación de pregrado como futuro psicólogo, yace en la inquietud, en la necesidad, de comprender la diversidad de elementos que componen el fenómeno y como desde una postura o paradigma, se conciben unas vías de pensamiento y acción en las que la psicología puede tomar parte y que desde su contribución implica unas orientaciones, unos alcances y una complejidad que busca poner en relieve la reflexión sobre un problema social de alcances de afectación a la salud mental de los pueblos.

Teniendo en cuenta que el pensamiento complejo, permeabiliza epistemológicamente a las ciencias sociales y por supuesto dentro de ellas a la Psicología, es posible que la complejidad como pensamiento y como discurso, constituya como una fuente para indagar sobre las percepciones y acciones sociales que permiten la comprensión de las realidades actuales. A partir de esta idea de atravesar los diversos y abundantes efectos que el consumo de las SPAS tienen sobre las personas y las sociedades, los cuales pueden ser afrontados desde múltiples posturas de conocimiento, por ello es importante tener en cuenta la ubicación del conocimiento, en este caso sobre aquellas estrategias llevadas a cabo por las instituciones para la atención de las adicciones a SPAS, permitiendo así, acercarnos a una interpretación de la percepción que del problema se presenta y hallar aquellos procesos que según su nivel de cualificación son pertinentes y aceptados actualmente.

Además al poder realizar un acercamiento y una descripción de aquellas características particulares a cada modelo, permitirá comparar entre lo que tienen o no tienen estos al momento de actuar y la multiplicidad de elementos que intervienen en su constitución.

Debido a lo anterior, la investigación resulta un instrumento primordial para abordar la problemática de tratamiento del consumo de SPA de los países en vía de desarrollo. En la actualidad, la mayor parte de la investigación se efectúa en los países de ingresos per cápita altos y con ello los modelos de intervención que se toman como referente en Colombia, se desarrollan en lugares ajenos a este contexto, posteriormente estos se aplican o copian en los países de ingresos bajos y medios, como el caso mencionado, y por supuesto con las esperadas consecuencias de fracasos, logros intermedios e incluso éxitos de las propuestas

de atención, por la falta de estudios y contextualización en estos modelos, de ahí la importancia de acrecentar la información de investigaciones que surjan en “casa” o “contextualizadas”, es decir que estos provengan del lugar en contexto de la problemática presentada y que contengan los datos reales de su población.

Es a partir de la comprensión de los planes y acciones puestas en marcha para la intervención del fenómeno del consumo y abuso de SPA, que esta investigación en particular abre otra ventana de acceso al conocimiento, el cual ilustre las variaciones y relaciones que del problema existen en nuestro contexto. Con la búsqueda de los modelos y de las características que poseen estos que cuentan con un aporte psicológico en el tratamiento del consumo de SPA del Valle de Aburra, se hace posible contextualizar lo que las instituciones ofrecen a los usuarios y si estos modelos ofrecidos comprenden la dimensión de los requerimientos de la población que intervienen, permitiendo también que desde la Academia se construyan nuevas maneras de entender los fenómenos sociales. Posteriormente, esto permitirá realizar análisis comparativos que den como resultado cuestionamientos sobre la percepción de las realidades que giran en torno a las adicciones, en este caso, adicciones a SPA.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Enfoque y diseño de la investigación

La actual propuesta de investigación posee un enfoque cualitativo de tipo descriptivo,

dar cuenta del fenómeno desde la propia perspectiva del actor social que lo vivencia, y que el investigador trata de reflejar en los hallazgos sobre la experiencia humana estudiada.

Además, por la posibilidad que posee la investigación de tipo cualitativo, en la cual no sólo se reconoce la subjetividad de quienes se investigan, sino también la del propio investigador, pues igualmente está inmerso en un medio social, participa de creencias y valores que pueden ser diferentes o no a la de los actores con los cuales adelanta su estudio, es posible mantener una vigilancia y reflexión permanente sobre los aportes que se proporcionen y surjan dentro de la investigación.

4.2 Momentos de la investigación

4.2.1 Momento exploratorio

Durante esta etapa de la investigación se llevó a cabo la aproximación y la definición de una temática que pudiese ser desarrollada de acuerdo a las expectativas y requerimientos del estudiante y la Institución representada a través de su oficina de investigación.

Según, Tamayo y Tamayo. (1999): “La elección del tema corresponde necesariamente al alumno o investigador, quien lo presentará por escrito a la persona indicada por la universidad o centro docente, para su aceptación” (p. 42).

De esta manera se esbozó una ruta de inicio que permitiera desarrollar una problemática a partir de un tema que fue escogido luego de la realización de una revisión y evaluación del conocimiento disponible.

Tamayo también plantea que: “La elección del tema es el primer paso en la realización de una investigación. Consiste esta elección en determinar con claridad y precisión el área o campo de trabajo de un problema investigable” (1999, p. 42).

4.2.2 Momento de focalización

Mediante el avance de la investigación el cual fue reflejado en el desarrollo de las distintas categorías y requerimientos de la misma, se llevó a cabo la realización de las siguientes acciones, de acuerdo al foco de interés de la temática presentada:

- Revisión y ajustes al planteamiento del problema y justificación.
- Precisión de los objetivos.
- Revisión y ajustes al marco teórico
- Revisión y ajustes a la metodología. Identificación de las categorías metodológicas.
- Delimitación del muestreo y la muestra con base en fuentes primarias, para el caso Secretaria de Salud de Antioquia (SSA)
- Diseño de instrumento: entrevista Semi-estructurada. Elaboración de formatos de solicitud y consentimiento informado.
- Ajuste a bibliografía según normas APA en citación y referenciación.

4.2.3 Momento de profundización

Durante esta etapa de la investigación se llevó a cabo la recolección y procesamiento de la información, permitiendo organizarla de forma clara para luego ser analizada.

4.3 Las técnicas utilizadas en la investigación

Como fuente primaria, para la recolección de la información, se diseñó y aplicó una entrevista semiestructurada (anexo 4), acorde con las categorías prediseñadas a partir del marco teórico y como fuentes secundarias o de apoyo se llevaron a cabo las revisiones documentales por medios impresos y digitales de acceso público brindados por las instituciones, a partir de ello, se desarrolló el proceso de investigación con aquellas instituciones que cumplieron con el perfil definido.

4.3.1 La Entrevista Semiestructurada

La entrevista, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica en el enfoque y también con su teoría metodológica. La gran relevancia, las posibilidades y la significación que surge de este tipo de técnica para la recolección de la información como método de conocimiento de los seres humanos, radica, sobre todo, en la naturaleza y calidad del proceso en que se apoya.

“Kvale (1996) señala que el propósito de la entrevista de investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr

interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos” (Miguel, 2006, p. 139-140)

Las instituciones halladas bajo el marco de la investigación, serán entrevistadas durante de un lapso de tiempo correspondiente a cuatro meses con la participación del investigador. Este se desplazará a dichas instituciones y previo consentimiento y aceptación de las mismas se realizará la aplicación de la herramienta de recolección de información con aquel representante asignado o destinado por cada CAD.

4.4 Población

Para efecto de la investigación, la población de referencia estará conformada por aquellas instituciones, (Centros de Atención en Drogadicción o por su sigla, CAD ver anexo 1), pertenecientes al Área Metropolitana del Valle de Aburra, avalados por la Secretaria de Salud de Antioquia, las cuales cumplan con los requerimientos de la misma permitiendo que además, a través de una metodología de muestreo no probabilístico, llamado por cuotas o accidental, en el cual se fijan unas cuotas

4.5 Procesamiento y análisis de la información

El Procesamiento y análisis de la información se llevó a cabo a partir de tablas categoriales y mapas categoriales, modelos sugeridos por el asesor y revisados por el investigador, los cuales se ajustaban a las exigencias del estudio.

Para llevar dichos procesos a cabo se tuvo en cuenta la información encontrada a través de las fuentes primarias y secundarias: la ejecución de los instrumentos previamente evaluados, el conocimiento disponible sobre la temática y la información sobre los actores a indagar.

4.6 Consideraciones éticas

La investigación de corte cualitativo dentro del presente trabajo plantea una responsabilidad ética en el que los efectos de las relaciones intersubjetivas difícilmente pueden ser eliminados, se intenta controlarlos o reducirlos, manteniendo una vigilancia permanente y reflexiva sobre ellos.

A partir de dichas consideraciones éticas, el investigador atiende a un proceso interactivo atravesado por su historia y el sentido que ha dado a la experiencia, la cual se relaciona con la experiencia de aquellos a quien investiga, esto da como resultado, la comprensión del contexto dando un panorama del fenómeno, hallando las relaciones que operan, en las que se tiene en cuenta el respeto y la integridad del proceso, así como la

responsabilidad hacia los informantes en lo que atañe al consentimiento, los derechos de autoría y el manejo de la información aportada, por lo tanto para la presente investigación se manejó un consentimiento informado (anexo 3), en el cual se informó a la población indagada, acerca de los objetivos del trabajo investigativo y se le solicitó su autorización para usar dicha información a nivel académico.

Para este propósito se contó con la información que al respecto nos brinda Salomone y Domínguez (2006):

El Consentimiento informado, que encuentra su punto de inflexión en el Código de Ética de 1947 (Nüremberg), se asienta fundamentalmente en el principio de autonomía (límite al principio de beneficencia) y vela por lo tanto por el derecho de autonomía y autodeterminación. Es decir, el derecho de las personas de someterse a un procedimiento solo bajo su aceptación libre y voluntaria (párr. 1).

Es decir, para efectos del presente trabajo investigativo, donde existe la participación de actores que representan una Institución, es fundamental tener en cuenta, que hay que velar por su autonomía y participación en la investigación, por ello dicho representante tiene la potestad de hacer parte o no de la investigación por los medios y protocolos (presenciales, a distancia, escritos, digitales) que determine la respectiva Institución o que disponga al público general.

Por tal motivo y para el caso en el cual el actor social a indagar no acepte proporcionar la información o lo haga de manera parcial, el investigador se remitirá a portales digitales y

documentación escrita que sea de acceso público y que atienda a las necesidades del estudio.

De este modo, teniendo en cuenta a la ética en la investigación cualitativa se retoma a Galeano (2004). Cuando afirma que ésta, “es entendida como el saber que reflexiona sobre las acciones reguladoras de los comportamientos sociales y del ejercicio de la voluntad individual” (p. 59), lo cual permitirá en este caso al investigador, no olvidar que la perspectiva ético-social lo remite a preguntarse por la normatividad, sus valores y el comportamiento que debe llevar en la relación social.

Consecuente con lo anterior es fundamental la interlocución con otros pares académicos, quienes ayudan a validar los instrumentos, los hallazgos y a revisar los posibles sesgos de la subjetividad en el proceso de la investigación, para ello fue asignado un asesor que acompañó el proceso de ejecución de la investigación.

5. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO						
RUBROS	FUENTES			TOTAL		
	Estudiante	Institución – IUE	Externa			
Personal	\$300.000	\$1.600.000		\$1.900.000		
Material y suministro	\$710.000			\$710.000		
Salidas de campo						
Bibliografía						
Equipos	\$1.400.000			\$1.400.000		
TOTAL				\$4.010.000		
DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL						
Nombre del Investigador	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo			Total
			Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Juancarlos Oviedo Peñaata	Investigador	5h				
William Andrés Echavarría	Asesor 8° semestre	2 horas Por semana a \$25.000 cada hora		\$200.000 Por mes.		\$800.000
William Andrés Echavarría	Asesor 9° Semestre	1 hora por semana a \$25.000 cada hora		\$100.000 por mes		\$400.000
César Augusto Jaramillo Jaramillo	Asesor 10° semestre	1 hora por semana a \$25.000 cada hora		\$100.000 por mes		\$400.000
TOTAL						\$1.600.000
DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO						
Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo			Total		
	Estudiante	Institución - IUE	Externa			

Fotocopias x 4.000	\$200.000			\$200.000
Póster	\$80.000			\$80.000
Impresiones x 300	\$150.000			\$150.000
Argollada x2	\$30.000			\$30.000
Empastada x1	\$50.000			\$50.000
Gastos de transporte	\$300.000			\$300.000
TOTAL				\$810.000

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO				
Descripción de las salidas	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Extern a	
Desplazamiento x1	\$150.000			\$150.000
TOTAL	\$150.000			\$150.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Extern a	

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS				
Descripción de compra de equipos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Portátil	\$1.400.000			\$1.400.000

DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS				
Descripción de otros gastos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
No Aplica				

7. ANTECEDENTES

Iñaki, Ustarroz, Landa y López, (2005). Desarrollaron un estudio llamado “*Deshabitación de Drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora*”, con el objetivo de elaborar un modelo integrador entre la Psicología clínica y la neuropsicología con el fin de anclar las intervenciones clínicas en enfoques que acerquen al discurso de la neurociencia. Más en concreto, se revisan tres modelos de intervención de amplia utilización en adicciones como son la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y el trabajo con redes sociales. Posteriormente, se relacionan estos enfoques con su posible efecto en el funcionamiento cerebral, basándose en el reconocido “modelo jerárquico” de Stuss y Benson y en el modelo de circuitos cerebrales propuesto por Volkow, Fowler y Wang. Así cada intervención tendría como objetivo eliminar diversas funciones cerebrales que se ven modificadas durante el proceso adictivo. Trabajo cuya finalidad propone someter al sujeto a una serie de experiencias para que las relaciones cerebro-mente se orienten en una dirección más adaptativa.

Gual, A, (2002). En su publicación “*Organización de la Estrategia Terapéutica. Modelos de Intervención*”, enfatiza la importancia de superar los antiguos modelos de intervención, con una fuerte carga moralizadora, enfatizándose en la necesidad de un abordaje Bio-psico-social.

En su planteamiento Gual, busca la organización de una estrategia terapéutica individualizada para cada paciente, que combine los tratamientos farmacológicos y psicológicos más apropiados para cada caso, en función de sus características personales y

socio-familiares. Se propone un modelo de intervención motivacional, donde el terapeuta más que dirigir, acompaña al paciente en su proceso personal de cambio. Se propugna que la confrontación interna provocada por la intervención motivacional es más eficaz y genera menos resistencias que las tradicionales intervenciones.

Por su parte, Jaramillo, (2010) en su artículo *“Aportes de la psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas”*, quien realiza una reflexión acerca del aporte de las principales corrientes psicológicas: cognitiva, humanista y dinámica, al abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas, revisando las categorías centrales de estos paradigmas de la disciplina de la Psicología, con las cuales responde a la explicación epistemológica y al acercamiento metodológico, partiendo de la concepción del ser humano como punto de partida para la construcción de cada una de las explicaciones frente al fenómeno contemporáneo del uso, abuso y dependencia a drogas.

Además, del estudio anterior, Henao, S. y Gamella, F. (2010). En su investigación *“Representaciones Sociales del Consumo de “Drogas” y de las intervenciones respectivas en un contexto local: la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia”* propone Identificar y caracterizar las representaciones sobre el consumo de drogas y las que subyacen a las intervenciones en un contexto local, Universidad de Antioquia Medellín, a través de la recuperación de las voces de las comunidades de sentido coexistentes en este escenario.

8. MARCO TEÓRICO

8.1 CAPITULO I

LA ADICCIÓN Y CONSUMO DE SPA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

8.1.1 Situación de las adicciones, producto del consumo de SPAS a nivel mundial

En la mayoría de las sociedades actuales, se parte de la Familia y la Escuela como los principales medios de constitución o formación de los ciudadanos, es decir estos son pilares necesarios para un desarrollo saludable en cada integrante de dichas sociedades. Pero, el quiebre de estas instituciones, producto de la presión psicosocial causada por el rápido intercambio cultural y los mensajes contradictorios percibidos por los individuos a edades tempranas están llevando a estos a separarse de las influencias que tradicionalmente los salvaguardaban.

En nuestra situación actual es imposible desconocer el tema del consumo y la adicción a las SPAS como manifestación de una falla en la búsqueda de la identidad personal consiente de sí misma y que permita generar el reconocimiento del valor humano precisamente en cada uno de aquellos individuos existentes en la sociedad. Ahora bien, el tocar el tema del consumo de las SPA se convierte en una de las vías para entender la complejidad del existir humano y su interpretación de lo real.

La adicción producto del consumo de drogas al haberse convertido en uno de los mayores retos sociales, de salud, políticos, económicos y sobre todo individuales, ha centrado su esfuerzos principalmente en los efectos de dicho fenómeno, como lo son la

violencia, la muerte, el deterioro en la salud mental, el poco desarrollo productivo y los costos económicos de estos llamados “problemas de la modernidad” tienen.

La percepción de los problemas asociados al consumo de las sustancias legales e ilegales se ven reflejados en variedad de informes producidos por instituciones gubernamentales o no gubernamentales, las cuales analizan los efectos que lleva consigo el fenómeno de las drogas y que nos permiten darnos un panorama de la situación.

Uno de los informes más importantes es el proporcionado por las Naciones Unidas, a partir del programa llamado: Organización de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Crimen o UNODC por sus siglas en inglés, que en su última publicación arrojó los siguientes datos en 2011.

Considerando que en 2009 entre 149 y 272 millones de personas de todo el mundo (del 3,3% al 6,1% de la población de entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez en el año anterior. Se calcula que aproximadamente la mitad de ellos eran consumidores habituales de drogas, es decir, que habían consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el mes anterior a la fecha de la evaluación. Si bien el número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales del decenio de 1990, las tasas de prevalencia han permanecido en gran parte estables, al igual que el número de consumidores problemáticos que, según los cálculos, se sitúa entre los 15 y los 39 millones.

Este informe además se refiere a cierto tipo de sustancias que configuran en parte los principales productos dentro del mercado global de las drogas.

Estos son: El cannabis que con mucho, es la sustancia ilícita más consumida. En 2009 la consumieron entre 125 y 203 millones de personas de todo el mundo, lo que supone una tasa de prevalencia anual de 2,8% a 4,5%. En términos de prevalencia anual, el consumo de cannabis vino seguido del de estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina, anfetamina y éxtasis), opioides (incluidos el opio, la heroína y los opioides de venta con receta) y cocaína. La falta de información sobre el consumo de drogas ilícitas, en particular sobre los estimulantes de tipo anfetamínico, en países muy poblados como China y la India y en regiones de consumo emergente como África, genera incerteza a la hora de calcular el número de consumidores en todo el mundo. Ello se refleja en la gran amplitud de estas estimaciones.

Además la tendencia estable o descendiente del consumo de algunas sustancias en las principales regiones de consumo se ve anulada por el crecimiento del consumo de otras como en el caso de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta bajo receta. El consumo de estas sustancias con fines no clínicos también se ha presentado como un problema sanitario cada vez mayor en algunos de los países desarrollados y en vía de desarrollo.

Por otra parte, hay que tener en cuenta la aparición de varias sustancias sintéticas nuevas, muchas de ellas como legales, que sustituyen a algunas drogas estimulantes como la cocaína y el éxtasis. Dos ejemplos de lo dicho anteriormente lo podemos dar nombrando

las piperazinas⁴ y la mefedrona⁵, que no están sometidas a un marco penal. Situación la podemos observar de forma similar con la marihuana la cual en algunos países ha sido sustituida por una demanda de cannabinoides sintéticos o spice los cuales venden en internet y en tiendas especializadas, y se les describe como alternativas legales a la penalizada marihuana.

En cuanto a la demanda de atención o tratamiento a las adicciones por consumo de SPAS, la situación varía entre los diversos territorios. El consumo de cannabis da lugar a una gran parte de la demanda de tratamiento en la mayoría de las regiones, pero de forma especialmente prominente en África y Oceanía. Los opiáceos dominan la demanda de tratamiento en Europa y Asia, mientras que la cocaína es la droga que causa más problemas en América latina. En América del Norte, el cannabis, los opioides y la cocaína contribuyen casi por igual a la demanda total de tratamiento.

Los estimulantes de tipo anfetamínico no predominan en ninguna región, pero contribuyen a una parte considerable de la demanda de tratamiento, sobre todo en Asia y Oceanía, aunque también en Europa y América del Norte.

Considerando estos planteamientos y teniendo en cuenta que son sólo un estimado de la realidad sobre el consumo de las SPAS, ellos nos permiten analizar que como fenómeno mundial los requerimientos para su atención son una prioridad, lo cual es objeto de esta

⁴ compuestos químicos usados ampliamente en medicina como antipsicóticos, antidepresivos, y para el tratamiento de la disfunción eréctil, leucemia y ciertas parasitosis.

⁵ La mefedrona suele anunciarse como abono para plantas y no para consumo humano. Entre los efectos secundarios que se conocen se encuentran la coloración azulada o morada de los miembros, un posible estrechamiento de la aorta, sudoración abundante y taquicardia. En Europa se a convertido en un sustituto del éxtasis.

investigación al intentar plasmar en un contexto particular los modelos que hacen parte de un sistema de atención que surge de una interpretación o paradigma.

8.1.2 *El consumo y adicción a SPAS en América*

En el camino hacia la percepción del contexto en cuanto a la atención y tratamiento de las adicciones como resultado del consumo de las SPAS, y el análisis como una problemática compleja que requiere de intervenir integralmente el fenómeno, nos situaremos en lo planteado desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes durante el 2011 en sesión del comité regional se refirieron al “*Plan de Acción sobre el Consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*” que permite a esta investigación introducir el conocimiento del fenómeno en relación con su percepción como problema.

A partir de lo planteado por la OPS y la OMS como plan de acción, surgió una estrategia regional con base en la Salud pública, lo cual es una respuesta a los problemas relacionados o producto del consumo de las sustancias psicoactivas en las Américas. Esta estrategia, que tiene un enfoque de Salud pública se caracteriza por centrarse en varios aspectos: la prevención, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social, la gestión de los sistemas de salud y la reducción de las consecuencias adversas como efecto del consumo.

Con la implementación de esta estrategia que parte de la idea del consumo y la adicción como un problema de salud pública, se formulan cinco objetivos o metas las cuales tendrán como función el servir de marco para la creación de los modelos de atención e intervención para quienes son parte del fenómeno del consumo y adicción a las SPAS.

Las claves para esta estrategia son: la formulación de políticas nacionales y la asignación de recursos, la promoción de la prevención, la intervención temprana y los sistemas de atención y tratamiento, la investigación, el seguimiento y la evaluación y las alianzas estratégicas que se refiere a los aportes externos. Además, la formulación de esta base para enfrentar la situación que gira en torno a las drogas se propone como una acción de desarrollo durante un periodo de 10 años.

Teniendo en cuenta la línea de partida propuesta por estas organizaciones, los países que conforman las Américas, en especial la región sur, los cuales cuentan actualmente con un número limitado de profesionales y servicios de salud especializados en la atención del consumo de sustancias, adopta este plan como la forma más viable de mejorar la cobertura integrando los servicios de prevención y tratamiento desde los trastornos fruto del consumo de las sustancias en los que los sistemas de salud y de bienestar social se basan para hablar de los niveles en la atención, involucrando además al sistema judicial para aumentar la capacidad brindada en la atención lo cual desde ese punto de vista les permite hablar de mayores logros en la intervención del fenómeno.

Apreciando todo este marco de referencia para las acciones para la atención del consumo y adicción a las SPAS, todo esto pone de manifiesto que la propuesta hecha como un fundamento moderno es la de atender el fenómeno desde la división del concepto de lo sano y lo enfermo que deja de lado no sólo la complejidad de la situación, sino que, mantiene la idea que la realidad es posible de intervenir objetivamente.

8.1.3 El problema del consumo y adicción a las SPAS en Colombia

Es notable que durante mucho tiempo Colombia haya sido considerada como un país con serias dificultades frente al tema de la droga por ser fuente de dichas sustancias ocupando los primeros puestos en la estadística mundial por su producción. Pero, durante la última década se viene presentando un incremento significativo en cuanto al consumo, que ha puesto en alerta a la sociedad colombiana, pues los esfuerzos por atender este creciente fenómeno han encontrado serias dificultades pues se han desbordado las capacidades de la propuesta en atención de aquellas personas que se ven afectadas por el consumo de las SPAS, ello se ha convertido en un problema social.

En cuanto a las políticas colombianas en materia de drogas, estas se caracterizan por ser un intento por adaptarse a los cambios en la normatividad internacional con el aliciente del énfasis en la producción legislativa nacional, en particular en lo que tiene que ver con la parte penal, es decir con la característica de una fuerte carga sobre la demanda de acciones frente a los fenómenos asociados con la droga, como la violencia, rasgo muy paradójico en una cultura moralista de doble sentido que se debate entre la complejidad de abrirse a nuevos paradigmas de atención del fenómeno y la complejidad de las relaciones que

permiten sostener un paradigma que no supe las necesidades en torno al problema existente. Por este motivo, no es de extrañar que bajo estas características la manera como se atiende el consumo de las SPAS sea muy básica y no efectúe n lo necesario para cumplir las metas que se plantean en las normativas internacionales. Esto no quiere decir que Colombia sea el único país con estas dificultades, pues lo que puede servir de explicación y de trampolín para la rápida creación de nuevas alternativas es que la experiencia del consumo de SPAS en tan grandes proporciones es relativamente nueva.

Una muestra de lo anterior se puede reflejar en uno de los últimos estudios realizados en Colombia, por el Observatorio Nacional de las Drogas (2011) en el cual se percibe un creciente incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en la población joven en etapa escolar.

Dentro del estudio citado se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos que se muestran a continuación: se seleccionó una muestra aleatoria de 95.303 estudiantes del grado sexto al undécimo, pertenecientes a 1.134 establecimientos educativos de 161 municipios, que representan a una población de 3,5 millones de personas del sistema escolar tanto público como privado, en 27 dominios geográficos de Colombia.

Además, se incluyeron para el análisis a 92.929 estudiantes (los restantes fueron excluidos por estar fuera del rango esperado de edad entre 11 y 18 años). La muestra represento a ambos sexos, 48% de hombres y 52% de mujeres, con aproximadamente un 27% de escolares entre 11 y 12 años, 52,5% entre 13 y 15 años, y 20,5% entre 16 y 18 años

de edad; por otra parte un 75,2% de los estudiantes fueron de establecimientos públicos y 24,8% de establecimientos privados.

Este estudio arrojó como resultado los siguientes datos:

Para el consumo de sustancias permitidas legalmente (alcohol y tabaco), el 24,3% declararon haber consumido cigarrillo alguna vez en la vida, siendo la cifra superior en los hombres, con casi 28%, en relación a las mujeres, con 21%. En cuanto al consumo de alcohol se encontró que 2 de cada 3 escolares en Colombia, representados dentro del estudio declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida. De acuerdo con los resultados del estudio, el 40% de los estudiantes, de 11 a 18 años, declararon haber consumido algún tipo de bebida alcohólica durante el último mes, con cifras muy similares por sexo hombres (40,1%) y mujeres (39,5%).

En cuanto a aquellas sustancias que se encuentran bajo la penalización por su consumo se encontró que un 12,1% de los estudiantes admitió haber consumido al menos una sustancia ilícita o de uso indebido alguna vez en la vida, con un 14% entre los hombres y un 10,3% de las mujeres. Uno de los aspectos más preocupantes reside en los siguientes datos: con 4,4% de los escolares entre 11 a 12 años declaran haber usado alguna sustancia psicoactiva alguna vez en la vida, cifra que llega a 20,1% en los estudiantes de 16 a 18 años.

A partir de estos datos relevantes, en cuanto describen el contexto, la problemática actual del fenómeno del consumo de las SPAS, para que desde allí se dé inicio al entendimiento de las propuestas de intervención, se concluyó en ese estudio que: los resultados señalaron la necesidad de afianzar los programas preventivos sobre drogas desde edades más tempranas. Además, se formuló el fortalecimiento de las estrategias preventivas y por supuesto la implementación de un mayor control a la oferta orientada al consumo interno de drogas ilícitas que se refleja en un 70,8% de los estudiantes que consideran que es fácil conseguirla a pesar de los esfuerzos por que esta población en especial vulnerable no acceda a estas sustancias ya sean legales o ilegales.

Para terminar, se distinguieron varios sitios geográficos, como los de mayor prevalencia de consumo presentan, ellos son: Caldas, Antioquia, Quindío, Risaralda y Bogotá D.C. con un uso de sustancia lícitas e ilícitas en el último año significativamente superior al resto del país, cada uno con un margen superior al 13%.

Se dice además, que existen diversos factores que influyen en la vida de la juventud, por lo que las iniciativas en cuanto a la prevención deberán realizarse siempre de manera integral.

8.1.4 *El problema del consumo y adicción a las SPAS en el Departamento de Antioquia.*

En Antioquia, el consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas se ha marcado dentro de un contexto de relaciones históricas difíciles, pues no se puede desconocer que además de una tradición muy arraigada desafortunadamente en los fenómenos que giran en torno a la droga, (violencia, narcotráfico, etc.) su capacidad para atender el fenómeno se sitúa entre las prioridades de Estado, pues este Departamento es uno de los principales indicadores de aumento del consumo de las SPAS como lo reflejan algunos de los principales estudios y que muestran a la juventud como la población más vulnerable y en la cual se encuentran los mayores índices de consumo.

La caracterización del problema del consumo de SPAS en el Departamento de Antioquia, relacionado a la población joven se ve reflejada en numerosos planes de intervención, por ejemplo, el “*Plan Municipal de Reducción de Consumos y Adicciones, Municipio de Medellín*”, en el que se encontró, que el consumo de sustancias psicoactivas y el surgimiento de otras conductas adictivas han hecho necesario el desarrollo de planes de reducción de consumos y adicciones que intervengan en los ejes de atención propuestos por el Estado, los cuales son: la prevención, la mitigación, la superación y la capacidad de respuesta, en los que la coherencia con la Política de Salud Pública ratificada para Medellín, plantea como problema la alta incidencia y prevalencia de los trastornos producto del consumo de sustancias psicoactivas. Como respuesta a esta situación fue planteado como solución el poner en marcha la política para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, en el que la salud Pública como eje principal del

mismo plan trazó como meta disminuir el consumo de alcohol hasta la embriaguez en adolescentes escolarizados de un 41.4% a 40.5 % en el 2010 y a 39% en el 2011. Además, propuso conservar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en población escolarizada en 14 años, teniendo en cuenta que estas cifras indudablemente prenden las alarmas frente a los altos índices de consumo cada vez a más temprana edad y como se está llevando a cabo la intervención de dicho fenómeno, esta realidad, llama a abrir el espacio para el análisis de los modelos que atienden las necesidades en torno a la problemática del consumo de las SPAS.

A partir del recorrido llevado hasta el momento, se ha podido rescatar que en cuanto a las propuestas y formas de atender el fenómeno de las drogas y sus múltiples relaciones, se impone la idea de un problema tratable desde los conceptos de salud - enfermedad y que desde allí se han construido los planes de intervención que se adaptan en medio de intereses políticos, económicos y sociales a nivel mundial.

Por ello, no se puede desconocer la multiplicidad de factores que se relaciona con el fenómeno de las drogas, pero, es de aclarar que en cuanto a esta investigación el haber enmarcado un breve contexto de la situación actual del consumo, propuesto como problema de Salud pública, sólo es una forma de delimitar la información, lo cual más adelante permitirá entender el porqué de los modelos que se caracterizarán y cuales son sus bases para la intervención diciendo cuál es el papel de la Psicología en todos estos modelos.

8.2 CAPITULO II

EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES

8.2.1 *Introducción a los modelos de intervención en farmacodependencias*

Al referirnos al concepto de *modelo* podemos aclarar dentro de la investigación que nos referimos a un diseño que posibilita observar una estructura y aquellos elementos que componen un proceso de *intervención*, entendiendo la intervención como aquella forma de tratar una situación, que desde lo planteado por el Ministerio de la Protección Social Colombiano (2004), el cual refiere: “El tratamiento es el conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud y la minimización de las posibles secuelas” (P.13).

Al aclarar estos conceptos básicos en cuanto al entendimiento del abordaje de los procesos de atención se abre la posibilidad de caracterizar y comprender como se da sentido a los papeles, funciones y tareas emprendidas por las instituciones que brindan estos servicios a la comunidad. De acuerdo con esto, se debe aclarar que la existencia de aquellas formas de intervención de las adicciones a las SPAS, se encuentran completamente relacionadas con el modelo social en el que se está, pues tanto la aparición de personas con problemas de abuso de drogas, como las respuestas que se dan a ese problema, tienen que ver con el modelo socioeconómico y político actual. Una relación que debe tenerse en cuenta siempre a la hora de analizar este y cualquier otro fenómeno actual.

Al tener en cuenta la relación contexto-situación, si se permite la referencia, en el marco de esta investigación a lo planteado por el Ministerio de Protección Social (2006) en cuanto al concepto de *atención*, que dice:

Según la RESOLUCION 001315 de 2006, 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, dice que es función del Ministerio de la Protección Social dictar las normas científicas administrativas que regulen la calidad de los servicios en salud. A partir de lo anterior en su capítulo primero, Artículo 2°. *Definiciones*. Para los efectos de la presente Resolución, se define: que el Centro de Atención en Drogadicción (CAD):

Es 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 (Palacio, 2006. Párr.8).

A través de muchas investigaciones realizadas y teniendo en cuenta lo planteado anteriormente por el Ministerio de Protección Social Colombiano, se ha esbozado que el consumo de sustancias que alteran el estado consiente del cuerpo humano no son algo nuevo, pero, el uso de estas sustancias ha cambiado en las sociedades y sus culturas, pues el significado que se ha llegado a dar del mismo es planteado como un problema de salud pública, pues el sinnúmero de dificultades que de la mano del desarrollo se han establecido en relación al consumo, han llevado a configurar una crisis precisamente de lo humano

caracterizada por la falta de una identidad responsable y consciente de su existencia en lo social que desde la perspectiva actual es atendida desde el concepto de salud-enfermedad.

Si se parte de esta necesidad de atender las relaciones humanas y las distintas interpretaciones de lo real, es posible encontrar que en la búsqueda por el sentido de una sociedad “sana”, se han formado unas estructuras que sustentan esas interpretaciones de la realidad que buscan el bienestar atendiendo en este caso particular, las relaciones con las SPAS: uno, en el cuerpo individual y dos, en el cuerpo social.

A partir de lo dicho anteriormente se comprende que se continua en un proceso de búsqueda, en el que por lo menos y en lo correspondiente a esta investigación, se pretende abarcar sólo una parte del fenómeno, el cual es, desde una visión de la complejidad ¿Cuáles son las maneras como se intervienen las adicciones a SPAS?, desde lo planteado como un problema de salud pública, y en el que la psicología toma parte, como constructora de sujetos y realidades.

Para generar un marco de referencia sobre aquellas formas como se intervienen las adicciones a las SPAS, se debe tener en cuenta que para la realización de estas intervenciones o cualquier otra, es de vital importancia tener una idea del contexto sobre el cual se va precisamente a intervenir. Por eso, a continuación se mostraran aquellos modelos en atención del fenómeno de las adicciones que permitirán configurar un esquema de las propuestas que hasta el momento se han desarrollado y que serán el marco de referencia para la investigación.

8.2.2 *Modelos de intervención para las adicciones producto del consumo de SPAS*

8.2.2.1 *Modelo Bio-médico*

Teniendo en cuenta lo planteado en el artículo de Fernández, Hermida, Carballo, Secades-Villa y García-Rodríguez, (2007).

La dependencia o consumo de SPA, legales e ilegales, ha poseído por mucho tiempo un carácter significativo como resultado o síntoma de todo un proceso de asociaciones con el otro y que repercuten indiscutiblemente en el organismo físico y mental de la persona. Desde el punto de vista Bio-médico los sistemas creados y que permiten el psico-diagnóstico son el (CIE y DSM) los cuales reconocen la adicción a las drogas como un trastorno o una enfermedad.

Puntualizando el DSM, y con el cual se encuentra más cercano la psicología, el sustento de la conceptualización del mismo gira en torno a dos fenómenos, el abuso y la dependencia, descritos en distintos niveles de adherencia al hábito patológico de consumo de una o varias sustancias con potencial adictivo.

De esta manera se describe normalmente el estado de “anormalidad” basado en las características puntuales observadas del comportamiento. Pero es dentro de la estructura obtenida a partir de dicha configuración que la relevancia de los patrones de conducta se sobreponen al énfasis que se debería lograr con respecto a la integralidad y calidad de las

intervenciones, dicho de otra manera el papel de las herramientas es el de apoyar todo un proceso integral de acompañamiento no el de ser el todo del proceso (Fernández, et al. 2007).

El modelo biomédico tradicional, emerge entonces de los dos sistemas de clasificación anteriormente mencionados el CIE y el DSM, que dan como consecuencia de una estructuración del conocimiento especializado y simplificado que ejerce presión en la explicación del malestar, tanto individual como colectivo, sujetándose a la razón y el modelo científico positivo (Fernández, et al. 2007).

Dentro del modelo Bio-médico se desarrollan unas estrategias de intervención dirigidos al atender las necesidades en cuanto al consumo de las SPAS, que se relacionan directamente con el contexto actual en el que se desenvuelve la psicología.

Desde el planteamiento de Iñaki, Ustárroz, Landa y López-Goñi (2005). Se proyecta un modelo integrador entre las neurociencias y la psicología, en el que se habla de los “Modelos de Deshabitación en drogodependencias” en el que se muestran una ruta de acercamiento entre el trabajo psicológico clínico y el discurso neurocientífico. Este acercamiento es planteado a partir de los siguientes modelos:

8.2.2.2 La Entrevista Motivacional

Este modelo de intervención trabaja con base en la problemática motivacional del consumidor, es decir con la falta de conciencia sobre el consumo como una dificultad en las relaciones de la persona y que no permite a la misma generar la voluntad de cambio, lo cual

es una de las más grandes barreras para lograr avances dentro del tratamiento. En este caso el modelo de Entrevista Motivacional citado por (Iñaki, et. al. 2005), representa un estilo de apoyo directo, ajustado al paciente y que trata de estimular un cambio en su comportamiento, a través de la exploración psicológica de las ambivalencias en el pensamiento.

El modelo de Entrevista Motivacional, por su afinidad con la metodología clínica psicológica se caracteriza como un estilo de relación terapéutica, por lo cual, permite su accionar dentro de otros modelos de deshabituación de drogas. Además, es posible el desarrollo de trabajo motivacional en cualquiera de las fases de la intervención que lleva a cabo la persona.

En el mostrado por (Iñaki, et. al. 2005) se dijo:

La investigación reciente en pacientes adictos a drogas señala que el enfoque de tratamiento basado en Entrevista Motivacional durante el proceso de evaluación aumenta el compromiso de tratamiento posterior. Asimismo, mejora la retención en tratamientos ambulatorios para pacientes psiquiátricos y con patología dual después de un ingreso hospitalario (P.123).

8.2.2.3 *El Modelo de Prevención de Recaídas*

Lo planteado desde el Modelo de Prevención de Recaídas, consiste en facilitar que la persona adicta al consumo de SPAS, tome conciencia de cuáles son los elementos relacionados con sus dificultades para lograr un estado de abstinencia ayudando a fortalecer al mismo psicológicamente para enfrentar los problemas que se encontrará en una vida sin el consumo. Este modelo se caracteriza por la combinación de intervenciones conductuales de entrenamiento en habilidades, terapia cognitiva y de reestructuración del modo de vida.

Citando a (Iñaki, et. al. 2005). “Se trata de un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los pacientes a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el cambio de las conductas adictivas” (P. 123).

El Modelo de Prevención de Recaídas, se caracteriza por su énfasis psicológico cognitivo, el cual aporta una explicación del fenómeno desde la propia manera de procesar la información que lleva a cabo el paciente apoyándose además, en instrumentos de intervención concretos y prácticos como: el aprendizaje de habilidades sociales, relajación y control emocional.

8.2.2.4 El Modelo de Trabajo con Redes Sociales

A partir del análisis de los factores que intervienen en el consumo de las drogas, el modelo de Trabajo con Redes Sociales, formula que el ambiente o entorno en el que se desenvuelve normalmente la persona se constituye en un elemento importante para la rehabilitación del adicto, pues existe tanto como un factor de protección así como un factor de riesgo. En consecuencia desde este modelo se plantean conceptos como los de red social, apoyo social o apoyo familiar en los que se focaliza la atención en el contexto y su influencia en la “deshabitación” (Iñaki, et. al. 2005), dice que:

Desde este punto de vista, el trabajo sobre la red social irá orientado hacia: a) minimizar el apoyo de la red al consumo de drogas, b) vincular a la red nuevos sujetos con estilos de vida libres de drogas y c) fomentar la estima del adicto hacia los miembros de su red. (P.123)

8.2.2.5 El Modelo Jerárquico de Stuss y Benson

El modelo Jerárquico de Stuss y Benson, plantea que las conductas adictivas son susceptibles de ser intervenidas a partir de cuatro niveles en el funcionamiento cerebral del ser humano, los cuales son: las funciones cognitivas básicas, el control de la activación de las acciones, el autocontrol y la autoconciencia que en relación con el concepto de ruptura de la rutina, “rutina-novedad de la situación”, permiten al sujeto superar las disfunciones al momento de suspender el consumo de las SPAS (Iñaki, et. al. 2005).

8.2.2.6 El modelo de circuitos cerebrales de Volkow, Fowler y Wang

Este modelo propone a través de la identificación de los procesos llevados a cabo en los “circuitos neuronales” como sistemas afectados por el consumo de las SPAS, una intervención terapéutica sobre dichos procesos y sistemas, lo cual posibilita comprender los mecanismos que desequilibran el funcionamiento de algunas regiones cerebrales durante la formación del trastorno adictivo (Iñaki, et. al. 2005).

El modelo de Circuitos Cerebrales se caracteriza por sustentarse en los hallazgos de neuroimágenes sobre los circuitos cerebrales involucrados en el refuerzo, la motivación, la memoria y el control cognitivo que se ven modificados por el consumo de drogas.

8.2.2.7 El modelo de comunidad terapéutica

En lo planteado por Llorente y Fernández, (1999), en su artículo “Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro”, sitúa:

El término comunidad terapéutica se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los 50. Una década más tarde, el término comunidades terapéuticas comienza a utilizarse para denominar determinados tratamientos residenciales libres de drogas para sujetos dependientes de sustancias, aunque estos programas surgieron independientemente del contexto del hospital psiquiátrico (P. 329).

La comunidad terapéutica (C. T.) como tratamiento para el abuso y dependencia de drogas surgió por los años 60 en Norteamérica, como una alternativa a los tratamientos convencionales. El concepto base de este modelo era la autoayuda, y fue desarrollado inicialmente por alcohólicos en recuperación y drogodependientes. Así, aunque Alcohólicos Anónimos y Synanon son sus antecedentes más reconocidos, el modelo de comunidad terapéutica es más antiguo y ha sido aplicado en diversos campos de asistencia y apoyo comunitario. El modelo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos engloba una gran variedad de programas heterogéneos en cuanto a origen y fundamentos, objetivos y métodos de intervención. Actualmente existe una variedad considerable de modelos de intervención que se autodenominan en ocasiones “comunidades terapéuticas”; algunas de las cuales se basan en ideologías pseudo - científicas o religiosas. El marco teórico global de comunidad terapéutica tiene un referente en un modelo Americano, (más estructurado y normativo, con bases teóricas próximas a la modificación de conducta y al movimiento de autoayuda) y un referente Europeo (basado en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (Llorente, 1999, P. 329-330).

Ahora bien, como modelos de intervención en sus inicios el Bio-médico y el de comunidad terapéutica fueron un gran avance en cuanto a la búsqueda de soluciones en el tema de las adicciones. Recurriendo al conocimiento y explorando las posibilidades siendo posible decir que para su momento, he incluso para la realidad en la que se encuentra estos modelos son el insumo para potenciar ciertas características que posee el ser humano, lo cual lleva por el camino de la pregunta crítica ¿Es posible que para conseguir mejores avances en el tratamiento en adicciones a SPA, el dialogo transdisciplinar entre modelos sea la solución?

8.2.2.8 *Modelo integrador: Modelo Bio-Psico-Social*

Hermida et al. (2007), en su escrito dice:

Este modelo entiende el fenómeno de la adicción a SPA, como una conducta o hábito relacionado con factores biológicos, psicológicos y sociales. Es según este modelo, que la conducta caracterizada por la adicción no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de los aspectos constitutivos de la persona, como lo son el quehacer económico, familiar, político, laboral, mental, orgánico, social, que en un espacio de tiempo determinado se asocian para generar un fenómeno, susceptible de ser observado (P. 2).

En la actualidad el salto que se trata de hacer es el de la integralidad basados en el trabajo Inter, Trans e Intra disciplinar, en el que se proyecta el trabajo hacia un cubrimiento mayormente eficaz del fenómeno adictivo.

Es este modelo el que lleva a modificar las estructuras de producción de conocimiento y por lo tanto su finalidad, lo que inevitablemente refiere a las redes que configuran la organización social, es decir la contemplación de la realidad desde el fundamento del estudio de las partes separadas del todo ya no es posible, sino que se ofrece la posibilidad de acceder al entendimiento realmente integral tomando en cuenta todos los posibles puntos de observación de la realidad. Lo dicho anteriormente, es a lo que podríamos llamar la complejización de la realidad, en la cual se construye de la mano de los factores contextuales del individuo.

La posibilidad de apreciar a la persona adicta desde las múltiples dimensiones y relaciones de su vida genera que el cambio en el tratamiento de los fenómenos asociados a las SPA se individualice, personalice, profundice y por lo tanto de un espectro más amplio de tratamiento. Además, esto lleva a entender al adicto como una persona que no se encuentra fuera del sistema y que por lo tanto es imperante cambiar la conducta estigmatizante y excluyente, he ahí la cuestión de la humanización del adicto.

Es desde aquí que se han presentado diferentes formas de atender las adicciones, algunas de ellas se presentan como nuevos modelos en la intervención a las adicciones.

8.2.2.9 Modelo de reducción del daño

Según el Dr. Guillermo Castaño Pérez (2010), dicho modelo tiene como objetivo propender por la disminución progresiva de los daños, entendidos estos como los efectos negativos dentro del consumo de las SPA. Esta propuesta pretende la implementación de soluciones dinámicas para mejorar la calidad de vida dentro la población consumidora, es decir y dicho de forma coloquial es asegurar calidad dentro del consumo como estrategia de manejo regulado del mismo.

Además desde lo planteado por Castaño Pérez (2010), este modelo implica el cambiar las prácticas de riesgo y prepara a la persona para que sea funcional al momento de fijarse la meta de introducirse en un tratamiento. Otra de las finalidades de esta nueva propuesta es

la de exaltar el derecho a la salud del consumidor incluyéndolo como individuo merecedor de derechos y responsabilidades frente a la comunidad a la que hace parte, es la meta de los modelos de reducción del daño la inclusión social en cuanto no se deja de ser persona por pertenecer a un grupo consumidor de SPA.

Es de aclarar que esta propuesta no contiene implícito el canon de legalización, sino que atiende a una mayor flexibilización en cuanto al tema se refiere. Se relaciona a la integralidad Bio-Psico-Social y a la trascendencia de la persona hacia la humanización.

8.2.2.10 Modelo de mitigación

Desde lo planteado por la Dr. Inés Elvira Mejía como eje legal y el Dr. Álvaro Cárdenas Hincapié como eje salud mental (2010), corresponde a la pregunta por la dirección hacia la que se dirige el trabajo sobre las adicciones y que pone a colación el enfrentamiento entre el punto de vista moral, punitivo, legal con el punto de vista social, médico, de la salud.

Desde esta propuesta se observa a cada persona como a alguien expuesto al contacto con las SPA y en lo cual el cambio en el discurso que afronta este fenómeno es necesario. Dicho discurso tendrá como objetivo prepara a la persona para responder al contacto de manera asertiva. En este concepto se direcciona el énfasis del tratamiento por poblaciones, por contextos, individualizando los aspectos que identifican a quienes se encuentran en inminente contacto con las SPA, se proporcionan herramientas a la persona para que se

responsabilice de sus acciones y tome conciencia de sus determinaciones y las consecuencias de ellas.

Aquí se habla de la complejización de los fenómenos y la inclusión de las propuestas de conexión institucionales, es decir implementar las redes para dinamizar y desarrollar estrategias de atención más integrales, en las que se considere a la persona que pasa por el fenómeno del consumo de SPA un conjunto, un todo que no es en esencia la simple sumatoria de las partes.

9 MARCO CONCEPTUAL

9.1 Caracterización: se plantea como la capacidad de Determinar los rasgos distintivos de una persona, cosa, situación o variable de manera que se distinga claramente de las demás.

9.2 Modelos de intervención: se refiere a los distintos diseños que posibilitan observar una estructura y aquellos elementos que componen un proceso de *intervención*, entendiendo la intervención como aquella forma de tratar una situación, que desde lo planteado por el Ministerio de la Protección Social Colombiano en la “*Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia*” (2004) refiere: “El tratamiento es el conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud y la minimización de las posibles secuelas”. (P. 13)

9.3 Adicciones: Posada, (2012) “son el fenómeno psíquico de la adaptación y del condicionamiento mental a los repetidos efectos de una sustancia determinada. Es una dependencia emocional o psíquica. Existe una búsqueda compulsiva de las sustancias psicoactivas con una imposibilidad absoluta de abstinencia. En esta etapa comienzan las complicaciones legales. Se pasa a una vida dependiente donde se genera un cambio en los valores afectivos y espirituales” (P.10).

9.4 Sustancias psicoactivas: se puede denominar a las SPAS como todos aquellos fármacos o drogas que como sustancia químicas de origen natural o sintético, afecta las funciones de los organismos vivos, afectando específicamente las funciones del Sistema

Nervioso Central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, por ello la denominación de psicoactivos. Estas sustancias son de carácter inhibitor, depresor, alucinógeno o mixto, pudiendo modificar el estado anímico y alterar las percepciones.

Ministerio de Protección Social, (2005). Sustancia psicoactiva-SPA. Son aquellas sustancias químicas o naturales, que por sus características farmacológicas, tienen la posibilidad de ser consumidas por varias vías, ser absorbidas, concentrarse en la sangre, pasar al cerebro, actuar sobre las neuronas y modificar principalmente el funcionamiento del sistema nervioso central y crear dependencia física o psicológica (P.2).

9.5 Complejidad: Romero, (2003). “El Paradigma de la Complejidad postula la necesidad de organizar el conocimiento científico desde la transdisciplinariedad. La proyección transdisciplinaria de las ciencias persigue como objetivo, siguiendo a Edgar Morín (2001:32 y s.) «No un sector o parcela sino un sistema complejo que forma un todo organizador que operan el restablecimiento de conjuntos constituidos a partir de interacciones, retroacciones, interretroacciones y constituyen complejos que se organizan de por sí»” (P. 3).

10 MARCO LEGAL

Por disposición del gobierno nacional en la búsqueda de soluciones para el fenómeno de las adicciones a las spas, a través del Ministerio de Protección Social dispuso las condiciones de habilitación para los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, además, dictando otras disposiciones.

El Ministro de la Protección Social en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por los artículos 173 numerales 2 y 3, y 185 de la Ley 100 de 1993, 2º numerales 14 y 16 del Decreto-ley 205 de 2003, y 8 del Decreto 2309 de 2002.

10.1 CONSIDERANDO:

Que es función del Ministerio de la Protección Social dictar las normas científicas y administrativas que regulen la calidad de los servicios de salud; Que la salud es un bien y un servicio de interés público y general y, en consecuencia, se hace necesario adoptar las Normas Técnicas, Administrativas y Científicas, que garanticen a los usuarios calidad en la atención y regulen las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las conductas adictivas;

Que las condiciones de habilitación, normas de calidad y, en general, la reglamentación necesaria para la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social, son de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud, incluidos los Centros de Atención en Drogadicción y los servicios de farmacodependencia,

RESUELVE:

CAPITULO I

10.2 Disposiciones generales:

Artículo 1°. Objeto y campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente 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 Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia, para lo cual deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma.

Parágrafo 1°. A las entidades destinadas exclusivamente a brindar albergue y/o alimentación a personas con adicción a sustancias psicoactivas, sin fines de tratamiento o rehabilitación, no les serán aplicables las disposiciones contenidas en la presente resolución.

Parágrafo 2°. Las instituciones que ofrezcan programas de tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas, cualquiera que sea su naturaleza jurídica u objeto social, deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en relación con los respectivos servicios ofrecidos.

Artículo 2°. Definiciones. Para los efectos de la presente Resolución, se define el alcance de las siguientes expresiones: Centro de Atención en Drogadicción, CAD. Es 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.

Intoxicación aguda. Es el estado posterior a la administración de una sustancia psicotrópica, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad, en el comportamiento o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas y que ponen en riesgo la vida y la salud del paciente.

Modelo o enfoque de atención. Es el conjunto de orientaciones terapéuticas en las que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios. Entre ellos se destacan: Comunidad terapéutica (tradicional/renovada), 12 pasos, espiritual-religioso, médico-clínico-psiquiátrico, psicológico-interdisciplinario, pedagógico-reeducativo y terapias alternativas u otras que demuestren evidencia comprobable de eficacia.

Personas con adicción a sustancias psicoactivas. Es toda persona consumidora de cualquier sustancia psicoactiva que presenta dependencia física o psicológica a la misma.

Servicio de farmacodependencia. Es el servicio clínico en la modalidad hospitalaria, dedicado al tratamiento de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, que por su condición aguda requieren el servicio de atención médica ofrecido por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Síndrome de abstinencia. Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la suspensión absoluta o relativa de una sustancia psicotrópica, luego de una fase de utilización permanente de la misma.

Sustancia psicoactiva-SPA. Son aquellas sustancias químicas o naturales, que por sus características farmacológicas, tienen la posibilidad de ser consumidas por varias vías, ser absorbidas, concentrarse en la sangre, pasar al cerebro, actuar sobre las neuronas y modificar principalmente el funcionamiento del sistema nervioso central y crear dependencia física o psicológica.

Tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas. Es el conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los Centros de Atención en Drogadicción, con el propósito de lograr la deshabitación al consumo de sustancias psicoactivas o su mantenimiento, con el fin de reducir los riesgos y daños asociados al consumo continuado de sustancias psicoactivas y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social.

Artículo 3°. Clasificación de los centros de atención en drogadicción. Los Centros de Atención en Drogadicción pueden ser ambulatorios o residenciales y contarán con condiciones específicas para su habilitación.

CAD Modalidad de tratamiento ambulatorio. Son todos aquellos Centros que desarrollan su Modelo o Enfoque de Atención sin ofrecer servicio de alojamiento nocturno a sus usuarios.

CAD Modalidad de tratamiento residencial. Son todos aquellos Centros que brindan como parte de su Modelo o Enfoque de Atención alojamiento nocturno a sus usuarios.

Parágrafo. Un mismo Centro de Atención en Drogadicción podrá ofrecer programas de tratamiento y rehabilitación bajo la modalidad residencial y Ambulatoria y, en tal sentido, será considerado como mixto, para los efectos de su registro y habilitación.

Artículo 4°. Del mejoramiento de la calidad. Los Centros de Atención en Drogadicción deberán ajustarse a lo dispuesto en los artículos 36 a 39, 42 y 45 del Decreto 2309 de 2002, en lo relacionado con el cumplimiento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

Artículo 5°. De la acreditación de los CAD. De conformidad con lo establecido en el artículo 46 del Decreto 2309 de 2002, los Centros de Atención en Drogadicción por ser Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud podrán demostrar voluntariamente el cumplimiento de niveles superiores de calidad y someterse a un proceso de Acreditación, con estándares definidos por el Ministerio de la Protección Social para este tipo de instituciones.

Artículo 6°. Enfoque de los estándares de habilitación. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica para la habilitación de los Centros de Atención en Drogadicción y

de los servicios de Farmacodependencia, se orientan en la filosofía de Atención Centrada en el Cliente y mejoramiento continuo. Por lo tanto, siguen la ruta del usuario en la institución, desde su primer contacto con el Centro de Atención en Drogadicción o servicio, hasta su egreso. De igual manera, están orientadas en el principio de esencialidad que busca reducir los principales riesgos del proceso de atención, por lo que se considera que los estándares serán esenciales para proteger la vida, la salud y la dignidad de los usuarios.

CAPITULO II

10.3 De las condiciones y procedimientos para la habilitación de los CAD.

Artículo 7°. De las condiciones para la habilitación de los CAD. Los Centros de Atención en Drogadicción deberán cumplir con las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera establecidas en el artículo 5° de la Resolución 1439 de 2002, con las condiciones de capacidad técnico-administrativa establecidas en el artículo 12 del Decreto 2309 de 2002 y con las condiciones de capacidad tecnológica y científica que se adoptan mediante la presente Resolución, sin perjuicio de las demás condiciones que deban cumplir de acuerdo con su naturaleza jurídica u objeto social.

Parágrafo 1°. Los Centros de Atención en Drogadicción modalidad de tratamiento residencial o ambulatorio, que realicen desintoxicación farmacológica, podrán efectuarla con aquellos usuarios que hayan pasado la crisis aguda y que solo requieran una terapia farmacológica de sostenimiento, para lo cual deberán cumplir con las condiciones adicionales exigidas en el Anexo Técnico número 1 de la presente resolución que hace parte integral de la misma.

Parágrafo 2°. Las desintoxicaciones farmacológicas en etapas agudas solo podrán ser realizadas por un servicio de farmacodependencia.

Parágrafo 3°. Las condiciones tecnológicas y científicas para los Servicios de Farmacodependencia serán las establecidas en el Anexo Técnico número 1 de la presente resolución.

Parágrafo 4°. Los Centros de Atención en Drogadicción Modalidad Residencial o Ambulatoria que se constituyan después de la entrada en vigencia de la presente resolución no estarán sujetos al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996.

Artículo 8°. Procedimiento para la habilitación de los CAD. Los Centros de Atención en Drogadicción que a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución no se encuentren inscritos en el registro especial de prestadores de servicios de salud bajo ninguna modalidad de prestación de servicios de salud, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 13 al 29 del Decreto 2309 de 2002 y habilitarse ante las respectivas entidades territoriales, de conformidad con las competencias a ellas asignadas.

Parágrafo 1°. Los Centros de Atención en Drogadicción modalidad residencial, ambulatoria o mixta que ya se encuentren inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, deberán presentar la novedad correspondiente para realizar una nueva inscripción como Centro de Atención en Drogadicción, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.

Parágrafo 2°. Las IPS que cuenten con Servicios de Farmacodependencia ya declarados e inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, deberán autoevaluarse para corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en la presente Resolución y proceder con los ajustes correspondientes que garanticen su cumplimiento, como condición para la renovación de la inscripción en el registro.

Artículo 9°. Plazo. Todos los Centros de Atención en Drogadicción que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución, estén prestando servicios de salud tendrán un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de su entrada en vigencia, para autoevaluarse, cumplir con las condiciones establecidas en la misma, presentar por primera vez el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o informar la respectiva novedad, en el evento de que ya se encuentren inscritos ante la autoridad competente. Vencido el término anteriormente señalado, si no se ha efectuado la inscripción, el Centro de Atención en Drogadicción no podrá continuar prestando los servicios de salud, sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

CAPITULO III

10.4 Otras disposiciones

Artículo 10. *Consentimiento informado*. Para realizar el proceso de atención será necesario que el Centro de Atención en Drogadicción haya informado al usuario 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, las restricciones establecidas durante el proceso de atención y toda aquella información

relevante para el usuario, debiendo utilizarse un lenguaje claro y sencillo y dejando constancia en la historia clínica del paciente o en el historial del usuario, quien con su firma autógrafa o huella dactilar declarará que comprendió la información entregada y que aceptó ser atendido bajo este programa de tratamiento, sin embargo, el usuario podrá revocar en cualquier momento su consentimiento.

Parágrafo 1°. Respecto de los usuarios del Centro de Atención en Drogadicción que se encuentren bajo medida de seguridad o de protección o rehabilitación, si se trata de un menor de edad, el consentimiento lo debe autorizar la entidad bajo la cual se encuentra institucionalizado o el representante legal o el defensor de familia, según sea el caso.

Parágrafo 2°. En los casos en los cuales la condición mental del paciente no le permita expresar su consentimiento o que se trate de un menor de edad, el consentimiento podrá ser dado por los padres legítimos o adoptivos, el cónyuge o compañero (a) permanente, los parientes consanguíneos en línea directa o colateral hasta el tercer grado o su representante legal, según el caso.

Artículo 11. *Formularios*. La Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social definirá los formularios de Inscripción y de Novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, adicionando los servicios de que trata la presente resolución.

Artículo 12. *Sanciones*. Los Centros de Atención en Drogadicción que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría previstas en la presente Resolución, se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas en los artículos 576 y

577 de la Ley 9ª de 1979 y el artículo 49 de la Ley 10 de 1990, previo el agotamiento del respectivo procedimiento y la garantía del debido proceso.

Artículo 13. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias en especial, la Resolución 196 de 2002 y las condiciones tecnológicas y científicas para el servicio de Farmacodependencia establecidas en el anexo 1 de la Resolución 1439 de 2002.

Modifica el Formulario de Inscripción y de Novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, en el sentido de adicionarse los servicios propios de un Centro de Atención en Drogadicción Residencial o Ambulatorio.

(Ministerio de Protección Social. 2005, P. 1-5).

II CAPITULO III

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS HALLADOS.

11.1 ANÁLISIS CATEGORIAL

En las tablas de análisis categorial, se encontrará el examen de los elementos que se indagaron durante la investigación, esto con base en los emergentes debidamente organizados por categorías para facilitar la descripción de las distintas instituciones que prestan tratamiento para las adicciones producto del consumo de las SPAS, mostrando el papel que la psicología juega dentro de dichos modelos. Se trata de los emergentes a partir de la información recolectada a través de las entrevistas realizadas, la obtenida por vía digital, el análisis del investigador y el apoyo de la teoría consultada.

11.2 MAPA CATEGORIAL

Para el procesamiento de la información obtenida de las instituciones indagadas, se construyó un mapa categorial, el cual dio cuenta de los principales conceptos emergentes que definen primeramente los objetos de análisis de la investigación.

En el mapa categorial, se hallará la conceptualización de los discursos y la información obtenida de las instituciones la cual se logró a través de los emergentes en el procesamiento y análisis de la información. Los conceptos enunciados se encuentran antecedidos con determinados números, en el orden que aparecen las diferentes instituciones en las tablas de análisis, con el fin de identificar los participantes en la investigación y sus respectivas respuestas, además de las recurrencias de las mismas.

INSTITUCIÓN o CAD N° 1

EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
<p>“Modelo basado en los principios de Alcohólicos Anónimos (N.A. y A.A.)”</p>	<p>Modelo Minnesota, residencial y ambulatorio.</p>	<p>Tipo de Modelo</p>	<p>El modelo Minnesota, es planteado como un enfoque integral y multidisciplinario, encaminado hacia la abstinencia y basado en los principios de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), quienes plantean 12 pasos que permiten actuar sobre la persona ayudándola a superar sus dificultades dentro de un proceso de adaptación al contexto social. Dentro de lo propuesto por el modelo Minnesota, este habla de la adicción bajo el concepto enfermedad sin cura, pero con recuperación, siempre y cuando exista una adherencia a las propuestas del tratamiento, el cual pretende alcanzar varias metas, tanto a largo como a corto plazo.</p> <p>A largo plazo se formulan dos metas: La primera consiste en lograr la abstinencia al consumo. La segunda reside en conseguir calidad de vida desde la salud física y emocional de la persona y de sus estructuras relacionales: la familia, amigos, pareja, trabajo, estudio, etc.</p> <p>Para que se pueda llegar a cumplir con estas grandes metas, el modelo Minnesota, propone varias metas que a corto plazo que sustenten la recuperación de la persona que se encuentra bajo efecto de la adicción a las SPAS.</p> <p>Las metas a corto plazo que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar al adicto y a su familia a reconocer la enfermedad y sus consecuencias para la vida. 2. Ayudar a la persona a admitir que necesita ayuda y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad que no tiene cura.

			<p>3. Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad en una forma positiva y constructiva.</p> <p>4. Ayudar a la persona a traducir su entendimiento en acción para desarrollar un estilo de vida diferente.</p> <p>El modelo Minnesota incluye un programa de cuidado continuo desarrollado y estructurado como red de apoyo para la persona en recuperación.</p> <p>Estos planteamientos que surgen del modelo descrito, son utilizados en el desarrollo de programas de rehabilitación para las adicciones. En este modelo de intervención se estructura una atmósfera terapéutica que ofrecer el apoyo profesional y la guía necesaria para alcanzar las metas dentro del tratamiento, teniendo como punto de partida que las necesidades para lograr una recuperación satisfactoria varían en cada persona, lo cual hace que sea necesario proveer a cada una de ellas, incluyendo su entorno relacional de un plan de tratamiento, para generar los recursos internos que faciliten una recuperación a lo largo de la vida. Esto refiere a una lectura del contexto en el que la persona y su adicción son el síntoma de otras situaciones existenciales, las cuales deben ser atendidas.</p>
<p>“Las Razones para implementar el modelo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Beneficios para el usuario. -Beneficios para la familia. -Corta duración 	<p>Justificación del modelo de trabajo</p>	<p>Las razones para implementar este método se basan en la creencia y la verificación de la eficacia del mismo, a partir de las características propias del modelo que han dado gran beneficio, tanto para la persona usuaria, como a su familia y la sociedad, por el carácter integral del tratamiento que trata a nivel individual en relación al contexto al que se pertenece, de manera continua.</p> <p>El modelo Minnesota de rehabilitación al ser intensivo, de corta duración, se encuentra a la vanguardia en cuanto a</p>

			los conocimientos actuales para tratamientos de todo tipo de enfermedades adictivas, permitiendo que aquella persona que sufre de algún tipo de adicción no se libere de su medio ambiente, así como también le sea posible la incorporación a actividades cotidianas como trabajar, estudiar, etc, en un periodo de tiempo muy corto.
“Lo que se propone lograr la institución a partir del modelo de Minnesota”	-Recuperación individual -Recuperación familiar. -Reinserción social.	Objetivos de la institución	Los objetivos que se proponen lograr en la institución a partir del modelo Minnesota son: recuperar al adicto y su entorno familiar, reinsertarlo en la sociedad, en lugar de encerrarlos o ignorarlos; tratarlos con dignidad y ayudarlos a recuperarse física, mental y espiritualmente.
“Etapas y fases de la intervención Según las particularidades del paciente (ambulatorio o residencial)”	-Entrevista -Evaluación -Asistencia psicológica. -Asistencia social. -Asistencia espiritual.	Organización del plan de intervención	El proceso de incorporación de la persona o paciente al tratamiento pasa por los siguientes canales, los cuales direccionan y organizan el plan de intervención según las particularidades de dicha persona, ya sea en la modalidad ambulatoria o residencial y los cuales son: Entrevista con las directivas: paciente-acudiente Asistencia psicológica. Asistencia social. Asistencia espiritual. El tiempo de duración del proceso o tratamiento en los ejes ambulatorio y residencial es de 3 a 6 meses en horarios flexibles.
“La institución cuenta con varios modelos psicológicos que aportan en la atención de los pacientes”	-Sistémico -Humanista	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguiente según su desarrollo histórico en un marco

			<p>moderno y uno post-moderno: MODERNOS Psicodinámico -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). Cognitivo-Conductual -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohlemborg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación. Humanista -- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls) -- Transaccional (Berne) POST-MODERNOS Construccionista -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin) -- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) -- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán) Constructivista -- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) -- Psicología de los constructos personales (Kelly) -- Mindfulness (Linehan, Teasdale)</p> <p>(Arias et. al, 2010, p.146).</p>
--	--	--	--

<p>“El papel del psicólogo es uno de los más importantes dentro del tratamiento”</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Psico-educación -Evaluación -Consulta -Intervención familiar. -Reuniones de staff. 	<p>El papel del psicólogo dentro de la institución</p>	<p>Apoyándonos en lo planteado por Arias, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, Llorente, López, Madoz, Martínez, Ochoa, Palau, Palmares y Villanueva. (2010). en cuanto a la definición del rol terapéutico dentro del trabajo de un psicólogo que se encuentra vinculado al tema de la atención de adicciones a las drogas estos dicen que dicho rol tiene que ver con “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente” aclarando que desde la perspectiva psicológica, es más educado el apelativo de tratamiento psicológico, cuya definición es “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas” (Arias, et. Al, 2010, p. 144).</p>
<p>“Lo que busca el área de psicología como meta es realizar una lectura de contexto que permita ayudar de la mejor manera posible, disponiendo de las herramientas de la misma”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Intervenir el contexto del paciente. -Promover nuevos hábitos. -Crear esperanza. 	<p>Objetivos de la intervención psicológica</p>	<p>Partiendo de la definición de psicoterapia aportada por la Organización Mundial de la Salud (2001), que plantea esta como “un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales”. Además, Arias, et. Al. (2010). Comenta que el psicólogo tiene como objetivo “escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema” (p. 145).</p>

<p>“Se realiza el trabajo como un engranaje que posibilita la interacción y dialogo de saberes ofreciendo un sistema organizado y claro”</p>	<p>-Integrar -El análisis sistémico</p>	<p>Aportes de la psicología</p>	<p>Jaramillo, (2010) plantea que “La investigación acerca de la toxicomanía se ha descubierto, se nos muestra que los tratamientos efectivos en el mundo, tanto residenciales como ambulatorios e incluso en la prevención, es un conjunto de sinergias las que producen la rehabilitación de un adicto o que un programa preventivo sea exitoso, no es solo una intervención o estrategia la que produce el cambio, es un proceso con un conjunto de intervenciones planificadas y transdisciplinarias las que transforman realidades complejas como la toxicomanía de manera individual y colectiva” (p.4).</p> <p>Jaramillo (2010), afirma también que “No se trata entonces únicamente de: desintoxicar, tratar el doble diagnóstico, trabajar las conductas problema, intervenir la familia, analizar los determinantes inconscientes, trabajar el vacío existencial, o las problemáticas objéales, todo esto se debe tratar en simultaneo y de manera sinérgica para producir una transformación subjetiva y en el contexto donde se incorporara el ex-adicto” (p.5).</p>
<p>“Es uno de los mejores logros obtenidos en comparación con otros modelos en los que se deja sólo al paciente dentro del tratamiento”</p>	<p>-Integración familiar al proceso de rehabilitación</p>	<p>Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica</p>	<p>Teniendo en cuenta lo planteado por Arias, et. Al. (2010). “Un aspecto importante, desde la perspectiva clínica, es cómo los psicólogos clínicos ven el proceso terapéutico en relación a su trabajo cotidiano, a la aplicación de las distintas técnicas de tratamiento psicológico en sus pacientes y el resultado que obtienen con las mismas y de cómo, en unos casos mejoran de modo inesperado y, en otros, recaen cuando no se preveía que eso ocurriese” (p.147).</p>

INSTITUCIÓN o CAD N°2

EMERGENTE	CATEGORÍA	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
<p>“Implementación del proceso de tratamiento bajo presión artificial por etapas para la creación de mecanismos de defensa”</p>	<p>Modelo de Comunidad terapéutica, residencial</p>	<p>Tipo de Modelo</p>	<p>La comunidad terapéutica (C. T.) como tratamiento para el abuso y dependencia de drogas surgió por los años 60 en Norteamérica, como una alternativa a los tratamientos convencionales. El concepto base de este modelo era la autoayuda, y fue desarrollado inicialmente por alcohólicos en recuperación y drogodependientes. Así, aunque Alcohólicos Anónimos y Synanon son sus antecedentes más reconocidos, el modelo de comunidad terapéutica es más antiguo y ha sido aplicado en diversos campos de asistencia y apoyo comunitario. El modelo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos engloba una gran variedad de programas heterogéneos en cuanto a origen y fundamentos, objetivos y métodos de intervención. Actualmente existe una variedad considerable de modelos de intervención que se autodenominan en ocasiones “comunidades terapéuticas”; algunas de las cuales se basan en ideologías pseudo -científicas o religiosas. El marco teórico global de comunidad terapéutica tiene un referente en un modelo Americano, (más estructurado y normativo, con bases teóricas próximas a la modificación de conducta y al movimiento de autoayuda) y un referente Europeo (basado en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (Llorente, 1999, p. 329-330).</p>
<p>“Las Razones para implementar el modelo tienen que ver con en la CT, se logra que la persona en un medio ambiente libre de drogas cambie</p>	<p>-Beneficios para el usuario.</p>	<p>Justificación del modelo de trabajo</p>	<p>A partir del modelo de CT, se logra que la persona en un medio ambiente libre de drogas cambie modelos de pensamiento disfuncionales haciéndolo tomar conciencia sobre sus pensamientos, emociones y comportamiento,</p>

<p>modelos de pensamiento disfuncionales haciéndolo tomar conciencia sobre sus pensamientos, emociones y comportamiento, generando mayores capacidades de afrontamiento.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración emocional. -Resiliencia. 		<p>generando mayores capacidades de afrontamiento (Llorente, 1999). El término comunidad terapéutica se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los 50. Una década más tarde, el término comunidades terapéuticas comienza a utilizarse para denominar determinados tratamientos residenciales libres de drogas para sujetos dependientes de sustancias, aunque estos programas surgieron independientemente del contexto del hospital psiquiátrico (p. 329).</p>
<p>“Lo que se propone lograr la institución a partir del modelo de CT.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecto de vida. -Mejorar las capacidades de afrontamiento. -Fortalecer el nicho familiar. 	<p>Objetivos de la institución</p>	<p>Ofrecer una propuesta pedagógica - terapéutica desde la perspectiva de derechos para el abordaje de la farmacodependencia y problemáticas asociadas a la población juvenil buscando el acompañamiento en la construcción de un proyecto de vida que permita al joven su vinculación social, basado en el modelo de la Comunidad Terapéutica. Fundación Hogares Claret (2012).</p>
<p>“Etapas y fases de la intervención”</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acogida. -Identificación. -Elaboración. - Consolidación. - Desprendimiento gradual. 	<p>Organización del plan de intervención</p>	<p>El tiempo de duración del tratamiento desde la etapa de acogida hasta la fase de desprendimiento gradual para cada usuario es de 1 año variando según las particularidades de dicho usuario.</p>

	-Seguimiento.		
“Aunque dentro de lo planteado por el hogar es un trabajo muy fuerte a nivel cognitivo conductual, también se percibe el trabajo sistémico”	-Sistémico -Cognitivo- conductual	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	<p>Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguiente según su desarrollo histórico en un marco moderno y uno post-moderno:</p> <p>MODERNOS</p> <p>Psicodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). <p>Cognitivo-Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación. <p>Humanista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls) -- Transaccional (Berne) <p>POST-MODERNOS</p> <p>Construccionista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin) -- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto)

			<p>-- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán) Constructivista</p> <p>-- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano)</p> <p>-- Psicología de los constructos personales (Kelly)</p> <p>-- Mindfulness (Linehan, Teasdale)</p> <p>Arias, et. Al. (2010, p.146)</p>
<p>“el psicólogo logra dimensionar aspectos relevantes para el tratamiento por fuera de la perspectiva latente de la enfermedad que el adicto en recuperación no logra percibir por su condición”</p>	<p>-Lectura de contextos</p> <p>-Evaluación</p> <p>-Consulta</p> <p>-Intervención individual</p>	<p>El papel del psicólogo dentro de la institución</p>	<p>Palmares y Villanueva. (2010). en cuanto a la definición del rol terapéutico dentro del trabajo de un psicólogo que se encuentra vinculado al tema de la atención de adicciones a las drogas estos dicen que dicho rol tiene que ver con “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente” aclarando que desde la perspectiva psicológica, es más educado el apelativo de tratamiento psicológico, cuya definición es “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas” (Arias, et. Al. 2010, p. 144)</p>
<p>Las metas que desde el área psicológica se busca cumplir dentro de la institución</p>	<p>-Reestructuración cognitiva y comportamental</p> <p>-generar inteligencia emocional</p> <p>-Aumentar la resiliencia</p>	<p>Objetivos de la intervención psicológica</p>	<p>Partiendo de la definición de psicoterapia aportada por la Organización Mundial de la Salud (2001), que plantea esta como “un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales”. Además, Arias, et. Al. (2010). Comenta que el psicólogo tiene como objetivo</p>

			“escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema” (p. 145).
“el psicólogo logra dimensionar aspectos relevantes para el tratamiento por fuera de la perspectiva latente de la enfermedad que el adicto en recuperación no logra percibir por su condición”	<ul style="list-style-type: none"> -Lectura de contextos -Análisis de la enfermedad 	Aportes de la psicología	<p>Jaramillo, (2010). “La investigación acerca de la toxicomanía se ha descubierto, se nos muestra que los tratamientos efectivos en el mundo, tanto residenciales como ambulatorios e incluso en la prevención, es un conjunto de sinergias las que producen la rehabilitación de un adicto o que un programa preventivo sea exitoso, no es solo una intervención o estrategia la que produce el cambio, es un proceso con un conjunto de intervenciones planificadas y transdisciplinarias las que transforman realidades complejas como la toxicomanía de manera individual y colectiva” (p.4).</p> <p>Jaramillo, (2010). “No se trata entonces únicamente de: desintoxicar, tratar el doble diagnóstico, trabajar las conductas problema, intervenir la familia, analizar los determinantes inconscientes, trabajar el vacío existencial, o las problemáticas objétales, todo esto se debe tratar en simultaneo y de manera sinérgica para producir una transformación subjetiva y en el contexto donde se incorporara el ex-adicto” (p.5).</p>
“Del aporte de la psicología es importante rescatar que permite formar personas más sanas”	<ul style="list-style-type: none"> -Personas más integras -Crecimiento personal -Equilibrio emocional 	Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica	Teniendo en cuenta lo planteado por Arias, et. Al. (2010). “Un aspecto importante, desde la perspectiva clínica, es cómo los psicólogos clínicos ven el proceso terapéutico en relación a su trabajo cotidiano, a la aplicación de las distintas técnicas de tratamiento psicológico en sus pacientes y el resultado que obtienen con las mismas y de cómo, en unos casos mejoran de modo inesperado y, en otros, recaen cuando no se preveía que eso ocurriese” (p.147)

INSTITUCIÓN o CAD N°3

EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
<p>“búsqueda de los niveles de conciencia del sujeto frente al consumo y adicción, permitiendo el aumento de su funcionalidad social y reduciendo el impacto”</p>	<p>Modelo de reducción del daño, ambulatorio</p>	<p>Tipo de Modelo</p>	<p>Según el Dr. Guillermo Castaño Pérez (2010). Dicho modelo tiene como objetivo propender por la disminución progresiva de los daños, entendidos estos como los efectos negativos dentro del consumo de las SPA. Esta propuesta pretende la implementación de soluciones dinámicas para mejorar la calidad de vida dentro la población consumidora, es decir y dicho de forma coloquial es asegurar calidad dentro del consumo como estrategia de manejo regulado del mismo. Además desde lo planteado por Castaño Pérez (2010). Este modelo implica el cambiar las prácticas de riesgo y prepara a la persona para que sea funcional al momento de fijarse la meta de introducirse en un tratamiento. Otra de las finalidades de esta nueva propuesta es la de exaltar el derecho a la salud del consumidor incluyéndolo como individuo merecedor de derechos y responsabilidades frente a la comunidad a la que hace parte, es la meta de los modelos de reducción del daño la inclusión social en cuanto no se deja de ser persona por pertenecer a un grupo consumidor de SPA.</p>
<p>“Necesidad de un centro de atención ambulatorio, como resultado de una investigación. La posibilidad de realizar un análisis casuístico individual que permita la lectura del</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Necesidad -Investigación -Lectura de contextos - Diagnóstico interdisciplinar 	<p>Justificación del modelo de trabajo</p>	<p>Según lo planteado por este modelo la creación de los Centros de encuentro y acogida (CEA), en este caso las instituciones que prestan servicios ambulatorios bajo este modelo, permiten una reducción de los daños asociados al consumo adictivo de aquellos usuarios los cuales a través de otros modelos como los que formulan como resultado la abstinencia al consumo no logran resultados satisfactorios, abriendo la posibilidad de consecuencias negativas para dicho sujeto: maltrato,</p>

contexto y posibilite un diagnóstico interdisciplinar”			exclusión, rechazo social, estigmatización. Domínguez, Bermudo, Delgado, Escobar, Fernández, Herrera, Jiménez, Miranda, Peláez, Tirado y Trillo (2003). “Desde los CEA y a través de la metodología de reducción de riesgos y daños, se pretende una intervención tanto a nivel sanitario como social y comunitario, requiriendo de una gran coordinación entre los organismos que trabajan estas áreas, incorporando tanto actividades preventivas como de asistencia; todo ello con el objetivo de paliar o minimizar los daños generados por el consumo problemático de drogas en aquellas poblaciones de drogodependientes que no acceden habitualmente a los servicios asistenciales”(p.8).
“Generar conocimiento sobre el tema a partir de la investigación. Conectar a la comunidad y a la institución entre sí. Servir como centro de prácticas profesionales. Buscar la abstención o la reducción del consumo de SPAS. Posibilitar la funcionalidad social del individuo. Creación de hábitos de vida saludable”.	-Generar conocimiento -Vincular a la comunidad -Centro de prácticas -Abstención del consumo -Reducción del consumo -Potenciar la funcionalidad social del individuo -Creación de hábitos saludables	Objetivos de la institución	Según lo planteado por el Ministerio de Protección Social Colombiano (2005) en la búsqueda de mejores soluciones al problema de las adicciones y sus consecuencias busca que a través del modelo de reducción de daños se logre: 1. 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. 2. Reducir el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades.
“Las fases del proceso de atención de la institución”	-Inscripción -Valoración -Evaluación -Staff	Organización del plan de intervención	El proceso tiene una duración aproximada de 1 año. Mínimo 3 citas para evaluar y valorar, dos citas a la familia, posteriormente el paciente pasa por un staff clínico para el diagnóstico y se procede a la intervención que posee una

	-Diagnostico -Intervención -seguimiento		duración de 6 meses según los requerimientos particulares de la persona, a la cual se le realiza un seguimiento por los próximos 6 meses.
“se tienen de base las tres principales corrientes psicológicas pero se está abierto a todas”	-Dinámico -Humanista -Cognitivo	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	<p>Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguientes según su desarrollo histórico en un marco moderno y uno post-moderno:</p> <p>MODERNOS:</p> <p>Psicodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). <p>Cognitivo-Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación. <p>Humanista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls) -- Transaccional (Berne) <p>POST-MODERNOS:</p> <p>Construccionista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin)

			<p>-- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto)</p> <p>-- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán)</p> <p>Constructivista</p> <p>-- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano)</p> <p>-- Psicología de los constructos personales (Kelly)</p> <p>-- Mindfulness (Linehan, Teasdale)</p> <p>(Arias, et. Al. 2010, p.146)</p>
<p>“lo principal es servir de acompañamiento y escuchar, eso se suma al resto de obligaciones que como profesional se tiene dentro de su ejercicio”</p>	<p>-Lectura de contexto</p> <p>-Escuchar</p> <p>-Acompañar</p> <p>-Evaluación.</p> <p>-Diagnóstico</p> <p>-Intervención individual.</p>	<p>El papel del psicólogo dentro de la institución</p>	<p>Palmares y Villanueva. (2010). en cuanto a la definición del rol terapéutico dentro del trabajo de un psicólogo que se encuentra vinculado al tema de la atención de adicciones a las drogas estos dicen que dicho rol tiene que ver con “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente” aclarando que desde la perspectiva psicológica, es más educado el apelativo de tratamiento psicológico, cuya definición es “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas” (Arias, et. Al. 2010, p. 144).</p>
<p>Metas del trabajo que se realiza</p>	<p>-Acoger al usuario y su familia</p> <p>-Evaluar la conducta adictiva</p>	<p>Objetivos de la intervención psicológica</p>	<p>Partiendo de la definición de psicoterapia aportada por la Organización Mundial de la Salud (2001), que plantea esta como “un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar factores de riesgo y protección -Manejar la prevención de recaídas -Establecer los diálogos de saberes -Brindar asesoría 		<p>comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales”. Además, Arias, et. Al. (2010). Comenta que el psicólogo tiene como objetivo “escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema” (p. 145).</p>
<p>“Eleva el nivel de conciencia del paciente sobre el para qué del consumo. Facilitar ambientes profesionales saludables. La psi coeducación como aporte para el entendimiento de la adicción por parte del usuario. Potenciar valores éticos, habilidades y comportamientos morales”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Eleva el nivel de conciencia. -Facilitar ambientes sanos. -Psi coeducación. -Potenciar valores y habilidades 	<p>Aportes de la psicología</p>	<p>Jaramillo, (2010) afirma que: “La investigación acerca de la toxicomanía se ha descubierto, se nos muestra que los tratamientos efectivos en el mundo, tanto residenciales como ambulatorios e incluso en la prevención, es un conjunto de sinergias las que producen la rehabilitación de un adicto o que un programa preventivo sea exitoso, no es solo una intervención o estrategia la que produce el cambio, es un proceso con un conjunto de intervenciones planificadas y transdisciplinarias las que transforman realidades complejas como la toxicomanía de manera individual y colectiva” (p.4).</p> <p>Jaramillo, (2010) plantea que “No se trata entonces únicamente de: desintoxicar, tratar el doble diagnóstico, trabajar las conductas problema, intervenir la familia, analizar los determinantes inconscientes, trabajar el vacío existencial, o las problemáticas objétales, todo esto se debe tratar en simultaneo y de manera sinérgica para producir una transformación subjetiva y en el contexto donde se incorporara el ex-adicto” (p.5).</p>

<p>“Se lleva a cabo la realización de encuestas evaluativas del servicio”</p>	<p>-Satisfacción alta de los usuarios entre el 90 y el 80 % en cuanto a la calidad de la atención.</p>	<p>Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica</p>	<p>Teniendo en cuenta lo planteado por Arias, et. Al. (2010). “Un aspecto importante, desde la perspectiva clínica, es cómo los psicólogos clínicos ven el proceso terapéutico en relación a su trabajo cotidiano, a la aplicación de las distintas técnicas de tratamiento psicológico en sus pacientes y el resultado que obtienen con las mismas y de cómo, en unos casos mejoran de modo inesperado y, en otros, recaen cuando no se preveía que eso ocurriese” (p.147).</p>
---	--	--	--

INSTITUCIÓN o CAD N° 4

EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
<p>“ Modelo de intervención basado en el aprendizaje social, de ambiente de normas y valores compartidos con dinámicas guiadas al cambio individual, orientadas por nuestro equipo de profesionales calificados para facilitar que el usuario logre progresivamente su recuperación integral. Modelo de intervención basado en el aprendizaje social, de ambiente de normas y valores compartidos con dinámicas guiadas al cambio individual, orientadas por nuestro equipo de profesionales calificados para facilitar que el usuario logre progresivamente su recuperación integral”</p>	<p>Modelo de Comunidad terapéutica, residencial</p>	<p>Tipo de Modelo</p>	<p>La comunidad terapéutica (C. T.) como tratamiento para el abuso y dependencia de drogas surgió por los años 60 en Norteamérica, como una alternativa a los tratamientos convencionales. El concepto base de este modelo era la autoayuda, y fue desarrollado inicialmente por alcohólicos en recuperación y drogodependientes. Así, aunque Alcohólicos Anónimos y Synanon son sus antecedentes más reconocidos, el modelo de comunidad terapéutica es más antiguo y ha sido aplicado en diversos campos de asistencia y apoyo comunitario. El modelo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos engloba una gran variedad de programas heterogéneos en cuanto a origen y fundamentos, objetivos y métodos de intervención. Actualmente existe una variedad considerable de modelos de intervención que se autodenominan en ocasiones “comunidades terapéuticas”; algunas de las cuales se basan en ideologías pseudo -científicas o religiosas. El marco teórico global de comunidad terapéutica tiene un referente en un modelo Americano, (más estructurado y normativo, con bases teóricas próximas a la modificación de conducta y al movimiento de autoayuda) y un referente Europeo (basado en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (Llorente, 1999, p. 329-330).</p>
<p>“Filosofía universal de las CT'S: Estamos aquí, porque no existe refugio alguno, donde escondernos de nosotros mismos. Mientras la</p>	<p>-Beneficios para el usuario. -Beneficios para la familia.</p>	<p>Justificación del modelo de trabajo</p>	<p>A partir del modelo de CT, se logra que la persona en un medio ambiente libre de drogas cambie modelos de pensamiento disfuncionales haciéndolo tomar conciencia sobre sus pensamientos, emociones y comportamiento,</p>

<p>persona, no se confronte en los ojos y en el corazón de los demás, está escapando. Mientras no comunique sus secretos, no hallará reposo.</p> <p>El hombre que teme ser conocido, no podrá conocerse a sí mismo, ni conocer a los demás: ¡está solo!”</p>	<p>- Rehabilitación.</p>		<p>generando mayores capacidades de afrontamiento. Llorente, (1999). El término comunidad terapéutica se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los 50. Una década más tarde, el término comunidades terapéuticas comienza a utilizarse para denominar determinados tratamientos residenciales libres de drogas para sujetos dependientes de sustancias, aunque estos programas surgieron independientemente del contexto del hospital psiquiátrico (p. 329).</p>
<p>“Lo que se propone lograr la institución a partir del modelo de CT.”</p>	<p>Recuperación: -física -mental -emocional -familiar -social -laboral</p>	<p>Objetivos de la institución</p>	<p>Lo que la institución logra a partir de lo que hacen es: Facilitar la recuperación integral de la salud física, mental, emocional, el funcionamiento familiar, social y laboral de nuestros usuarios deteriorados por las adicciones. Fundación la Luz (2011).</p>
<p>Fases del proceso de intervención de la institución</p>	<p>-Ingreso -Orientación clínica - Desintoxicación -Adaptación -Asimilación -Reestructuración -Proyecto de vida -Seguimiento</p>	<p>Organización del plan de intervención</p>	<p>El proceso tiene un tiempo de duración de 3 meses, en los cuales durante el tratamiento el usuario reside dentro del hogar de manera permanente. Está orientado por profesionales del departamento clínico conformado por psicología, trabajo social, enfermería y del área terapéutica conformada por nuestros Operadores Calificados de Comunidad Terapéutica, capacitados para acompañarlo en el proceso de desintoxicación adaptación, asimilación de las estrategias y herramientas de recuperación integral que ofrece el programa; facilitando el proceso de reestructuración de la personalidad, fortalecimiento del carácter y desarrollo de una positiva escala de valores. En las últimas etapas del proceso se enfatiza en el proyecto de vida e interacción familiar con</p>

			<p>el fin de fortalecer patrones positivos de conducta y promover patrones de comunicación y convivencia de modo tal que establezca una plataforma eficaz para que el residente pueda vivir y conservarse en sobriedad.</p> <p>Durante los seis (6) meses posteriores al tratamiento, la institución desarrollará procedimientos de seguimiento. En ellos se incluyen actividades tales como: registro de las presentaciones periódicas que el usuario realice a la institución, el registro de llamadas que el usuario realice a la institución y registro de las llamadas del equipo de seguimiento que realizara al usuario y a su familia.</p>
<p>“Cognitivo”</p>	<p>-Cognitivo</p>	<p>Modelos psicológicos existentes dentro de la institución</p>	<p>Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguiente según su desarrollo histórico en un marco moderno y uno post-moderno:</p> <p>MODERNOS:</p> <p>Psicodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). <p>Cognitivo-Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohlemborg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación. <p>Humanista</p>

			<p>-- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls) -- Transaccional (Berne) POST-MODERNOS: Construccionista -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin) -- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) -- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán) Constructivista -- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) -- Psicología de los constructos personales (Kelly) -- Mindfulness (Linehan, Teasdale)</p> <p>Arias, et. Al. (2010, p.146)</p>
<p>“Quien gestiona el tratamiento, interviniendo en la recuperación, conservación y promoción de la salud mental y emocional de los usuarios y sus familias, en pro de los objetivos específicos de los distintos programas ofrecidos en la institución, dirigiendo y dinamizando la intervención individual clínica, los grupos especiales y las terapias familiares”.</p>	<p>-Intervención: Individual y grupal -Promoción -Terapia familiar</p>	<p>El papel del psicólogo dentro de la institución</p>	<p>Palmares y Villanueva. (2010). en cuanto a la definición del rol terapéutico dentro del trabajo de un psicólogo que se encuentra vinculado al tema de la atención de adicciones a las drogas estos dicen que dicho rol tiene que ver con “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente” aclarando que desde la perspectiva psicológica, es más educado el apelativo de tratamiento psicológico, cuya definición es “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las</p>

			habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas” (Arias, et. Al. 2010, p. 144).
“Gestionar el tratamiento, interviniendo en la recuperación, conservación y promoción de la salud mental y emocional de los usuarios y sus familias, en pro de los objetivos específicos de los distintos programas ofrecidos en la institución, dirigiendo y dinamizando la intervención individual clínica, los grupos especiales y las terapias familiares”	-Gestión del tratamiento -Dirigir las intervenciones especiales -Apoyar los grupos especiales -Realizar terapia familiar.	Objetivos de la intervención psicológica	Partiendo de la definición de psicoterapia aportada por la Organización Mundial De La Salud (2001), que plantea esta como “un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales”. Además, Arias, et. Al. (2010). Comenta que el psicólogo tiene como objetivo “escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema” (p. 145).
Dinamizar la intervención individual clínica, los grupos especiales y las terapias familiares.	-Dinamizar la intervención individual clínica, los grupos especiales y las terapias familiares.	Aportes de la psicología	Jaramillo, (2010). “La investigación acerca de la toxicomanía se ha descubierto, se nos muestra que los tratamientos efectivos en el mundo, tanto residenciales como ambulatorios e incluso en la prevención, es un conjunto de sinergias las que producen la rehabilitación de un adicto o que un programa preventivo sea exitoso, no es solo una intervención o estrategia la que produce el cambio, es un proceso con un conjunto de intervenciones planificadas y transdisciplinarias las que transforman realidades complejas como la toxicomanía de manera individual y colectiva” (p.4). Jaramillo, (2010). “No se trata entonces únicamente de: desintoxicar, tratar el doble diagnóstico, trabajar las conductas problema, intervenir la familia, analizar los determinantes inconscientes, trabajar el vacío existencial, o las problemáticas objétales, todo esto se debe tratar en simultaneo y de manera sinérgica para producir una

			transformación subjetiva y en el contexto donde se incorporara el ex-adicto” (p.5).
Procesos más integrales que facilitan la recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Integralidad de procesos -Mayores posibilidades de recuperación. 	Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica	Teniendo en cuenta lo planteado por Arias, et. Al. (2010). “Un aspecto importante, desde la perspectiva clínica, es cómo los psicólogos clínicos ven el proceso terapéutico en relación a su trabajo cotidiano, a la aplicación de las distintas técnicas de tratamiento psicológico en sus pacientes y el resultado que obtienen con las mismas y de cómo, en unos casos mejoran de modo inesperado y, en otros, recaen cuando no se preveía que eso ocurriese” (p.147).

INSTITUCIÓN o CAD N° 5			
EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
“Programa de Adicciones de alta complejidad y gran impacto social”	Modelo Bio-Psico-Social, ambulatorio	Tipo de Modelo	Hermida et al. (2007), en su escrito dice: Este modelo entiende el fenómeno de la adicción a SPA, como una conducta o hábito relacionado con factores biológicos, psicológicos y sociales. Es según este modelo, que la conducta caracterizada por la adicción no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de los aspectos constitutivos de la persona, como lo son el quehacer económico, familiar, político, laboral, mental, orgánico, social, que en un espacio de tiempo determinado se asocian para generar un fenómeno, susceptible de ser observado (p. 2).
“el Programa de Adicciones, con logros de abstinencia total entre 30 y 40%, y disminución del daño y mejoramiento de la calidad de vida en otro 30%, se pone a la par de los mejores centros de abstinencia del mundo”	-Disminución del daño -Calidad de vida	Justificación del modelo de trabajo	Periódico El Pulso, (2011). “Con logros de abstinencia total entre 30 y 40%, y disminución del daño y mejoramiento de la calidad de vida en otro 30%, el Programa de Adicciones del Hospital San Vicente se pone a la par de los mejores centros de abstinencia del mundo, pues apoya el diseño de políticas públicas y guías de manejo a nivel departamental y nacional, e impacta favorablemente en la vida de los adictos y sus familias.”
“El modelo asistencial de Centros Especializados de San Vicente Fundación , refleja la interacción entre los procesos asistenciales y administrativos que tienen como función principal la satisfacción de los usuarios y su seguridad”	-Asistencia biológica - Asistencia Social -Asistencia Mental	Objetivos de la institución	“En Centros Especializados de San Vicente Fundación es fundamental brindar atención con un enfoque holístico que comprende las siguientes tres dimensiones: Biológico: atención integral. Brindar información y capacitación oportuna al paciente, su familia o la persona que hace las veces de cuidador, para generar pautas que conduzcan al auto-cuidado e incorporen prácticas para el

			<p>mantenimiento de su vida, salud y bienestar.</p> <p>Social: se realiza el proceso de atención a los pacientes acorde a sus necesidades sociales, posibilitando la incorporación a su medio familiar y social con la mayor funcionalidad posible.</p> <p>Mental: Se brinda atención a los pacientes con alteraciones mentales y a las personas que durante su proceso de atención en la Institución desarrollan respuestas o comportamientos que puedan afectar esta dimensión” (San Vicente Fundación). (Sin fecha).</p>
		Organización del plan de intervención	La duración del plan de intervención es aproximadamente de 1 año, siendo este un tratamiento ambulatorio.
Cognitivo-conductual	-Cognitivo-conductual	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	<p>Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguiente según su desarrollo histórico en un marco moderno y uno post-moderno:</p> <p>MODERNOS</p> <p>Psicodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). <p>Cognitivo-Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación.

			<p>Humanista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls) -- Transaccional (Berne) <p>POST-MODERNOS</p> <p>Construccionista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin) -- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) -- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán) <p>Constructivista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) -- Psicología de los constructos personales (Kelly) -- Mindfulness (Linehan, Teasdale) <p>Arias, et. Al. (2010, p.146).</p>
<p>“Consulta individual Clínicas grupales Dialogo interdisciplinario”.</p>	<p>-Consulta individual -Clínicas grupales</p>	<p>El papel del psicólogo dentro de la institución</p>	<p>Palmares y Villanueva. (2010). en cuanto a la definición del rol terapéutico dentro del trabajo de un psicólogo que se encuentra vinculado al tema de la atención de adicciones a las drogas estos dicen que dicho rol tiene que ver con “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente” aclarando que desde la perspectiva psicológica, es más educado el apelativo de tratamiento psicológico, cuya definición es “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un</p>

			especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas” (Arias, et. Al. 2010, p. 144).
----- ⁶	-----	Objetivos de la intervención psicológica	-----
-----	-----	Aportes de la psicología	-----

⁶ La línea discontinua significa que no se pudo obtener información por medio electrónico o de un actor social

<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica</p>	<p>-----</p>
--------------	--------------	--	--------------

INSTITUCIÓN o CAD N° 6

EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
<p>“clínica psiquiátrica que bajo un modelo Bio-psico-social, genero una comunidad residencial para la atención de las adicciones”</p>	<p>Modelo mixto de comunidad Terapéutica con énfasis Bio-Psico-Social , residencial</p>	<p>Tipo de Modelo</p>	<p>“El Centro de Intervención en Drogodependencias, bajo un modelo biopsicosocial, multidisciplinario integral, alrededor de la psiquiatría, ofrece un tratamiento a los problemas de adicción y su comorbilidad. Contando con la posibilidad de internación del paciente en la comunidad residencial” Clínica Samein, (2011).</p> <p>“El modelo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos engloba una gran variedad de programas heterogéneos en cuanto a origen y fundamentos, objetivos y métodos de intervención. Actualmente existe una variedad considerable de modelos de intervención que se autodenominan en ocasiones “comunidades terapéuticas”; algunas de las cuales se basan en ideologías seudo -científicas o religiosas. El marco teórico global de comunidad terapéutica tiene un referente en un modelo Americano, (más estructurado y normativo, con bases teóricas próximas a la modificación de conducta y al movimiento de autoayuda) y un referente Europeo (basado en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (Llorente, 1999, p. 329-330).</p> <p>Además debido a las características particulares de este modelo mixto de trabajo de CT con énfasis biopsicosocial citamos a Hermida et al. (2007), en su escrito cuando dice: Este modelo entiende el fenómeno de la adicción a SPA, como una conducta o hábito relacionado con factores biológicos, psicológicos y sociales. Es según este modelo, que la conducta caracterizada por la adicción no es una condición</p>

			crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de los aspectos constitutivos de la persona, como lo son el quehacer económico, familiar, político, laboral, mental, orgánico, social, que en un espacio de tiempo determinado se asocian para generar un fenómeno, susceptible de ser observado” (p. 2).
“Los procesos involucran, activamente, a las familias”	-Beneficios para el usuario. -Beneficios para la familia. - Rehabilitación.	Justificación del modelo de trabajo	Los servicios prestados por la institución son: “altamente especializados en psiquiatría, mediante el excelente desempeño de su talento humano y el uso adecuado de todos sus recursos, incorporando el desarrollo científico para satisfacer las necesidades de los usuarios y sus familias, promoviendo un retorno digno a la vida social (Clínica Samein, 2011 Nuestra clínica, Párr.1).
“Disminuir el sufrimiento y evitar las secuelas que genera la enfermedad. El objetivo final del programa es que el paciente esté libre de drogas de abuso”.	-Disminución de daños -Rehabilitación	Objetivos de la institución	“Los procesos involucran, activamente, a las familias para potencializar sus fortalezas como coterapeutas con el propósito de alcanzar una rehabilitación integral. El objetivo final del programa es que el paciente esté libre de drogas de abuso” (Clínica Samein, 2011. Modalidades de Intervención, Párr. 3-4).
“La institución realiza sus procesos de atención a través de 3 etapas”	-Evaluación -Intervención -Seguimiento	Organización del plan de intervención	Es la primera etapa de la atención se realiza una evaluación integral del paciente y la familia acompañada de talleres socioeducativos que ayudan a fomentar la conciencia de la problemática de las drogas en las familias y los pacientes. En la segunda etapa, se ofrece un programa residencial que puede variar entre 1 y 6 meses, dependiendo de las

			necesidades particulares o problemática del paciente, seguido de una última etapa de seguimiento con una duración de 1 año con grupos de apoyo y consulta individual con psiquiatra, psicólogo y terapeuta de familia. Plan de desprendimiento gradual, con seguimiento de las metas del proyecto de vida y refuerzo de técnicas de prevención de recaídas (Clínica Samein, 2011. Etapas, Párr. 1-10).
“el Centro tiene un esquema general conductual de las dificultades de conducta y se individualiza cada caso para estudio y manejo”	-Conductual	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	<p>Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguiente según su desarrollo histórico en un marco moderno y uno post-moderno:</p> <p>MODERNOS</p> <p>Psicodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). <p>Cognitivo-Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohleberg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación. <p>Humanista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls)

			<p>-- Transaccional (Berne) POST-MODERNOS Construccionista -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin) -- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) -- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán) Constructivista -- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) -- Psicología de los constructos personales (Kelly) -- Mindfulness (Linehan, Teasdale)</p> <p>Arias, et. Al. (2010, p.146).</p>
<p>Consulta clínica individual y trabajo grupal.</p>	<p>-Consulta -Trabajo grupal.</p>	<p>El papel del psicólogo dentro de la institución</p>	<p>Palmares y Villanueva. (2010). en cuanto a la definición del rol terapéutico dentro del trabajo de un psicólogo que se encuentra vinculado al tema de la atención de adicciones a las drogas estos dicen que dicho rol tiene que ver con “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente” aclarando que desde la perspectiva psicológica, es más educado el apelativo de tratamiento psicológico, cuya definición es “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas” (Arias, et. Al. 2010, p. 144).</p>

<p>“Para cada caso el programa de adicciones realiza las siguientes actividades”</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Atención del paciente -Evaluación -Información -Apoyo -Manejo de la comorbilidad asociada -Seguimiento 	<p>Objetivos de la intervención psicológica</p>	<p>Partiendo de la definición de psicoterapia aportada por la Organización Mundial De La Salud (2001), que plantea esta como “un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales”. Además, Arias, et. Al. (2010). Comenta que el psicólogo tiene como objetivo “escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema” (p. 145).</p>
<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>Aportes de la psicología</p>	<p>-----</p>

<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica</p>	<p>-----</p>
--------------	--------------	--	--------------

INSTITUCIÓN o CAD N° 7

EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
<p>“el proceso de atención a la farmacodependencia es realizado a partir de una intervención interdisciplinaria”</p>	<p>Modelo Bio-Psico-Social, residencial y ambulatorio</p>	<p>Tipo de Modelo</p>	<p>“La E.S.E Carisma es una empresa social del estado del orden departamental especializada en el tratamiento de pacientes con adicción a sustancias psicoactivas con o sin psicopatología asociada (patología mental), inscrita dentro de la red de atención a las conductas adictivas y como una institución de segundo nivel de complejidad.</p> <p>En la ESE CARISMA, el proceso de atención a la farmacodependencia es realizado a partir de una intervención interdisciplinaria, la cual tiene su origen en una concepción biopsicosocial del individuo y en la complejidad del fenómeno de la farmacodependencia, que requiere de múltiples ópticas para su mejor tratamiento. El equipo terapéutico es integrado por múltiples disciplinas del área de la salud y del área social, como son: psiquiatría, especialistas en farmacodependencia, toxicología, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, enfermería y operadores calificados” (Carisma, 2011).</p> <p>Hermida et al. (2007), en su escrito dice: Este modelo entiende el fenómeno de la adicción a SPA, como una conducta o hábito relacionado con factores biológicos, psicológicos y sociales. Es según este modelo, que la conducta caracterizada por la adicción no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de los aspectos constitutivos de la persona, como lo son el quehacer económico, familiar, político, laboral, mental, orgánico, social, que en un espacio de tiempo determinado se</p>

			asocian para generar un fenómeno, susceptible de ser observado (P. 2).
<p>“Hoy, la E.S.E. Carisma se dedica a la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de la enfermedad mental, la prevención del consumo de drogas, el tratamiento especializado y la rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, convirtiéndose en institución líder en la prestación de servicios en este campo y en centro de investigación, capacitación y adiestramiento para el personal del sector salud”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitación -Promoción -Prevención -Investigación -Capacitación 	<p>Justificación del modelo de trabajo</p>	<p>Carisma, Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental de Antioquia, nace mediante ordenanza de la Asamblea Departamental de Antioquia, número 43 del 16 de diciembre de 1994, como producto de la transformación del objeto social de la Granja Taller para Enfermos Mentales Crónicos y recoge desde esa fecha el servicio de farmacodependencia, que desde 1973 se venía prestando en el Hospital Mental de Antioquia. (Carisma, 2011. Historia, Párr. 1)</p>
<p>“Partiendo de las expectativas del paciente, se realiza un plan de tratamiento orientado a cumplir con sus objetivos y a fortalecer sus motivaciones, de la mano de las propuestas hechas por la institución”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución del daño -Abstinencia -Tratamiento de factores comorbidos -Potenciar la funcionalidad 	<p>Objetivos de la institución</p>	<p>“Los objetivos fundamentales del tratamiento son los planteados por el usuario en su demanda inicial. Estos son complementados o modificados por el paciente, durante el proceso, mediante el conocimiento sobre la enfermedad adictiva y del autoconocimiento, por medio de la educación la primera parte y por medio de la sicoterapia la segunda. Por esto partiendo de las expectativas del paciente, se realiza un plan de tratamiento orientado a cumplir con sus objetivos y a fortalecer sus motivaciones.</p> <p>Desde la institución igualmente se proponen estos objetivos los cuales se discuten con el paciente:</p> <p>Disminución del sufrimiento subjetivo del individuo con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas.</p>

			<p>Abstinencia de las sustancias psicoactivas más problemáticas, como objetivo ideal.</p> <p>Tratamiento de patología física y psiquiátrica asociada.</p> <p>Disminución en la disfuncionalidad psicosocial de los usuarios.</p> <p>Reinserción socio familiar.</p> <p>Aprendizaje de la prevención de recaídas.</p> <p>Mantenimiento de la mejoría obtenida” (Carisma, 2011. Modelo de tratamiento, Párr. 4-7).</p>
<p>“Programas de atención interdisciplinaria para personas con diagnóstico de adicción a las drogas con o sin enfermedad mental. Fases:”</p>	<p>-Desintoxicación</p> <p>-Estabilización</p> <p>-Deshabitación</p> <p>-Hospital día</p> <p>-Programa ambulatorio</p> <p>-Programa mantenimiento</p> <p>-Seguimiento</p>	<p>Organización del plan de intervención</p>	<p>El proceso de rehabilitación se encuentra estructurado como una unidad de tratamiento desde el eje residencial hasta el eje ambulatorio a través de sus fases:</p> <p>Fase de desintoxicación y estabilización: Al alejarse de la sustancia, el paciente presenta desestabilización física y psicológica originada por la abstinencia. Por tal razón, en esta fase, muy especialmente, se realiza seguimiento de las variables fisiológicas para promover su estabilización. La duración de este periodo es variable según la sustancia pero, globalmente, se considera de 10 días.</p> <p>Fase de deshabitación: El paciente en internamiento modifica sus hábitos disfuncionales. Realiza actividades terapéuticas, lúdicas y formativas que permiten la recuperación de hábitos y actitudes de vida saludables, en un agradable ambiente campestre. Su duración es de 25 días.</p> <p>HOSPITAL DÍA:</p> <p>Dirigido a usuarios que han finalizado el tratamiento hospitalario o para usuarios que no han recibido tratamiento y su grado de funcionalidad social (red de apoyo evidente) les permite estar en esta modalidad. El usuario asiste de lunes a viernes y participa en actividades terapéuticas previamente programadas, a la vez, interactúa con su medio familiar</p>

			<p>permitiendo así la generación de una adecuada relación del usuario con su familia y su medio social.</p> <p>PROGRAMA AMBULATORIO: Dirigido específicamente a jóvenes escolarizados usuarios y abusadores de drogas. Su objetivo es lograr que los usuarios abandonen el consumo de drogas sin suspender sus actividades escolares. Asisten al programa en la jornada alterna a la escolar previos acuerdos con la institución educativa. Este programa se realiza de lunes a viernes.</p> <p>PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA: Brinda acompañamiento a aquellos usuarios con dependencia a la heroína que han recibido tratamiento en la institución.</p> <p>FASE DE SEGUIMIENTO: La institución realiza seguimiento a los usuarios que terminaron las fases de tratamiento hospitalario o ambulatorio. Ayuda a que el paciente continúe reforzando su habilidad para solucionar problemas y prevenir las recaídas. Se realiza a partir de consultas individuales programadas luego del egreso, cuya frecuencia se ajusta considerando la severidad del trastorno, la motivación, la patología asociada y la factibilidad del paciente para asistir a las consultas. También se realizan grupos de apoyo semanalmente y se hace seguimiento telefónico durante un año (cada 3 meses) de los pacientes, para evaluar cómo está su situación frente a las drogas y como va su reinserción socio familiar.</p>
Cognitivo- conductual	-Cognitivo- conductual	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguiente según su desarrollo histórico en un marco

			<p>moderno y uno post-moderno: MODERNOS Psicodinámico -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). Cognitivo-Conductual -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohlemborg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación. Humanista -- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls) -- Transaccional (Berne) POST-MODERNOS Construccionista -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin) -- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) -- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán) Constructivista -- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) -- Psicología de los constructos personales (Kelly) -- Mindfulness (Linehan, Teasdale)</p> <p>Arias, et. Al. (2010, p.146)</p>
--	--	--	---

-----	-----	El papel del psicólogo dentro de la institución	-----
-----	-----	Objetivos de la intervención psicológica	-----
-----	-----	Aportes de la psicología	-----

-----	-----	Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica	-----

INSTITUCIÓN o CAD N° 8

EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
<p>“Enfoque Bio-psico-social por medio de un proceso terapéutico-reeducativo que posibilita a la persona el reconocimiento de la condición humana desde las relaciones éticas consigo mismo, con los demás y con el trascendente. Fue fundada por la comunidad de religiosos Terciarios Capuchinos, tiene 20 años de funcionamiento, nació el 10 de noviembre de 1986. La primera sede fue en las instalaciones de la Fundación Universitaria, allí estuvieron 5 años y luego se pasaron para una segunda sede en San Cristóbal”. (Convivencial Luís Amigó, sin fecha)</p>	<p>Modelo Amigoniano mixto de Comunidad Terapéutica con enfoque Bio-Psico-Social, residencial</p>	<p>Tipo de Modelo</p>	<p>“Vemos como en la actualidad (Abeijón y Pantoja, 2002), citando a (Guimón, 2002) describen el estado actual de éste movimiento como una alternativa interactuante con otras modalidades de atención no solo en farmacodependencias sino en otras facetas de atención clínica a situaciones de orden mental o colateral al uso de sustancias psicoactivas. Es así como ésta modalidad dado su efecto terapéutico se ha llevado a otras diversidades de modalidades como clínicas de reposo, grupos de autoayuda, unidades de corta estancia.</p> <p>Esta noción de la comunidad terapéutica incluye ciertas características diferenciales en el contexto de la psiquiatría: Visión holística del hospital, actitud permisiva, incremento de la participación de los pacientes, ampliación de la base de la terapia y rehabilitación” (Ortega, 2006, p.2-4).</p> <p>Dentro del presente modelo mixto “el sistema de intervención define las líneas de actuación de la Comunidad Terapéutica, mediante un modelo educativo propio. Sus campos de intervención se enmarcan dentro de los ejes de formación Personal y Social. Cada eje comprende varios componentes que orientan el proceso terapéutico- reeducativo y contribuyen a lograr los objetivos propuestos, con nueve talleres de formación:</p> <p>EJE PERSONAL</p>

			<ul style="list-style-type: none"> -Espiritual -Sexual -Orgánico -Cognitivo -Emocional <p>EJE SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Familiar -Recreativo -Laboral -Comunitario” <p>(Convivencial Luís Amigó, sin fecha)</p>
<p>“El modelo amigoniano, busca condiciones para que el usuario y su familia encuentren respuestas y mejoren sus posibilidades de desarrollo personal y social, a partir de la reestructuración del proyecto de vida”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Beneficios para el usuario -Beneficios para la familia -Beneficios sociales -Proyecto de vida 	<p>Justificación del modelo de trabajo</p>	<p>“El modelo amigoniano ofrece servicios terapéutico-reeducativos a personas con adicciones y dependencias que ocasionan conflictos personales, familiares y sociales; acompañando la revisión y construcción de sus proyectos de vida” (Convivencial Luís Amigó, sin fecha).</p>
<p>“Lograr procesos de individuación y socialización en la persona, fortaleciendo el tejido familiar e impulsando el desarrollo Bio-psico-social”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Reeducar -Potenciar el desarrollo Bio-psico-social -Manejo de conflictos -Socialización -Proyecto de vida 	<p>Objetivos de la institución</p>	<p>“Desarrollar con eficiencia y eficacia procesos terapéutico reeducativos, para generar en los usuarios nuevos proyectos de vida.</p> <p>Atender los problemas referidos a las adicciones y dependencias, a partir del modelo terapéutico amigoniano, favoreciendo el desarrollo Bio-psico-social.</p>

			<p>Ofrecer a las familias y a los afectados, tratamientos que posibiliten el manejo de los conflictos generados por adicciones y dependencias en diferentes ámbitos.</p> <p>Acompañar los procesos de revisión y redefinición de los proyectos de vida para la individuación y socialización de las personas” (Convivencial Luís Amigó, sin fecha).</p>
“Fases o etapas de desarrollo de la intervención”	Acogida Comunidad Reinserción Graduación	Organización del plan de intervención	<p>Etapas distribuidas en 9 meses de tratamiento.</p> <p>Acogida (entrevista, proceso de desintoxicación, identificación de problemas, se abren las historias: la médica, psicológica, trabajo social.</p> <p>Comunidad- Segunda etapa (tratamiento en cada área).</p> <p>Reinserción- Tercera etapa (grupos de apoyo los lunes y trabajo familiar).</p> <p>Graduación.</p>
<p>“Se tienen en cuenta dos corrientes psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conductual (normas) - La humanista (valores)”. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conductual -Humanista 	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	<p>Dentro de las posibilidades existentes en la psicología y sus distintas corrientes o enfoques, los cuales posibilitan una lectura de los contextos y la búsqueda de soluciones a las problemáticas relacionadas con las adicciones, podemos hallar las siguiente según su desarrollo histórico en un marco moderno y uno post-moderno:</p> <p>MODERNOS</p> <p>Psicodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Psicoanálisis (Freud) -- Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg). <p>Cognitivo-Conductual</p>

			<ul style="list-style-type: none"> -- Conductismo (Watson, Skinner) -- Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) -- Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg) -- Terapia cognitiva (Beck) -- Terapia racional – emotiva (Ellis) -- Terapia conductual y biorretroalimentación. <p>Humanista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia centrada en el cliente (Rogers) -- Logoterapia (Frankl) -- Terapia gestáltica (Perls) -- Transaccional (Berne) <p>POST-MODERNOS</p> <p>Construccionista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia sistémica- estructural (Minuchin) -- Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) -- Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán) <p>Constructivista</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) -- Psicología de los constructos personales (Kelly) -- Mindfulness (Linehan, Teasdale) <p>Arias, et. Al. (2010, p.146).</p>
<p>Evaluación,-Consulta-Terapia individual-Terapia grupal -Talleres</p>	<p>-Evaluación -Consulta -Terapia individual -Terapia grupal</p>	<p>El papel del psicólogo dentro de la institución</p>	<p>Palmares y Villanueva. (2010). en cuanto a la definición del rol terapéutico dentro del trabajo de un psicólogo que se encuentra vinculado al tema de la atención de adicciones a las drogas estos dicen que dicho rol tiene que ver con “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una</p>

		-Talleres		relación profesional con un paciente” aclarando que desde la perspectiva psicológica, es más educado el apelativo de tratamiento psicológico, cuya definición es “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas”. (Arias, et. Al. 2010, p. 144).
Individuación, Investigación	Socialización, -	-Individuación -Socialización -Investigación	Objetivos de la intervención psicológica	Partiendo de la definición de psicoterapia aportada por la Organización Mundial De La Salud (2001), que plantea esta como “un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales”. Además, Arias, et. Al. (2010). Comenta que el psicólogo tiene como objetivo “escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema” (p. 145).

<p>Desarrollo individual -Desarrollo social</p>	<p>-Desarrollo individual -Desarrollo social</p>	<p>Aportes de la psicología</p>	<p>Jaramillo, (2010). “La investigación acerca de la toxicomanía se ha descubierto, se nos muestra que los tratamientos efectivos en el mundo, tanto residenciales como ambulatorios e incluso en la prevención, es un conjunto de sinergias las que producen la rehabilitación de un adicto o que un programa preventivo sea exitoso, no es solo una intervención o estrategia la que produce el cambio, es un proceso con un conjunto de intervenciones planificadas y transdisciplinarias las que transforman realidades complejas como la toxicomanía de manera individual y colectiva” (p.4).</p> <p>Jaramillo, (2010). “No se trata entonces únicamente de: desintoxicar, tratar el doble diagnóstico, trabajar las conductas problema, intervenir la familia, analizar los determinantes inconscientes, trabajar el vacío existencial, o las problemáticas objétales, todo esto se debe tratar en simultaneo y de manera sinérgica para producir una transformación subjetiva y en el contexto donde se incorporara el ex-adicto” (p.5).</p>
<p>Reestructuración del proyecto de vida. -Toma de conciencia -Desarrollo personal -Desarrollo social</p>	<p>Reestructuración del proyecto de vida. -Toma de conciencia -Desarrollo personal -Desarrollo social</p>	<p>Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica</p>	<p>Teniendo en cuenta lo planteado por Arias, et. Al. (2010). “Un aspecto importante, desde la perspectiva clínica, es cómo los psicólogos clínicos ven el proceso terapéutico en relación a su trabajo cotidiano, a la aplicación de las distintas técnicas de tratamiento psicológico en sus pacientes y el resultado que obtienen con las mismas y de cómo, en unos casos mejoran de modo inesperado y, en otros, recaen cuando no se preveía que eso ocurriese” (p.147).</p>

INSTITUCIÓN o CAD N° 9			
EMERGENTE	CATEGORÍA EMERGENTE	CATEGORÍA TEÓRICA	MEMO ANALÍTICO
-----	-----	Tipo de Modelo	-----
Beneficios para el usuario -Beneficios sociales -Calidad de vida	-Beneficios para el usuario -Beneficios sociales -Calidad de vida	Justificación del modelo de trabajo	“La Corporación Centro CITA – Salud Mental- es una institución creada para contribuir al mejoramiento de la salud mental de los sujetos y las comunidades, con el fin de lograr su desarrollo humano integral y el mejoramiento de su calidad de vida”. (Centro Cita, 2011. Párr. 3)
- Prevención - Rehabilitación - Reinserción	- Prevención - Rehabilitación - Reinserción	Objetivos de la institución	“ofrecer programas de promoción de la salud mental y prevención de problemáticas psicosociales con énfasis en el consumo/abuso de sustancias psicoactivas, ludopatía y otras adicciones en los ámbitos laboral, educativo y comunitario”. (Centro Cita, 2011. Párr. 1)
-----	-----	Organización del plan de intervención	-----
- cognitivo-conductual - humanista	- cognitivo-conductual - humanista	Modelos psicológicos existentes dentro de la institución	

-----	-----	El papel del psicólogo dentro de la institución	-----
-----	-----	Objetivos de la intervención psicológica	-----
-----	-----	Aportes de la psicología	-----
-----	-----	Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica	-----

Nota: la información registrada en la anterior tabla categorial no se encuentra completa debido a que el Centro de Atención en Drogodependencias, CAD, no suministro dicha información por medio de fuentes primarias de recolección y la hallada por medio de fuentes secundarias no contenía los suficiente datos para completar los requerimientos del dispositivo categorial.

MAPA CATEGORIAL

CATEGORÍA TEÓRICA

CATEGORÍA EMERGENTE

SUBCATEGORÍA

Tipo de Modelo

- Minnesota¹
- Comunidad Terapéutica^{2,4,6,8}
- Reducción del Daño³
- Bio-Psico-Social^{5,6,7,8}
- Mixto^{6,8}
- No responde⁹

Justificación del modelo de trabajo

Beneficios para el usuario^{1,2,4,6,8,9}

Beneficios para la familia^{1,4,6,8}

Beneficios sociales^{8,9}

Corta duración¹

Calidad de vida^{5,9}

Capacitación⁷

Dx interdisciplinar³

Disminución del daño⁵

Investigación^{3,7}

Necesidad³

Lectura de contextos³

Proyecto de vida⁸

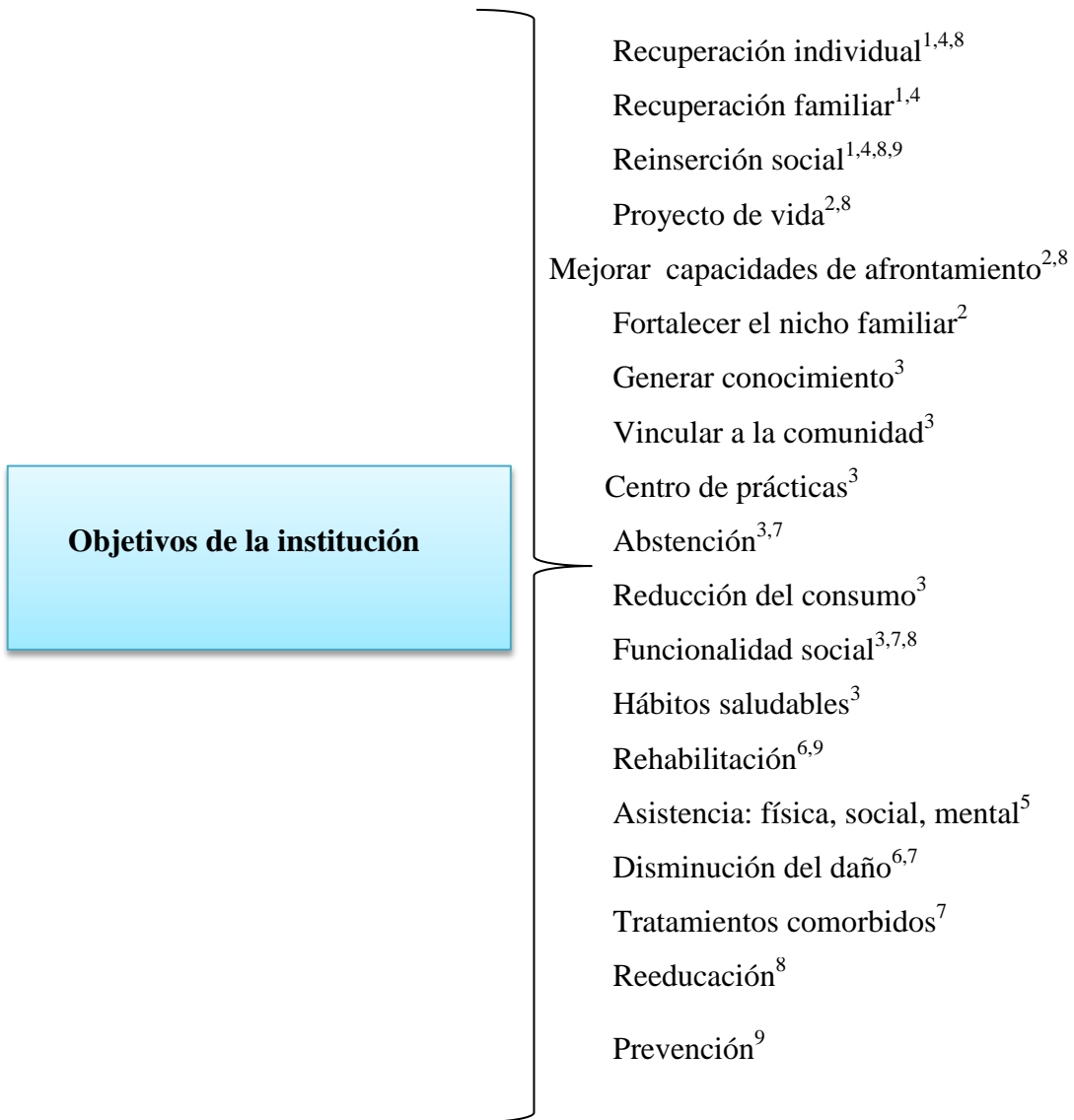
Promoción⁷

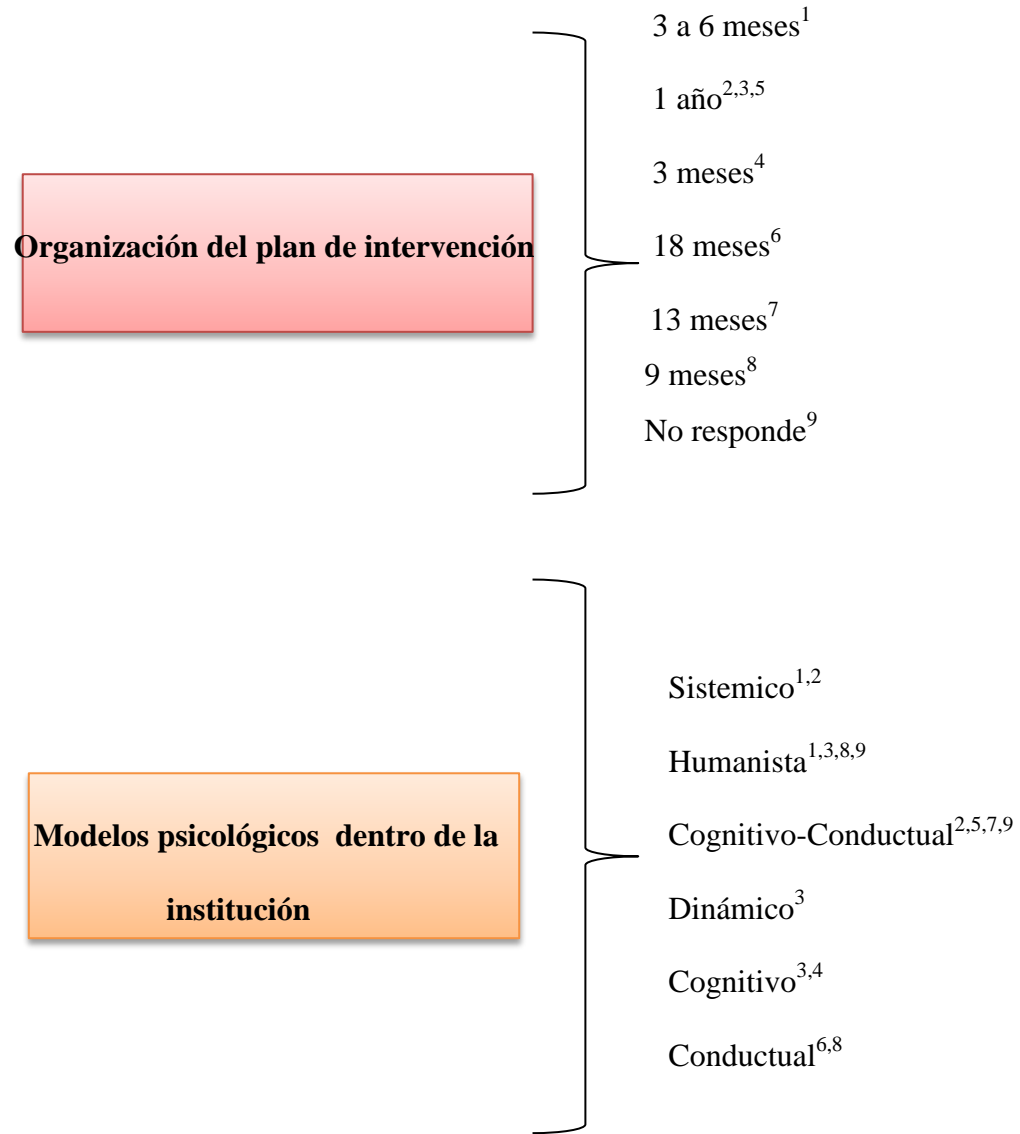
Prevención⁷

Reestructuración emocional²

Resiliencia²

Rehabilitación^{4,6,7}





El papel del psicólogo en la institución

Talleres⁸

Psicoeducación¹

Evaluación^{1,2,3,8}

Consulta^{1,2,5,6,8,3,4}

Terapia familiar^{1,4}

Staff¹

Lectura de contextos^{2,3}

Escucha³

Acompañamiento³

Dx³

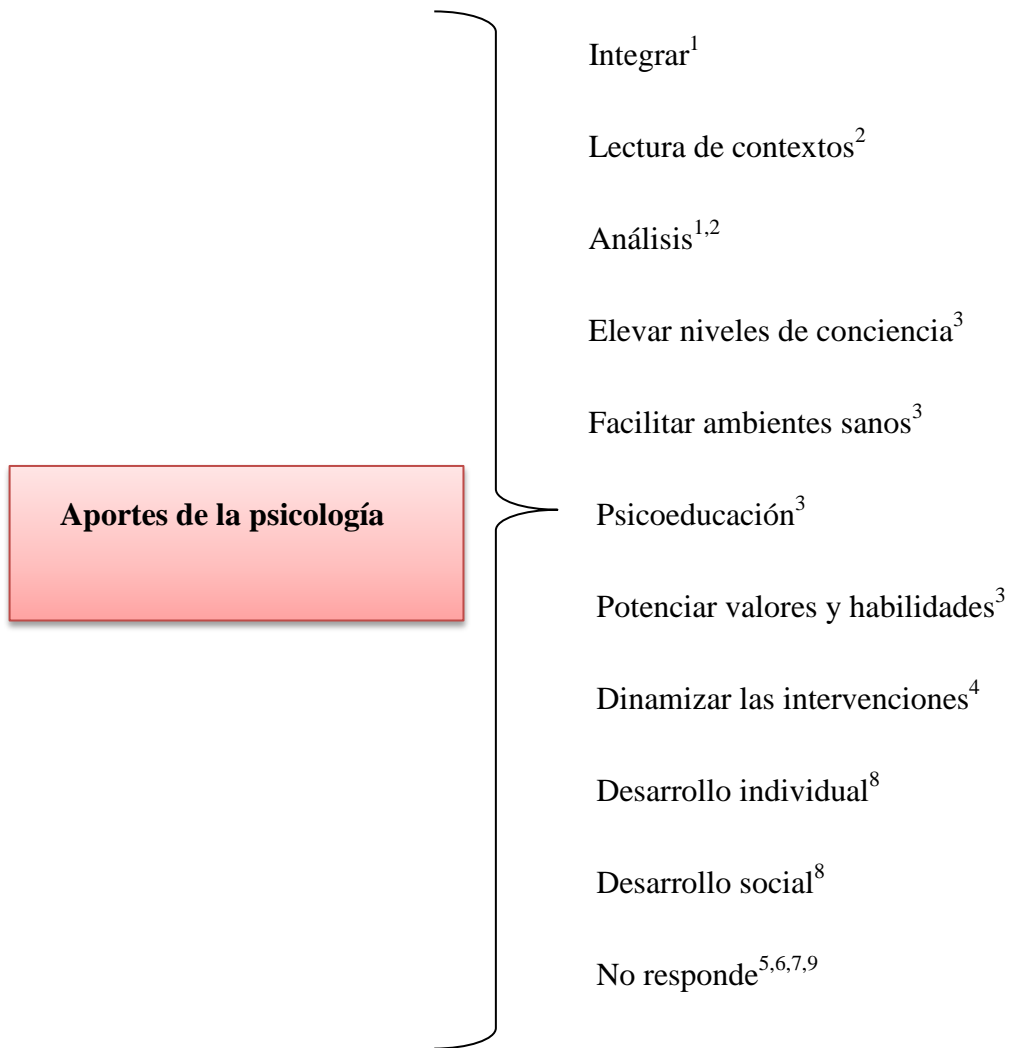
Intervención grupal^{4,5,6,8}

Promoción⁴

No responde^{7,9}

**Objetivos de la intervención
psicológica**

Intervención del paciente¹
Promoción de nuevos hábitos¹
Crear esperanza¹
Reestructuración Cog.-Cond.²
Generar Inteligencia Emocional²
Aumento de resiliencia²
Acogida³
Evaluación^{3,6}
Identificación riesgos protección³
Prevención de recaídas³
Dx interdisciplinario³
Asesoría^{3,6}
Gestión de tratamiento⁴
Dirección de intervención⁴
Apoyo a grupos^{4,6}
Terapia Familiar⁴
Manejo comorbilidad⁶
Seguimiento⁶
Individuación⁸
Socialización⁸
Investigación⁸ / No responde^{5,7,9}



Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica

Integración familiar¹

Procesos integrales^{2,4}

Conocimiento personal²

Equilibrio emocional²

Satisfacción en la atención³

Recuperación⁴

Proyecto de vida⁸

Toma de conciencia⁸

Desarrollo personal⁸

Desarrollo social⁸

No responde^{5,6,7,9}

11.3 HALLAZGOS

En cuanto el análisis, conceptualización y descripción de la información realizada en los cuadros y mapa categorial anteriores, se realizó la cuantificación de los aportes del universo poblacional estudiado, como una forma de identificar la recurrencia en las respuestas frente a las categorías examinadas.

Dentro del universo poblacional se tiene en cuenta que este consta de las nueve instituciones avaladas por la Seccional de Salud de Antioquia, que prestan servicios de atención o tratamiento para las adicciones producto del consumo de SPAS en el Valle de Aburra y son representadas como el 100% de la totalidad de la muestra, en la que cada una de las instituciones representa el 11.1% del total de la muestra general. Cada categoría conceptualizada a través del mapa categorial fue estudiada a partir de la recurrencia obtenida desde los emergentes establecidos, siendo preciso aclarar que una sola institución participante puede responder a diferentes categorías emergentes, por tanto cada análisis no se circunscribe cuantificablemente por el 100% en la sumatoria.

11.3.1 Categorial: Tipo de modelo.

Del 100% de las instituciones que atienden o manejan tratamientos para las adicciones a SPAS en el Valle de Aburra, el 44.4% de ellas se sustentan en el modelo de Comunidad Terapéutica, otro 44.4% se apoyan en el modelo de atención Bio-Psico-Social. Por otra parte hay un 22.2% que trabajan con un modelo mixto de comunidad terapéutica con un énfasis o enfoque en la atención Bio-Psico-Social. Existe un 11.1% que funciona a partir de un modelo de Reducción del Daño y otro 11.1% con el modelo de Minnesota. Por último se encuentra un 11.1% de la población que no brindó la información.

Para el anterior análisis es de rescatar la gran cantidad de propuestas individuales y mixtas que son ofrecidas por las instituciones buscando atender al usuario bajo propuestas de integralidad que permitan la lectura interdisciplinar de cada caso en particular sugiriendo la posibilidad de atender no solo las necesidades individuales, sino, también el contexto del paciente. Además la presencia de modelos de reducción y de aquellos basados en las propuestas de Alcohólicos Anónimos, presentan una nueva perspectiva acerca del entendimiento del fenómeno del consumo y sus posibles formas de intervención aunque en una baja medida según los resultados hallados en esta investigación.

11.3.2 Categorical: Justificación del modelo de trabajo

Dentro de la justificación del trabajo desarrollado por las instituciones prestadoras del servicio de tratamiento para las adicciones a SPA'S del Valle de Aburra, las mayores representaciones de entre la totalidad del universo poblacional se reflejó en los beneficios de las intervenciones para el usuario con el 66.6%, así como los beneficios de los mismos para las familias de los usuarios con un 44.4%. Siguiendo por la misma línea un 33.3% se justificó a través de los resultados en la rehabilitación. Existe un 22.2% de instituciones que se justifican a partir de su participación en lo investigativo, el mejoramiento de la calidad de vida y los beneficios sociales que se logran a partir de sus intervenciones. Otras instituciones, la representadas en un 11.1%, expresan su justificación a partir de la atención que prestan en cuanto la reestructuración emocional, la resiliencia, las necesidades sociales, la posibilidad de leer los contextos, el diagnosticar a partir de un análisis interdisciplinar, la disminución de los daños, las

labores de promoción y prevención, las capacitaciones que ofrecen y la estructuración de proyectos de vida.

En cuanto a la forma de justificación del trabajo emprendido por las instituciones se encuentra que estas se ciñen a los beneficios que se obtienen a través de sus respectivas intervenciones reafirmando el tratamiento terapéutico como un gran insumo para la recuperación no sólo del individuo si no de su contexto familiar. Además se presenta que al justificar su trabajo expresan gran interés por la configuración biológica, emocional y social del individuo a lo cual refieren a través de la posibilidad de generar proyectos de vida que se adapten al medio, laboral, educativo y por supuesto familiar.

11.3.3 Categorical: Objetivos de la institución

Los objetivos planteados por las instituciones se presentan de la siguiente manera: 44.4% reinserción social, 33.3% recuperación individual y funcionalidad social, 22.2% recuperación familiar, 22.2% mejoramiento de las capacidades de afrontamiento, 22.2% la abstinencia, 22.2% la rehabilitación, 22.2% la disminución del daño, 22.2% generar proyectos de vida, 11.1% fortalecimiento familiar, 11.1% generar conocimiento, 11.1% vincular a la comunidad, 11.1% generar espacios de práctica profesional, 11.1% reducción del consumo, 11.1% crear hábitos de vida saludables, 11.1% asistencia física, mental y social, 11.1% tratamiento de factores comorbidos, 11.1% reeducación y 11.1% prevención.

En cuanto a los objetivos o metas del trabajo realizado por las instituciones, la gama de respuestas proporcionadas por las mismas da cuenta del contexto bajo el cual se

encuentra la atención del fenómeno de las adicciones asociadas al consumo de las SPAS, lo cual remite a la normatividad sanitaria propuesta por el gobierno nacional y en cuyos objetivos se encuentra que la reinserción de los individuos a la sociedad a través de tratamientos que recuperen su funcionalidad física, mental y social, dando cuenta de la posibilidad de reducir de los efectos asociados al consumo de SPA.

11.3.4 Categorical: Organización del plan de intervención

Variabilidad del tiempo de los procesos de intervención en las instituciones prestadoras del servicio de tratamiento de las adicciones a SPAS: 33.3% 1 año, 11.1% 18 meses, 11.1% 13 meses, 11.1% 9 meses, 11.1% 3 a 6 meses, 11.1% 3 meses y 11.1% no respondió.

En cuanto a la organización y el tiempo de los procesos que proponen las instituciones que atienden las adicciones a SPAS, teniendo en cuenta que algunas proporcionan asistencia según un modelo de trabajo determinado y un eje ambulatorio o residencial siguiendo la disposición de los Lineamientos del Ministerio de Protección Social, quien proporciona las guías de control de calidad y procesos estos se sitúan entre los 3 meses como mínimo y 1 año y medio como máximo, en los cuales se presenta a nivel general un proceso de: 1. Ingreso, 2. Evaluación, 3. Tratamiento y 4. Seguimiento.

11.3.5 Categorical: modelos psicológicos dentro de la institución

Dentro del trabajo emprendido para la atención de las adicciones producto del consumo de SPAS de las instituciones que conforman el universo poblacional de esta investigación se hallan los siguientes modelos o corrientes de la psicología: con un

44.4% la corriente cognitivo-conductual, con el 44.4% la corriente humanista, el 22.2% maneja la corriente netamente cognitiva, seguida del 22.2% netamente conductual. Otro 22.2% maneja una corriente sistémica y un 11.1% una corriente dinámica.

En lo referente a aquellas corrientes psicológicas dentro de las instituciones que hacen parte del universo poblacional de la investigación se encontró que estas tienen predominancia en los modelos cognitivo-conductuales que proponen la reprogramación desde la cognición a la respuesta inadecuada ante el impulso del consumo, por lo cual se podría lograr ser dominada y probablemente superada dicha adicción. De igual manera se encontró que las corrientes humanistas también tienen gran presencia dentro de los tratamientos aportando en la elaboración del sentido de realidad, existencial y espiritual, ayudando a la trascendencia del ser permitiéndole generar proyectos de vida que no giren en torno al consumo de SPAS, también se encontraron modelos interpretativos netamente cognitivos y netamente conductuales.

En cuanto a otros modelos psicológicos se encontró que las corrientes dinámica y sistémica dentro de los modelos de tratamiento también realizan un aporte desde sus concepciones del sujeto de la adicción y en los cuales se plantea que este es producto de sus pulsiones y la falta de conciencia y un espacio temporal en el que se vincularon diferentes variables ambientales, físicas, mentales y emocionales para que se detonara el comportamiento adictivo como respuesta ante dichas situaciones.

11.3.6 Categorical: El papel del Psicólogo en la institución

El papel del psicólogo dentro de las instituciones que respondieron a la presente investigación formularon las siguientes actividades como parte del quehacer del experto en su función de especialista: 77.7% consulta, 44.4% evaluación, 44.4% terapia grupal, 22.2% terapia familiar, 22.2% lectura de contextos, 11.1% talleres, 11.1% psicoeducación, 11.1% staff, 11.1% escuchar, 11.1% acompañar, 11.1% diagnosticar, 11.1% promoción y 22.2% no respondió.

En lo que tiene que ver con la definición del rol de trabajo del psicólogo dentro de las instituciones que hacen parte del universo poblacional de esta investigación, dicho rol se engloba en las posibilidades que como especialista este posee para el tratamiento de los problemas de naturaleza emocional, psíquica, comportamental o mental, en el que los pacientes o usuarios se encuentran por el consumo, estableciendo estrategias de evaluación profesional. Aclarando que la perspectiva psicológica, posibilita abordar los contextos del paciente dentro de tratamiento psicológico basándose en técnicas y herramientas, adaptadas al contexto clínico particular de cada usuario.

11.3.7 Categorical: Objetivos de la intervención Psicológica

En cuanto a los objetivos que la intervención psicológica debe llevar a cabo, las instituciones prestadoras del servicio de tratamiento a la adicción a las drogas, que hacen parte de este estudio, dijeron: 11.1% intervención del paciente, 11.1% promoción de nuevos hábitos, 11.1% crear esperanza, 11.1% reestructuración cognitiva y conductual, 11.1% generar inteligencia emocional, 11.1% aumento de la resiliencia, 11.1% acogida del usuario y la familia, 22.2% evaluación, 11.1% identificar factores de riesgo y protección, 11.1%

prevención de recaídas, 11.1% dialogo interdisciplinario, 22.2 % asesoría, 11.1% gestión del tratamiento, 11.1% dirección del tratamiento, 22.2% apoyo a grupos, 11.1% terapia familiar, 11.1% manejo de la comorbilidad, 11.1% seguimiento, 11.1% individuación, 11.1% socialización, 11.1% investigación y 33.3% no respondió.

Partiendo de la información aportada por las instituciones se puede observar que las metas que se propone la psicología a través de sus intervenciones se originan en poder influir sobre el comportamiento y los patrones emocionales de reacción a los estímulos producto del consumo, a través de los medios que dispone la psicología, evaluando a través de la escucha activa y participativa, leyendo el contexto del paciente, identificando los factores de riesgo y de protección y entablando un dialogo interdisciplinario. Es decir analizando aspectos personales, sociales, familiares, etc., que son responsables del problema para así luego permitir que se produzca una rehabilitación o por lo menos la reducción de los daños.

11.3.8 Categorical: Aportes de la Psicología

En lo que tiene que ver con las apreciaciones institucionales en cuanto el aporte de la psicología al proceso de atención y tratamiento de las adicciones a las SPA'S, estas dijeron: que la psicología permite integrar conocimientos 11.1%, leer los contextos 11.1%, análisis 22.2%, elevar el nivel de conciencia 11.1%, facilitar ambientes más sanos 11.1%, psicoeducación 11.1%, potenciar valores y habilidades 11.1%, dinamizar las intervenciones 11.1%, además la psicología aporta en el desarrollo individual 11.1%, y en el desarrollo social 11.1%. No respondieron 44.4%.

Las respuestas proporcionadas por las instituciones CAD, permiten dar cuenta que la psicología es un elemento sensibilizador que sitúa a través de su objeto de estudio la posibilidad de leer los contextos desde una visión humanizadora que permite generar en las personas que se ven afectadas por el fenómeno del consumo de SPA'S, nuevas habilidades, dinamizando el entendimiento a través de ambientes sanos, la psico-educación e integrándose a otros conocimientos que desarrollen individuos más conscientes de sí mismos aportando al desarrollo social.

11.3.9 Categorical: Resultados institucionales a partir de la intervención psicológica

Las instituciones CAD, en cuanto a los resultados obtenidos a partir del trabajo psicológico reflejaron que: 11.1% la integración de las familias al tratamiento, 22.2% se forman personas más integrales, 11.1% hay crecimiento personal, 11.1% hay equilibrio emocional, 11.1% hay mayores niveles de satisfacción en la atención, 11.1% existen mayores posibilidades de recuperación, 11.1% se genera la reestructuración del proyecto de vida, 11.1% se toma conciencia, 11.1% hay desarrollo personal y en un 11.1% hay desarrollo social. 44.4% no respondió.

Desde lo planteado por los CAD, el proceso de atención y tratamiento de aquellas personas que se ven bajo la adicción de las drogas busca como resultado cumplir con grandes metas de una alta complejidad en donde la psicología posibilita la integración no sólo del paciente, sino, también de la familia, además proporciona la reconfiguración del proyecto de vida de estos sujetos, al lograr un desarrollo personal equilibrado ampliando las posibilidades de rehabilitación y funcionalidad para el desarrollo social.

12 CAPITULO IV

DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES: LA COMPLEJIDAD COMO PUNTO DE PARTIDA PARA ENTENDER LAS ADICCIONES PRODUCTO DEL CONSUMO DE SPAS Y LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN PROPUESTOS PARA SU ATENCIÓN

El plantear que desde un punto de vista complejo se pueda acercar la observación a un contexto específico, en este caso el de las adicciones a las SPAS, permite que a pesar de que esta investigación se centre en unas variables concretas no sea posible perder la perspectiva global de la situación actual del tratamiento de dichas adicciones.

Con la búsqueda de respuestas que caracteriza al ser humano frente a su comportamiento y pensamiento, uno de los planteamientos que al rastrear la información para tener una idea del fenómeno de las adicciones se ha encontrado con la necesidad de acercarse primero a un entendimiento de la red de relaciones que conjugadas hacen del llamado fenómeno de las adicciones a las drogas, lícitas o ilícitas, sea un problema de salud pública, de “naturaleza” social.

Las maneras como se percibieron las distintas formas de atender el llamado problema de las adicciones a las SPAS, a las cuales se les adjuntan un sin número de asociaciones negativas en nuestras sociedades actuales, definiéndolas desde su imposibilidad para desarrollar el 100% de las habilidades humanas , tanto físicas como mentales, así como por los efectos nocivos que dentro del sistema social existente a creado, haciendo contraste entre las posturas simplistas y extremas que surgen de las asociaciones particulares hechas normalmente por el hombre, bueno-malo, salud-enfermedad, normal-.anormal, legal-ilegal,

ha llevado a que dentro las soluciones que surgen para atender esos efectos indeseados, sean las relaciones que se establecen de fondo y que dan como producto el consumo de las SPAS y las relaciones que este lleva consigo, el llamado “problema”, sean el foco de interés que deban sustentar los tratamientos de cada individuo en particular que se vea vinculado a este tema, es así como se ha encontrado el concepto de integralidad, lo cual abre la posibilidad de abarcar una perspectiva compleja dentro del tratamiento de este fenómeno.

El tejido de relaciones que cada persona dentro de una sociedad entabla y forma desde los núcleos sociales: familia y escuela, para llegar a originar una relación consigo mismo en la que se manifiesten comportamientos y formas de pensamiento adecuados para el sistema del cual hace parte, para confrontar las formas de concebir las realidades individuales que se puedan entablar, así como desde el punto de vista complejo presupone lograr que cada una de esas realidades sustente y mantenga el sistema existente a pesar de no ser una visión única del problema, es lo que dentro de las mismas forma sus experiencias, las cuales son un punto de partida para muchos de los modelos de atención que se denominan integrales, en los cuales se permite la posibilidad de atender algunas de las consecuencias subyacentes a las relaciones que se entablan en torno al consumo, son estas relaciones entonces el punto desde donde parte la idea de tratamiento que proponen los modelos de intervención, por lo menos, en cuanto a la idea desde la complejidad y los sistemas relacionales como una forma de entender el fenómeno del consumo de las SPAS y su atención como un problema social.

Teniendo en cuenta las observaciones realizadas, se han podido contemplar un sin número de alternativas políticas y económicas que son vistas como soluciones efectivas a

nivel cuantitativo, pues se pretende suponer que las políticas represivas y de acción contra la producción, distribución y consumo de la droga, proporcionan un margen de ganancia social, cuando en realidad se actúa sobre el campo económico que se relaciona más a los aspectos de sostenibilidad de aquellos que hacen parte del círculo del narcotráfico, pero que a nivel cualitativo dan grandes saltos dejando atrás aspectos contextuales, individuales, ideológicos, filosóficos, he incluso culturales importantes, en los cuales toda persona que se constituye a partir de las relaciones que entabla con los medios, los objetos, las ideas y los otros, ve afectado su psiquismo por el contacto constante con el fenómeno de las drogas no sólo desde las concepciones políticas, sino, precisamente desde el entorno cultural con que se relaciona.

La forma como se pretende plantear que un sistema actúa frente a unas necesidades, en este caso el atender la adicción a las SPAS, se pone de plano como una manera de atender las relaciones que hacen parte de un sujeto, un sujeto caracterizado por un contexto social complejo, el cual desde la observación común se prescribe bajo el concepto de adicto, pero, que a su vez está atravesado por la multidimensionalidad de su construcción psíquica y comportamental, ello hace que la atención requerida, se tenga que ver como un amplio campo complejizado que entraña primero, el analizar la idea de lo complejo y segundo, atender a la visión del ser como una estructura compleja.

12.1 Una Idea de Complejidad: El Paradigma Moriniano

Fácilmente, al hablar de complejidad se atiende a un necesario enfrentamiento y a la ruptura de paradigmas tradicionales en las ciencias y en la visión de la realidad, pues existe la necesidad imperiosa del ser humano de dar sentido a las experiencias que constituyen sus

sistemas de pensamiento y comportamiento, pero no se puede estar más lejos de esta idea si se conjuga en sólo una característica o cualidad funcional dentro de cualquier sociedad, cultura o sistema (sistemas simplificadores). Esta manera de organización actualmente atiende un contexto social en el cual el vacío frente al conocimiento de sí mismo y el reconocimiento de la individualidad generan que el mismo sistema del cual se hace parte, perpetúe dichos fallos recreando un malestar significativo que no es atendido fuera de los marcos ya establecidos y que por ende no halla salidas al malestar producto del consumo de las SPAS.

Gonzales, M. (1999), citando a Morín, plantea que éste rechaza el proceder sistemático simplista que se caracteriza por las siguientes actitudes: primera, el idealizar, que consiste en creer que la realidad sea reabsorbida en la idea, que sólo sea real lo inteligible⁷. Segunda, el racionalizar, que consiste en encerrar la realidad en el orden y la coherencia del sistema, esto plantea una búsqueda incansable de evitar el desbordamiento fuera del sistema dando como necesidad la justificación de la existencia de la realidad adjudicándole el título de racional. Por último, el normalizar, que consiste en eliminar, reducir o adaptar lo contradictorio.

Basado en lo planteado anteriormente y teniendo en cuenta el recorrido hasta el momento llevado a cabo, se observa que las estructuras del sistema que funcionan aquí y ahora en nuestro entorno se asientan en dichos paradigmas de pensamiento, lo cual lleva a comportamientos que dentro de las relaciones entabladas por los componentes de dicho sistema, hacen que actuar frente a los fenómenos que surgen a partir de las contradicciones o desbordamientos del mismo, los llamados problemas sociales, sean como en el caso de las

⁷ Todo aquello que es entendido a la luz del conocimiento y que ha podido ser explicado de manera científica.

adiciones a las drogas un proceso que permite confeccionar nuevas formas de organización de lo social. Este es el difícil llamado a pensar en las formas de atender a las relaciones que, constantemente construyen la experiencia social e individual.

Es en la idea de lo complejo percibido como una red de relaciones que son destacados por Morín, los tres principios que constituyen dicha idea, los cuales permiten llevar una mejor ruta precisamente hacia la idea de integralidad existencial que moldea una perspectiva de la atención a los distintos fenómenos, problemas o acontecimientos, en este caso que rodean el consumo de SPAS.

12.2 El Principio Dialógico De La Complejidad Moriniana

En la construcción de la teoría del pensamiento complejo, el principio dialógico, se puede considerar como la idea de una filosofía del dialogo en la que se denotan las relaciones del ser humano con el mundo al que pertenece describiendo estas como abiertas y de mutuo intercambio.

En cuanto a lo planteado por Morín, al momento de considerar la dialógica este formula que “La complejidad de la relación entre el orden, desorden, organización, surge, entonces, cuando constata empíricamente que fenómenos desordenados son necesarios, en ciertos casos, para la producción de fenómenos organizados, los cuales contribuyen al incremento del orden” (2003, p. 93).

Siguiendo este mismo orden y dirección entonces, el principio dialógico muestra que la realidad consta de múltiples lógicas y que advertirlas de forma única e independiente no es

suficiente, pues de dicha manera se carecería de los elementos necesarios para entenderla integralmente.

Retomando entonces que la dialógica ya no es entendida sólo desde la oposición de dualidades contrapuestas, se puede decir que este planteamiento de la perspectiva dialógica es complementario y permite aseverar según Morín que “orden y desorden son dos enemigos: uno suprime al otro pero, al mismo tiempo, en ciertos casos colaboran y producen la organización y la complejidad” (2003, p.106).

Ahora bien, como consecuencia de los diferentes cambios que dentro de nuestra sociedad están ocurriendo, en especial los provocados por la globalización y el avance acelerado de la vida, surgen las contradicciones o escapes del sistema los cuales llevan a posiciones encontradas, de galimatías aparentes, de caos, es decir, un entorno de complejidad que hace que sea necesario el cambio de paradigmas en la forma de ordenar la experiencia de tal forma que a partir de dicha complejidad se genere una nueva organización del conocimiento. Por lo cual se lleva a preguntar ¿Cómo el conocimiento complejo lleva a dar el sentido a las relaciones?

12.3 El Principio de Recursividad Organizacional Moriniano

Este principio constituido por la idea de la existencia de la incertidumbre constante frente a la construcción del conocimiento, permite decir que el conocimiento complejo afronta esa incertidumbre, esa inseparabilidad, y esas insuficiencias permitiendo encontrar que ya no hay un fundamento único o último para el conocimiento a pesar de ser esta misma idea una incertidumbre. Ello permite que aquellos fenómenos que vemos como una contraposición al orden de lo social sean una oportunidad para generar mayores campos de

conocimiento, como es el caso manifiesto del variado número de modelos de atención a las drogodependencias que son puestos en acción para equilibrar las relaciones humanas de aquellos que forman parte de dicho antagonismo, entre lo enfermo y lo sano, o, dentro del comportamiento normal o anormal.

Al constituir este principio, un principio organizador del conocimiento que posibilita asociar la descripción del objeto, a la descripción de la descripción, y al desenterramiento del descriptor se encuentra un nuevo paradigma, el Paradigma de lo Complejo, que se empieza a gestar en las crisis que afectan el sentido y la existencia, este es un Paradigma que acepta que el conocimiento es aquel que se nutre de incertidumbre y que el pensamiento que vive es aquel que se mantiene en el límite de su final.

12.4 El Principio Hologramático Moriniano

Este principio busca superar el principio holístico y del reduccionismo, los cuales perciben la realidad como no más que el todo en el primero y no más que sus partes en el segundo, permitiendo observar que en estas perspectivas la una se encuentra desligada a la otra.

Con respecto a dicha búsqueda de superación de esta ruptura, el principio hologramático moriniano ve las partes en el todo y el todo en las partes. Esto lleva a estos planteamientos o principios a estar atravesados por dos conceptos que se presentan replanteados en Morín, ellos son: el concepto **paradigma** y el concepto de **sujeto**.

Analizando lo planteado por Morín, en cuanto a estos conceptos, el primero que llamamos paradigma, éste lo propone como una estructura mental y cultural bajo la cual se

mira la realidad, con lo cual estos paradigmas, por ser culturales, son inconscientes, son como un *imprinting*⁸. Esto lleva a separarse de la idea de paradigma planteada por Kuhn, para quien estos son sólo de corte científico y por lo tanto, conscientes.

Con respecto al concepto de sujeto, Morín lo aplica a toda realidad viviente cualquiera que sea y en la que intervienen tres características importantes en dicho sujeto: su autonomía, su individualidad y por su capacidad de procesar la información. Estas tres características indisolubles al hombre permiten que él mismo sea un sujeto de mayor complejidad.

Morín sostiene que no se puede asumir esta noción de sujeto desde un paradigma simplista. Es necesario el pensamiento complejo, uno que sea capaz de ligar aquellos conceptos que se resisten entre sí y que son desglosados y catalogados en compartimentos cerrados por el pensamiento no complejo.

Los planteamientos morinianos con lo anterior no tratan de rechazar lo simple, tratan de articular el análisis con todos los elementos posibles. Es cuestión de separar y vincular al mismo tiempo. Se trata entonces de acercarse a un pensamiento que separa y que reduce junto con un pensamiento que distingue y que relaciona pudiendo ser aplicado en distintas lecturas de los fenómenos que se presentan socialmente, como en el caso del consumo de SPAS y los modelos que atienden o responden al tratamiento de este.

⁸ Término tomado de la etología que designa un proceso específico de aprendizaje, diferente, en algunas características, del aprendizaje asociativo, ya que supone la programación genética de la responsividad (capacidad de respuesta) del sujeto ante ciertas claves o señales del ambiente que promueven dicho proceso.

CONCLUSIONES

- El fenómeno de las adicciones a las SPAS, es un amplio campo complejizado que atiende a relaciones de tipo político, económico, cultural, social, familiar e individual que en la actualidad exige un tratamiento conjunto, que intervenga de manera adecuada el contexto de cada sujeto desde lo terapéutico haciendo lectura de los posibles factores desencadenantes de dicho consumo, y atendiendo a las variables Bio-psico-sociales que influyen en dicho comportamiento para así ser intervenidas.
- Partiendo de lo dicho anteriormente el fenómeno de las adicciones se entiende como un conjunto de relaciones asociadas a un campo de acción que se entabla desde la percepción del consumo como una problemática de salud pública, lo que permite desprender los distintos dispositivos o modelos de intervención que se aplican actualmente en el Valle de Aburra y en el país, los cuales buscan la recuperación o por lo menos la reducción de las consecuencias por el consumo de drogas.
- Algunos de los resultado hallados en esta investigación muestran que los programas de tratamiento pueden alcanzar sus metas y objetivos y redundar considerablemente en beneficio de los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto, aunque existen diferencias en los resultados obtenidos con distintos tipos de modelos u enfoques y entornos de tratamiento, además teniendo en cuenta las particularidades individuales y grupales de los pacientes atendidos.

- En cuanto a la psicología y su actuación frente al tratamiento de las adicciones esta propone desde sus distintas corrientes de conocimiento con un rigor metodológico y una epistemología un entendimiento del problema, en el que no sólo una intervención o estrategia es la que produce cambios, sino, que es un proceso concebido como un conjunto de intervenciones planeadas, interdisciplinarias y transdisciplinarias las que posibilitan replantear realidades complejas como la farmacodependencia a nivel individual y colectivo.
- La toxicomanía en el contexto mundial es percibida actualmente como un problema social grave, más por las consecuentes relaciones que se entablan a su alrededor, (consecuencias), que afectan el comportamiento dando como resultado la alteración del sistema que ve superadas sus expectativas de control del fenómeno en los márgenes aceptables para las políticas públicas y económicas, que por los significados culturales, filosóficos o contextuales, los cuales atienden a la complejidad, que no desconoce todos estos aspectos, pero que retoma otros tantos que vislumbran un conjunto más amplio de los verdaderos trasfondos de los llamados problemas que una sociedad formula.
- Desde la anterior observación entonces podemos decir que actualmente, la sociedad tiene derecho a esperar que una política pública o un planteamiento eficaz para abordar una problemática particular sirva para disminuir las consecuencias asociadas a este, por ejemplo: la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas.

- En cuanto a los tratamientos que se desglosan de unas propuestas que subyacen a raíz de una percepción, en este caso el de la adicción a SPA'S como problema de salud pública, estos tienen como objetivos la desintoxicación, estabilización, rehabilitación y la atención continuada de un individuo, pero dichas intervenciones deben atender a factores bio-psico-sociales del mismo.

RECOMENDACIONES

- Es posible que a partir de la articulación del conocimiento en estructuras de atención conjuntas que permitan abordar desde modelos con visiones más amplias del problema unas estrategias basadas en procesos contextualizados, mejorar las posibilidades de obtener las metas que se propongan para la atención de las adicciones a SPA'S.
- Las teorías de la complejidad, pueden posibilitar a través de sus planteamientos abordar aplicando en distintas lecturas de los fenómenos que se presentan socialmente, como en el caso del consumo de SPAS y los modelos que atienen o responden al tratamiento de este, sin tratar de rechazar lo simple, pero tratando de articular el análisis con todos los elementos posibles, separando y vinculando al mismo tiempo, el acercarse a un pensamiento que separe y que reduzca junto con un pensamiento que distinga y que relacione pudiendo ser la alternativa más viable para superar las deficiencias en la atención de la drogodependencia sustentadas en una sola percepción como problema.
- Actualmente es necesario el tratamiento continuado de una persona que es afectada por la adicción a SPA's a través de propuestas de atención con procesos multidisciplinario

adaptados a ese contexto particular en que se apoyen la disminución y/o superación de los riesgos físicos, mentales y de inestabilidad social.

- La interpretación del contexto, (cultural, social e histórico), en donde se va a realizar cualquier tipo de intervención es uno de los factores más importantes para poner en práctica el tratamiento de las adicciones a SPA´S. De esta manera se deben buscar nuevas formas de percibir el consumo de SPA´S y no sólo desde un punto de vista como problema de salud pública.

13 REFERENCIAS

- Batua B. E. (2009). Programa autonómicas. Recuperado de: http://estaticos.elmundo.es/especiales/2009/02/espana/elecciones_autonomicas/pais_vasco/candidatos/programa_eb.pdf
- Comunidad FUNLAM, modo de compatibilidad pdf. “Comunidad Terapéutica Convivencial Luis Amigó, Presentación En Power-Point” (Sin Fecha)
- CVSP Nodo CUCS UdeG. (2008). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. Recuperado de: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SSA_108_08_CONSUMO_TABACO_HUMO/SSA_108_08_GRR.pdf

- Centro Cita Salud Mental, (2011). Tomado de: <http://www.centrocita.org/tratamiento-drogadiccion-colombia-medellin-alcoholismo-bulimia-anorexia-.html>
- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. (2007). Concepto de adicto. Recuperado de <http://es.thefreedictionary.com/adicto>
- ESE Carisma, (2012). “Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental de Antioquia” Tomado de: <http://www.esecarisma.gov.co/esecarisma/>
- Fernández Hermida, J. R., Carballo José Luis, Secades-Villa Roberto y García-Rodríguez Olaya, (2007). “*Modelos Teóricos de la Conducta Adictiva y Recuperación Natural. Análisis de la Relación y Consecuencias*”. Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo: Copyright 2007 © Papeles del Psicólogo ISSN 0214 – 7823
- Fundación la Luz, (2011). “Centro Nacional para el Tratamiento y Prevención de las Adicciones” Tomado de: <http://www.fundacionlaluz.co/>
- Galeano, M.E. (2004). *Modalidades de Investigación Social Cualitativa. Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa. Investigación Etnográfica* (55-60). Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- García Galarza, B. (2010-2011). “El Modelo Minnesota. Un método de tratamiento para las adicciones” Universidad de Deusto. España.
- González Soto, M. (1999). *Edgar Morín, Complejidad y Sujeto Humano*. Universidad de Valladolid. Facultad de Filosofía y Letras. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes

- Gual, A, (2002). “Organización de la Estrategia Terapéutica. Modelos de Intervención” Barcelona, España.
- Henao, S. Gamella, F. (2010). “Representaciones Sociales del Consumo de “Drogas” y de las intervenciones respectivas en un contexto local: la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia” Universidad de Granada. España.
- Iñaki L, Ustárroz J, Landa N, López-Goñi J, (2005). “*Deshabitación de Drogas y Funcionamiento Cerebral: una Visión Integradora*” Navarra-España.
- Jaramillo Jaramillo, C. (2010). “Aportes de la psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas”. Revista Katharsis. Editorial L. Vieco, p.127-135. Envigado, Colombia.
- Jochen Dreher, (2010). “Alfred Schutz: La concepción de una fenomenología del mundo de la vida” Universidad de Konstanz. Alemania.
- Junta de Andalucía. (2012). Ley 4/1997, de 9 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas. Recuperado de: http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/informes/_Ley_4-1997de_Prevenixn_y_Asistencia_en_materia_de_Drogas.pdf
- Llorente del Pozo, J.M. y Fernández Gómez C. (1999). “*Comunidades Terapéuticas. Situación Actual y Perspectivas de Futuro*”. ADICCIONES, VOL.11 NÚM. 4 • PÁGS. 329/336. España.
- Márkez Alonso, I. Póo Ruiz, M. (1998). “Nuevos Modelos de Intervención: Disminución de Riesgos y Programas de Mantenimiento”

- María Adelaida Storti Calderón, (2006). “Zapata, (2006) Modelo Comunidad Convivencial Luís Amigó, Medellín” tomado de: <http://virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre1/Pedagogia/c2-2.2.3.pdf>
- Mancomunidad del Guadajoz. (2012). Glosario de conceptos básicos de drogodependencia. Recuperado de: http://www.guadajoz.org/pub/documentos/documentos_GLOSARIO_DE_CONCEPTOS_BASICOS_DE_DROGODEPENDENCIA_0ed7f279.pdf
- Malgor, L. A. & Valsecia, M. E. (2012). Farmacodependencia – drogadicción. Recuperado de: http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen5/8_dependen.pdf
- Martí, J. (2012). La investigación-acción participativa. Estructura y fases. Recuperado de: http://www.redcimas.org/archivos/biblioteca/metodologias/JMarti_IAPFASES.pdf
- Miguel M. (2006). “La Investigación Cualitativa (Síntesis Conceptual)” Revista IIPSI. ISSN: 1560 - 909x Facultad de Psicología UNMSM.
- Ministerio de la Protección Social (2005). “RESOLUCION NUMERO 4750. 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.” Colombia.

- Morín, E. (2003). “Introducción al pensamiento complejo”. (6ta. Ed.). Barcelona, España: Gedisa.
- Morín, E. (2004). “La Epistemología de la Complejidad” *Gazeta de Antropología* N° 20. Prís, Francia.
- Observatorio Nacional de las Drogas, Colombia, (2011). “*Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia*”
- Organización de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Crimen-(UNODC), (2011). “Informe Mundial sobre las Drogas”.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial De La Salud (2011). *51.o Consejo Directivo 63.a Sesión Del Comité Regional. “Plan de Acción Sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública”* Washington, D.C., EU.
- Palacio Betancourt D. Santander E. González Vélez A. Monsalve ríos L. Arquito Velásquez L. Álvarez Castaño V. Parra Espitia A. Jiménez Fandiño C. (2004). “Actualización De La Guía Práctica De Atención Integral En Farmacodependencia” Ministerio de Protección Social. Colombia.
- Palacio Betancourt, D., Ministro de la Protección Social (2006). “Nota Publicada en el Diario Oficial 46332 julio 17”. Bogotá, D. C.
- PEMEX. (2012). Glosario. Recuperado de: www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/.../drogas/glosario.doc
- Plan Municipal de Salud, (2008). “*Medellín es Salud para la Vida*” Alcaldía de Medellín.

- Plan Integral de las Adicciones (2010). “*Primer Congreso sobre Abordaje integral de las Adicciones “Las Adicciones... realidades que debemos enfrentar”*”. Memorias (CD). Envigado: Secretaria de Salud del municipio de Envigado.
- Romero Pérez, C, (2003). “Paradigma De La Complejidad, modelos científicos y conocimiento educativo”. Universidad de Huelva. España.
- Salomone, G., y Domínguez, M.E. (2006). *Ética y Responsabilidad*. El engaño en la investigación y el consentimiento informado a la luz del experimento de Stanley Milgram. Recuperado de:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/071_etica/libro_transmision_etica.htm
- Samein, (2011). “Centro de Atención en Drogodependencias” Tomado de: http://www.samein.com.co/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=45&Itemid=64
- San Vicente Fundación, (2011-2012). “Adicciones” Tomado de: http://centrosespecializados.sanvicentefundacion.com/site/acerca_de_centros_especializados/modelo_de_atencin.aspx
- <http://www.periodicoelpulso.com/html/1101ene/general/general-03.htm>
- Seijas B. D. (1994). Tratamiento de las dependencias de sustancias. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. N° 23. p.p. 119-124. Recuperado de: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/psiquiatria/5_7.html
- Senes de La Vega. (2012). Algunos conceptos básicos sobre drogodependencia. Recuperado

de: <http://www.cenesdelavega.es/index.php/mod.faqs/mem.detalle/idfaq.50/rekategoria.641/idmenu.1300/chk.377acea110951e0481d8281f62023a5b.html>

- Scribd. (2012). Glosario de conceptos básicos de drogodependencia. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/63439333/Documentos-Glosario-de-Conceptos-Basicos-de-Drogodependencia-0ed7f279>
- Tamayo y Tamayo M. (1999). “Modulo 5: El Proyecto de Investigación” Instituto Colombiano Para El Fomento De La Educación Superior, ICFES. Bogotá, Colombia.
- Uprimny Yepes, R. Guzmán, D. (sin fecha). “Políticas de drogas y situación carcelaria en Colombia”
- Villanueva Pascual J. “*Sobre la complejidad en torno a Edgar Morín*”. Recuperado de http://www.nonopp.com/ar/filos_educ/00/Morin_complejidad.htm

14 ANEXOS**Anexo 1:****INSTITUCIONES QUE ATIENDEN LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICO-
ACTIVAS, EN EL VALLE DE ABURRA AVALADOS POR EL SERVICIO
SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA**

- 1. FUNDACIÓN HOGARES CLARET**
- 2. FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL**
- 3. ESE CARISMA**
- 4. SAMEIN**
- 5. UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA**
- 6. FUNDACIÓN LUIS AMIGO**
- 7. FUNDACIÓN LA LUZ**
- 8. CORPORACIÓN CENTRO CITA SALUD MENTAL**
- 9. CORPORACION VIDA CON-SENTIDO CORVIS**

Anexo 2:

4151

Envigado, Agosto de 2012

Señores

 Departamento de Antioquia
 Medellín

Asunto: solicitud de información para trabajo de grado

Cordial saludo.

Respetuosamente solicitamos su autorización para que el estudiante Juan Carlos Oviedo Peñata, identificado con c.c. 80.875.626, matriculado en el Programa de Psicología de nuestra Institución pueda realizar una entrevista con quien Uds. dispongan para conocer el modelo de trabajo que implementan en la atención de las adicciones producto del consumo de sustancias-psicoactivas.

La información obtenida será utilizada con fines estrictamente académicos en el marco de su trabajo de grado: *Caracterización de los Modelos de Intervención de Adicciones a Sustancias Psico-Activas, del Área Metropolitana Avalados por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia*. El trabajo es asesorado por el Magíster Cesar Jaramillo Jaramillo y está aprobado por el Comité de Investigación y Práctica de la Facultad.

Agradecemos su atención y colaboración.

Atentamente,

ÁLVARO RAMIREZ BOTERO
 Decano Facultad Ciencias Sociales

Anexo 3:

**Consentimiento Informado Dirigido a Instituciones Prestadoras de Servicios en Atención de la
Farmacodependencia**

El propósito de la presente ficha de consentimiento consiste en proveer información clara, explicando la naturaleza de la solicitud realizada en apoyo al proceso investigativo, así como el rol que desempeñará en dicho proceso como participante.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los planteados por esta investigación, guardando los parámetros del uso ético y moral del quehacer profesional.

La presente investigación es conducida por Juancarlos Oviedo Peñata, vinculado a la Institución Universitaria de Envigado, como estudiante de la Facultad de Ciencias Sociales, Programa de Psicología. La solicitud de apoyo realizada a la institución ----- es formalizada con base en el cumplimiento de una meta propuesta dentro de un proceso investigativo que tiene como finalidad, **Caracterizar los modelos de intervención psicológica realizados en los tratamientos que atienden la adicción a sustancias psico-activas, dentro del Valle de Aburra avalados por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia.**

Si usted accede a participar en el presente estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo que se plantee como respuesta al ejercicio investigativo durante esta sesión será grabado, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si presenta alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene Usted el derecho de hacérselo saber al investigador. Con el fin de sustentar la buena fe y el deseo de contar con su apoyo, será entregado un sustento digital (CD) con la información básica acerca del proyecto.

De esta manera agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Juancarlos Oviedo Peñata y he sido informado (a) de manera clara y precisa acerca de los objetivos y metas del proyecto investigativo por el cual es requerido mi apoyo.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 45 minutos.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los establecidos en el marco académico sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Juancarlos Oviedo Peñata al teléfono 3328705.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del representante de la institución

Firma del representante de la institución

Fecha

Carrera 27 B No. 39 A Sur 57 – PBX: 339 10 10 – Fax: 333 33 29

Envigado – Colombia
www.iue.edu.co

Anexo 4:



Entrevista de Seguimiento a los Modelos de Intervención Institucional para la Atención de las Adicciones Producto del Consumo de Sustancias Psico-Activas Avalados por la Seccional de Salud de Antioquia

La presente entrevista consta de varias preguntas de tipo abierto, las cuales apuntan al desarrollo de una investigación que tiene como finalidad el caracterizar los modelos de intervención en las adicciones producto del consumo de sustancias psico-activas; esta entrevista se realiza de manera voluntaria, si en algún momento usted desea resolver cualquier inquietud en cuanto al contenido de la misma siéntase libre de hacerlo.

Además, esta será grabada con el fin de conservar la fidelidad de sus respuestas. La información obtenida por medio de este ejercicio será de uso exclusivamente académico y no tendrá ningún otro uso, guardando los parámetros del uso ético y moral del quehacer profesional de los psicólogos.

Fecha:

Hora:

Institución:

Representante institucional:

Encargado: Juancarlos Oviedo Peñaata

Profesión: Psicólogo

CUESTIONARIO

1. ¿Qué tipo de modelo teórico sustenta el trabajo desarrollado por la institución actualmente para la atención de las adicciones a sustancias psico-activas?
2. ¿Cómo se justifica el trabajo de intervención de las adicciones a sustancias psico-activas por parte de la institución?

3. ¿Qué objetivos busca el modelo de trabajo planteado por la institución para la atención de las adicciones a sustancias psico-activas?
4. ¿Cómo se organiza el plan de intervención propuesto por la institución?
5. ¿Qué modelos psicológicos existen actualmente para la intervención dentro del plan de trabajo desarrollado por la institución?
6. ¿Qué papel cumple la psicología dentro del plan de intervención terapéutica trazado por la institución?
7. ¿Cuál es el objetivo de la intervención psicológica dentro del trabajo desarrollado por la institución?
8. ¿Cuáles cree que son los más importantes aportes de la psicología a la superación de las adicciones a sustancias psico-activas en el modelo de tratamiento propuesto actualmente por la institución?
9. ¿Qué resultados ha obtenido la institución a través de la intervención psicológica en el tratamiento de las adicciones a sustancias psico-activas?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN