

INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL

JOSÉ LUÍS SÁNCHEZ RÍOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
PRÁCTICAS PROFESIONALES  
SEGUNDO SEMESTRE 2008  
PEREIRA

# INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL

Informe final de la práctica profesional realizada en la  
Fundación Hogares Claret  
En el período comprendido  
Enero 2008 hasta Noviembre 2008

José Luís Sánchez Ríos  
Estudiante

Ana María Maya Castaño  
Tutora

Universidad Católica Popular Del Risaralda  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Programa De Psicología  
Pereira Risaralda

## DEDICATORIA

*A mi familia que siempre me han apoyado y me han conducido por el mejor camino de valores y buena ventura y siempre me han impulsado para salir adelante, dándome energía en los momentos que me sentía sin fuerzas para continuar, por su amor y comprensión incondicional; a mi pareja por apoyarme, por sus sensatez y sabiduría, por su entrega y paciencia que han sido mi fortaleza y el motivo por el cual en la actualidad logro llegar a una de mis metas tan anhelada, nutriéndome y haciendo crecer a nivel personal y profesional.*

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero agradecer en primera instancia a mi familia por el apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de mi carrera por la paciencia y el ejemplo que siempre me han dado y la comprensión frente a las adversidades.*

*A mi tutora la doctora Ana María maya, quien con su profesionalismo y experiencia fue mi guía, orientándome adecuadamente a desarrollar habilidades en el campo clínico y laboral contribuyendo enormemente no solo a nivel profesional como psicólogo sino también como persona.*

*A la fundación Hogares Claret y a los profesionales que hacen parte de ella, por el acompañamiento y acogida que me brindaron durante mi proceso de formación profesional, formando parte del equipo clínico, que nutre, amplía mis habilidades y conocimientos en cuanto al trabajo en el componente interdisciplinario.*

*A todas aquellas personas con problemas de consumo de drogas y sus familias que depositaron su confianza en mí y me dieron la oportunidad de contribuir al mejoramiento de su estilo y calidad de vida.*

*A mi pareja por apoyarme, por sus sensatez y sabiduría, por su entrega y paciencia que han sido mi fortaleza y el motivo por el cual en la actualidad logro llegar a una de mis metas tan anhelada, nutriéndome y haciendo crecer a nivel personal y profesional*

## Glosario de Términos

**Tutorías:** Cada uno de los profesionales brinda asesoría y acompañamiento a los jóvenes que tiene a su cargo, en relación a su proyecto de vida, diligenciamiento de formatos de las acciones desarrolladas en el equipo técnico y plan terapéutico.

**Talleres Psicoeducativos:** Espacios colectivos que permiten que los jóvenes reflexionen y participen frente a determinadas situaciones que se tornan problema o malestar en su vivir cotidiano.

**Psicología Clínica:** Actuaciones de saberes psicológicos al servicio del malestar subjetivo del sujeto en un espacio terapéutico, en busca del bienestar emocional y psicológico del individuo.

**Equipo Técnico “STAFF”:** Debates en los que participa el psicólogo, la pedagoga, educadores y profesional en desarrollo familiar, tomando decisiones pertinentes frente al proceso de cada uno de los jóvenes.

**Etapas:** Son los pasos que definen la evolución que tiene el usuario en cada una de sus fases.

**Fases:** Son los tres grandes momentos en que se divide el programa de tratamiento, estas tres fases son: Fase de Ingreso, Fase de Progreso y Fase de Egreso.

**Plan de Tratamiento:** Instrumento terapéutico que se constituye como pieza fundamental para el trabajo de crecimiento personal dentro del proceso de tratamiento, debe ser articulado al proyecto de vida. Es la herramienta que singulariza al usuario dentro de la familia de la comunidad terapéutica; en él se consignan los problemas identificados, las metas y las estrategias para lograrlas durante el proceso.

**Programa:** Proceso de tratamiento estructurado en fases y etapas.

**Proyecto de Vida:** Instrumento terapéutico que se constituye en una ayuda al crecimiento integral de la persona y en el que se toma conciencia de: La Misión y la Visión personales, los principios, las fortalezas y debilidades, las oportunidades y amenazas, los objetivos que se propone alcanzar y los medios o estrategias eficaces para conseguirlas.

**Farmacodependencia:** Es un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una sustancia psicoactiva o droga; se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un deseo imperioso de consumir la sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces físicos, o para evitar el malestar producido por

su privación. La dependencia puede ir acompañada de tolerancia. Una persona puede ser dependiente a uno o más fármacos.

**Craving:** Se describe como un fenómeno psicológico y neurofisiológico que suele aparecer durante varios meses (y a veces durante años) de abstinencia, en el cual se desencadena un intenso deseo de utilizar la sustancia, cuando la persona se expone a alguno de los factores que estaban asociados a sus rituales de consumo.

**Recaída:** Restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos asociados a esta comportamiento problema, después de un periodo de abstinencia.

**Diario vivir:** Denota las actividades que se realizaran durante el día, desde la hora de levantada hasta la acostada, muestra las actividades de la comunidad terapéutica teniendo en cuenta los descansos y las actividades terapéuticas grupales.

**Vamos al orden:** se usa en situaciones que se relacionan con comportamientos inadecuados de la comunidad terapéutica, desorden, donde los educadores intervienen pronunciando “Vamos al orden”.

**Residente:** La persona que se encuentra en proceso dentro de las instalaciones de Hogares Claret ya sea por consumo, maltrato. Etc.

**Proyección:** Se le llama proyección a todos aquellos deseos que impliquen el consumo de sustancias o la ejecución de comportamientos inadecuados, de esta manera de esta manera se usa para destacar “proyecciones de consumo” y “proyecciones de abandono”.

**Modificar:** este termino es empleado por los residentes después del señalamiento y la aceptación y solo cuando dicen “modifico” sumen que tal o cual comportamiento es inadecuado y además es pertinente trabajar en el.

**Comunidad terapéutica:** Es un espacio microsocioal de convivencia, que ofrece los elementos reeducativos necesarios para que el usuario, lleve a la práctica su proyecto de vida, teniendo en cuenta que él o ella son agentes y protagonistas de sus propio cambio, siendo el proceso de recuperación de la persona central y principalmente contribuyente de los cambios del estilo de vida como de la identidad personal.

**Contención:** Se le llama contención al momento en el cual los educadores del hogar concientizan al residente que tiene deseos de abandonar a fin de que logre terminar todo su proceso.

**Aceptar:** Este término es usado por los residentes cuando el educador le hace un señalamiento en relación a su comportamiento, y el residente en cuestión lo aplica para aceptar la falla diciendo “acepto”.

## **TABLA DE CONTENIDO**

**Dedicatoria III**

**Agradecimientos IV**

**Glosario de Términos V**

**1. INTRODUCCIÓN 14**

**2. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN 17**

**3. MARCO REFERENCIAL 22**

*3.1 Diagnóstico o identificación de necesidades 22*

*3.2 Ejes de intervención 27*

*3.2.1 Procesos Clínicos 27*

*3.2.2 Taller Psicoeducativo 28*

*3.2.3 Tutorías y coordinación de etapa 28*

*3.3 Justificación de los ejes de intervención 28*

*3.3.1 Eje de intervención clínico 29*

*3.3.1.1 Novedad 29*

*3.3.1.2 Interés 29*

*3.3.1.3 Utilidad 30*

*3.3.2 Eje de intervención taller Psicoeducativo 30*

*3.3.2.1 Novedad 30*

*3.3.2.2 Interés 30*

*3.3.2.3 Utilidad 31*

*3.3.3 Eje de intervención tutorías y Coordinación de etapa 31*

*3.3.3.1 Novedad 31*

*3.3.3.2 Interés 31*

*3.3.3.3 Utilidad 32*

*3.4 Marco teórico 32*

*3.5 Propuesta de Intervención 57*

*3.5.1 Eje de intervención Clínica 57*

*3.5.1.1 Objetivo General del Eje 58*

*3.5.1.2 Objetivos específicos del Eje 58*

*3.5.1.3 Estrategias de Acción 59*

*3.5.1.4 Población 61*

*3.5.1.5 Indicadores de Logro cuantitativos 62*

*3.5.1.6 Indicadores de Logro Cualitativos 62*

*3.5.2 Talleres Psicoeducativos 63*

*3.5.2.1 Objetivo General del Eje 63*

*3.5.2.2 Objetivos específicos del Eje 63*

*3.5.2.3 Estrategias de Acción 64*

*3.5.2.4 Población 64*

*3.5.2.5 Indicadores de Logro cuantitativos 64*

*3.5.2.6 Indicadores de Logro Cualitativos 65*

*3.5.3 Tutorías y coordinación de etapa 65*

*3.5.3.1 Objetivo General del Eje 65*

3.5.3.2 *Objetivos específicos del Eje 66*

3.5.3.3 *Estrategias de Acción 66*

3.5.3.4 *Población 67*

3.5.3.5 *Indicadores de Logro cuantitativos 67*

3.5.3.6 *Indicadores de Logro Cualitativos 67*

3.6 *Presentación y análisis de resultados 68*

3.7 *Dificultades presentadas 81*

#### **4 CONCLUSIONES 82**

#### **5 RECOMENDACIONES 84**

#### **6 BIBLIOGRAFÍA 86**

#### **7 APÉNDICES**

**Apéndice 1.** Informe auditoria interna área pedagogía.

**Apéndice 2.** Informe de tutoría.

**Apéndice 3.** Informe Talleres de Sexualidad.

#### **8 ANEXOS**

**Anexo 1.** Hoja de observación.

**Anexo 2.** Programa de inducción

**Anexo 3.** Entrevista Psicológica.

**Anexo 4.** Evaluación de cumplimiento de objetivos por etapa.

**Anexo 5.** Hoja de Evaluación.

**Anexo 6.** Presentación de Etapa.

**Anexo 7.** Actividad Grupal.

**Anexo 8.** Remisión.

**Anexo 9.** Terapia de grupo.

**Anexo 10.** Plan de tratamiento.

**Anexo 11.** Proyecto de vida.

**Anexo 12.** Control y suministro de Medicamentos.

**Anexo 13.** Recibo de Medicamentos.

**Anexo 14.** Requisición.

## **LISTADO ESPECIAL**

### **Figuras**

Figura 1 Número de pacientes de febrero a octubre 69

Figura 2 Ingresos de febrero a octubre 70

Figura 3 Número de abandonos 71

Figura 4 Porcentaje de asistencias a la intervención 72

Figura 5 Porcentaje de inasistencias a la intervención 73

Figura 6 Intervenciones en crisis 74

Figura 7 Porcentaje de intervenciones individuales 75

Figura 8 Terapias de grupo de febrero a septiembre 76

Figura 9 Tutorías 77

Figura 10 Porcentaje de hombres y mujeres atendidos en el programa 78

Figura 11 Rango de edad de mayor participación en el programa 79

Figura 12 Droga de inicio 80

Figura 13 Droga de mayor impacto 81

## 1. INTRODUCCIÓN

La fundación hogares Claret nutrida por el principio de la Congregación de los Misioneros Claretianos basada en el aporte y la concepción de contribuir a que las personas con problemas de drogodependencia, víctimas del maltrato, la explotación sexual, marginalidad entre otras, le encuentren sentido a su vida, permaneciendo abstemios de la adicción a las drogas, brindando herramientas para mejorar su calidad de vida; es así que toma la iniciativa de atender a las personas que estén inmersas en problemas de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, prestando protección a niños y adultos que viven en la calle, adolescentes que presenten conflictos penales y jóvenes desmovilizados de grupos armados al margen de la ley en Colombia.

*“La visión dilatada del mundo, la sencillez de vida y el fuego en el corazón constituyen el distintivo del talante claretiano”(memorias 20 años 1984-2004 p. 67)*

Para ello se tienen en cuenta tres niveles de prevención primaria, aplicada mediante programas educativos e informativos; secundaria, a través de programas de apoyo para personas en alto riesgo o consumidores insipientes y terciaria por medio de programas de tratamiento terapéutico educativo basado en el sistema de Comunidad Terapéutica (CT), aplicándolo al perfil las necesidades de cada una de las poblaciones previamente mencionadas.

Por lo tanto la fundación Hogares Claret pertenece al sector de servicios y salud, ubicada en la Vereda Condina Guacarí vía Armenia a veinte minutos, a las afueras de la ciudad de Pereira. Siendo este el sitio donde se llevó a cabo la práctica profesional en el área de psicología, durante un periodo de diez meses llevado a cabo entre el primer y segundo semestre del 2008, en convenio con la Universidad Católica Popular del Risaralda (U.C.P.R).

Para la realización del plan de práctica fue necesario indagar sobre los antecedentes históricos que dieron origen a la fundación Hogares Claret, su misión, visión, valores, objetivos y servicios que presta a nivel social, conociendo las diferentes actividades que se desarrollan internamente en la institución, evidenciando sus campos de acción desde el área de psicología e identificando sus necesidades, para lo cual se propuso unos ejes de intervención relacionados con el campo clínico y educativo .

Estas propuestas o ejes de intervención se enfocaron hacia tres ejes principales como: Psicología Clínica, en la que se tuvo en cuenta las intervenciones tanto a nivel individual como grupal, intervención en crisis y en caso de necesidad a nivel familiar.

Otro de los ejes principales fue llevar a cabo la aplicación de talleres educativos desde el modelo constructivista, dirigidos a la prevención y promoción de un estilo de vida responsable y saludable, como último eje de intervención se encontró la Tutoría propia de

la CT, la cual es modelo de atención orientado a personas que presentan abuso de sustancias psicoactivas (SPA).

Esta Tutoría consistió en asesorar al usuario que ingresará a la “Etapa de Acogida” para que este cumpliera con sus objetivos de Etapa, el plan terapéutico y la elaboración de su Proyecto de Vida.

Dichos ejes de intervención se abordaron desde el sistema teórico cognitivo-conductual donde se tuvo en cuenta la evaluación, diagnóstico y tratamiento dependiendo de las necesidades y particularidades identificadas en el interior del programa de CT adultos mixto Nueva Vida.

Cabe aclarar que cada uno de los ejes de intervención se presentó con su respectiva justificación y descripción conceptual, sirviendo de fundamento y explicación a la propuesta realizada en el periodo de práctica profesional. Dentro de cada eje se encuentra su nombre e introducción a este, sus objetivos generales y específicos, las estrategias de acción que evidencian el cumplimiento de los objetivos, la población, los indicadores de logro cuantitativo y cualitativo, finalmente el cronograma. Presentando además el análisis de resultados, las dificultades encontradas, recomendaciones y conclusiones realizadas a partir de las intervenciones efectuadas desde el campo de la psicología clínica y educativa.

Por lo tanto vale resaltar la relevancia de llevar a cabo el plan de práctica ya que este será el texto por medio del cual se orientarán los lineamientos de acción como practicante o psicólogo en formación, teniendo en cuenta las problemáticas identificadas y las propuestas de intervención.

Además es un documento que permite evidenciar y valorar los logros y procesos que obtiene el psicólogo en formación cuando este termine el periodo de práctica previamente establecido; contribuyendo así no solo en su formación académica y profesional si no también ayudándolo a crecer como persona.

Mi intervención como Psicólogo en formación propenderá para que seamos generadores de cambio y acciones propuestas a través de nuestra mirada nueva y objetiva desde el punto de vista psicológico, lo cual redundara en beneficio de nuestro crecimiento integral como profesional. A la vez la institución se retroalimenta con nuevos conocimientos, apoyo en las actividades de los dispositivos metodológicos procedimentales propios de la dinámica de la Comunidad Terapéutica, siendo un contacto con el medio académico universitario de capacitación.

## **2. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN O SITIO DE PRÁCTICA**

Esta presentación se extrae del ABC (libro que enseña al usuario la dinámica de la Comunidad Terapéutica, su normatividad y deberes que deberá cumplir durante su estadía

en el programa) y el libro acerca de las memorias de los veinte años de la Fundación Hogares Claret (recopilación histórica y fundacional desde el año 1984-2004).

La Fundación Hogares Claret es ante todo, un proyecto por la vida. El proyecto terapéutico educativo de la Fundación, inspirado por la congregación de los misioneros Claretianos cree en lo mas profundo de todo ser humano, particularmente en el adicto; cree en él como persona, con sus recursos y posibilidades y al mismo tiempo sus dificultades y problemas, y de que ser hombre tiene en si mismo la oportunidad de cambiar su estilo de vida y de abrirse a nuevas posibilidades.

El 12 de mayo de 1984 en la casa provincial de los Misioneros Claretianos, en la ciudad de Medellín, el padre Gabriel Antonio Mejía dio inicio con un grupo de voluntarios a la Fundación Hogares Claret. Allí se concretó un largo proceso de gestación de la obra; los primeros voluntarios fueron la semilla fecunda de lo que es hoy Hogares Claret.

El padre Gabriel en las comunidades terapéuticas, abrió el primer centro de rehabilitación, posibilitando que cada día a lo largo de todos esto años, sean los muchachos los que decidan vivir en lugar de morir, enseñando a los jóvenes a ser protagonistas de su propia vida.

Durante estos 24 años las puertas del Hogar han estado abiertas sin distinción, de credo, raza, clase social, preferencia sexual, lo único que se pide es que la persona quiera hacer

libremente un tratamiento de su dependencia y que si puede implique a los suyos en este proceso.

Hoy en Hogares Claret tenemos cerca de 500 empleados, una gran fortaleza de Hogares Claret es un grupo de operadores, sacerdotes y profesionales. Una gran riqueza multidisciplinaria, humana, y científica.

Dentro de los aspectos principales de la organización cabe destacar la misión, visión y valores que son el norte de la CT.

**MISIÓN:** Acompañamiento a las personas afectadas por la marginalidad, la adicción la violencia o con problemas de conducta a encontrar su sentido de vida.

**VISIÓN:** La Fundación Hogares Claret ha fortalecido para el año 2.010, su reconocimiento y liderazgo nacional e internacional tecnificando y certificando la calidad de su servicio, con un talento humano comprometido para ofrecer una respuesta amorosa y efectiva a personas afectadas por la marginalidad, la violencia, la adicción o con problemas de conducta, acompañándolas en la construcción de su proyecto de vida.

**VALORES:** Los valores fundamentales de la Fundación Hogares Claret y los cuales nos definen son: el servicio desinteresado, el amor, la superación, la responsabilidad y ante todo el respeto por la vida. Con estos valores buscamos propiciar el crecimiento y el desarrollo

humano de todos los usuarios, empleados y directivos de la Fundación. Prestando como servicios la asesoría, capacitación, rehabilitación, reinserción social e intervención individual y grupal a los usuarios y personas particulares que requieran de apoyo y decidan encontrarle sentido a su vida y asumirla de una manera responsable.

**OBJETIVO:** Ofrecer a las personas, entidades y a la comunidad programas de atención para la prevención y recuperación bio-psico-social de todos los integrantes del núcleo tanto familiar, como hombres, mujeres y niños de ambos sexos, afectados por problemas relacionados con el consumo de drogas, la marginalidad la violencia y la salud mental, brindándoles de estas manera una respuesta integral al problema.

La actividad a la cual se dedica la Fundación Hogares Claret, es a la rehabilitación de jóvenes y adultos que son consumidores de sustancias psicoactivas (SPA), víctimas del maltrato, explotación sexual, marginalidad y comportamientos que se encuentran asociados. la Fundación en la Regional Risaralda posee cinco programas, los cuales cuentan con equipos técnicos y profesionales diferentes; es así como La fundación tienen los siguientes funcionarios: en el programa adultos mixto Nueva Vida, cuenta con el director, dos educadores, un psicólogo, una trabajadora social, la pedagoga y dos psicólogos en formación. Lo cual es un total de ocho funcionarios.

En cuanto al programa juvenil Vientos de Cambio, también se cuenta con el director y la trabajadora social y la pedagoga que en este caso son iguales para ambos programas, con

respecto al psicólogo y los dos educadores si cambian y una nutricionista; no tienen psicólogos en formación que lleven a cabo su práctica. Esto para un total de siete funcionarios.

Entre las áreas con las que cuenta la organización encontramos: Área física: En la cual la Fundación Hogares Claret tiene un espacio físico de siete cuadras a la redonda, las cuales se encuentran distribuidas en el hogar Juvenil, el hogar de Adultos, las oficinas, el banco de alimentos (Acopio), un comedor y/o salón, la cocina, huertas y habitad para palomas y conejos, la panadería, una cancha, un salón de sistemas, dos salones de terapia y los dormitorios.

Áreas Organizacionales: en cuanto a esta área la Fundación Hogares Claret cuenta con varias para cada programa y otra que son utilizadas por los dos programas de una forma simultanea, estos espacios son los siguientes: Oficina Dirección Hogar Juvenil “VIENTOS DE CAMBIO”; Oficina Dirección Hogar Adultos Mixto “NUEVA VIDA”.

Espacios Compartidos: Oficina Desarrollo Humano, Oficina Nutrición, Oficina de trabajo Social y como dependencias encontramos la Dirección General Hogares Claret Pereira (Oficina Central ubicada en el Lago) y Dirección Hogar Adultos Mixto “NUEVA VIDA”.

Las áreas que serán utilizadas para el desarrollo de la práctica son principalmente la oficina de Psicología para el programa de Adultos “NUEVA VIDA” y adicional a esto las áreas de la comunidad terapéutica para el trabajo en grupo, los cuales son los salones de terapia.

### **3. MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1 Diagnóstico o identificación de Necesidades**

La dinámica de la Fundación Hogares Claret se encuentra evidenciada en el diario vivir (denota las actividades que se realizarán durante el día, desde la hora de levantada hasta la acostada, muestra las actividades de la comunidad terapéutica teniendo en cuenta los descansos y las actividades terapéuticas grupales), a través del cual se llevan a cabo las actividades, con la participación de un equipo interdisciplinario, donde con el aporte de cada área (área psicología, área trabajo social, área terapéutica, área pedagógica) ejecutando dispositivos metodológicos procedimentales propios de la Comunidad Terapéutica, basados en el ABC de la fundación y la normatividad del proceso de gestión de calidad, genera espacios de intervención terapéuticos a nivel individual, grupal y educativos dirigidos y en pro de prestar un eficaz servicio a los usuarios (residentes) de la comunidad terapéutica (CT) para que dicho usuario trabaje por sí mismo de manera activa la relación de las condiciones, situaciones, creencias problema que lo llevaron a consumir

Sustancias Psicoactivas (SPA) y/o presentar comportamientos desadaptativos o disfuncionales como las conductas adictivas y de dependencia.

Considerando lo anterior, y teniendo en cuenta la conversación con el psicólogo y el director del programa, se adquiere la información acerca de las necesidades y los datos obtenidos en las reuniones del equipo clínico (grupo interdisciplinario, STAFF) de la Fundación; encontrando que la capacidad del programa Adultos Mixto tiene ocupados el 45% de la capacidad, lo que quiere decir que de 60 cupos se encuentran 27 usuarios en proceso, por lo tanto el equipo clínico se ve en la tarea de incrementar el número de procesos en el área de psicología por medio de intervención individuales.

Con base en lo anterior la dirección del programa “Nueva Vida”, propone que uno de los ejes de intervención de la práctica profesional sea precisamente el de realizar una asistencia psicológica (intervención individual) a un grupo determinado de personas (11 personas) los cuales hacen parte de la etapa de acogida e identificación con los que se propone que se motiven, adapten y logren llegar al final de sus proceso, brindándole estrategias que contribuyan al desarrollo de habilidades que les permitá afrontar situaciones de riesgo acompañado el cambio de un estilo de vida mas saludable que propicie la abstención al consumo de SPA, propiciándoles espacios en los cuales ellos mismos sean generadores de cambio y logren comprender la relación de sus situaciones problemáticas con el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

Así mismo se propone un eje orientado hacia las actividades educativas siendo esta otra de las necesidades contempladas por la dirección del programa, donde se requiere también de la ejecución y evaluación de talleres desde el modelo constructivista abordando temas como: sexualidad, prevención en recaídas, ya que éste es un punto importante y es ahí donde se establecen las metas que quiere alcanzar a corto, mediano, largo plazo el usuario en proceso, llevando a cabo la realización y aplicación de su proyecto de vida.

De este modo estando al tanto de las necesidades que presenta el programa se proponen tres ejes de intervención por medio de los cuales se busca cubrir las necesidades descritas previamente.

Durante este primer periodo de práctica profesional se presentaron cambios a nivel administrativo (el director regional del programa asigna las funciones de director al doctor Jorge Hernán Jaramillo psicólogo del programa “Nueva vida” sitio donde se realizó la practica profesional) debido a esto se aumento el número de usuarios atendidos por los psicólogos en formación , ya que fue necesario apoyar el area de psicología e intervenir a los usuarios que se encontraban en diferentes etapas, como: *elaboración y consolidación*, las cuales en ese momento antes de asumir las funciones de director del programa eran responsabilidad del doctor Jorge Hernán Jaramillo (Jefe inmediato, práctica profesional).

Por esta razón se paso de atender de 10 a 15 usuarios, sin embargo se dejo claro en su momento que cuando regresara el director general del programa el Señor Vicente Romel Rios de su pasantía

en Europa, se retomarían por parte de los psicólogos en formación la atención individual a los usuarios de las etapas de acogida e identificación planteadas desde el inicio de la práctica profesional, y que el doctor Jorge Hernán Jaramillo (director del area de psicología) regresaría a retomar los procesos de intervención con las etapas a las que él siempre había atendido (elaboración, consolidación). También se continuó llevando a cabo las terapias de grupo y los talleres de sexualidad realizados desde la primera semana que se inicio la práctica profesional en el mes de enero del presente año (2008), para el taller de sexualidad esto se presentó un informe a la dirección del programa de las actividades que se llevaron a cabo en dichas sesiones, este informe se presenta como apéndice en este plan de práctica final.

Al finalizar el mes de julio y a mediados de agosto regresó de la pasantía al programa el director general el Señor Vicente Romel Rios retomando su cargo, por lo tanto el doctor Jorge Hernan Jaramillo retomó también sus funciones como psicólogo y responsabilidades de atención individual psicológica de los usuarios pertenecientes a las etapas de elaboración y consolidación en las cuales ya había aumentado la población en dichas etapas debido a que los usuarios que se encontraban en proceso habían logrado ascender de etapa efectivamente, sin embargo en esos mes y medio se presentaron algunos ingresos de usuarios al programa y también varios abandonos, por lo cual la variedad del aumento y disminución de la cantidad de la población en las etapas iniciales del proceso (acogida, Identificación) son muy variables, cabe aclarar que los abandonos se debieron a que las personas que ingresaron en ese momento decidieron abandonar el programa a los dos días de estar allí u otros duraron tan solo una semana.

Al regularse de nuevo los cambios administrativos de los que se habló previamente y regresando a su estado actual, el director del Programa (Vicente Romel Rios y mi jefe inmediato Jorge Hernan Jaramillo) me pidieron la colaboración para apoyar funciones del sistema de gestión de calidad al que se está aplicando para la certificación del programa “Nueva Vida” a nivel regional; dichas funciones consistían en: revisar el buzón de sugerencias quejas y reclamos, consignando la información en un formato de la fundación mensualmente, para luego pasarlo al equipo clínico y poder darle respuesta a estas. Esta función se realizó durante un mes ya que se comenzó a hacer con dedicación y el equipo clínico no prestó atención ni dedicó el tiempo para la revisión y trámite de las respuestas a estas sugerencias, quejas y reclamos; se le insistió constantemente al director del programa que por favor se hiciera esta labor, sin embargo nunca se llevó a cabo, por lo tanto considere que no era necesario centrar mi atención en dicha función ya que noté que no estaba dando resultado, además tenía el aval del director para tomar decisiones al respecto y considerar que era prioritario o no en ese momento.

Otra de las funciones asignadas con respecto al sistema de gestión de calidad, fue la de recibir los medicamentos y controlar el suministro de estos en horas de la mañana y el mediodía (horas laborales de la práctica profesional) a los usuarios que presentan diagnóstico psiquiátrico (dual) que se encuentran en proceso, tanto del hogar juvenil “vientos de cambio” como los del programa adultos mixto “Nueva Vida”, ya que se consideró que era mejor que una persona del área de psicología que conociera del tema se responsabilizara de esta gestión. Esta función se cumplió a cabalidad y responsabilidad durante todo el segundo semestre de la práctica profesional, al final se presentan los anexos de los formatos utilizados en esta labor. También se propuso realizar auditorías internas y velar por el monitoreo continuo de los procesos de intervención, esto se realizó

solo con el area de pedagogía de lo cual se realizó un informe que se presentó a la dirección del programa y como apéndice en este plan de práctica final.

No se realizó un eje de intervención con estas funciones, dado que fue una colaboración temporal solicitada por la dirección y no un programa establecido como tal.

Debido a la carga laboral la dirección solicitó mi apoyo en circunstancias que lo requerían como: situaciones de red de apoyo al programa juvenil “Vientos de cambio” que por ausencia del psicólogo encargado del área de ese programa requería de la evaluación, pronóstico y diagnóstico, la realización del examen mental, la aplicación e interpretación del test wartegg, como en algunas ocasiones llevar acabo las terapias de grupo y el grupo de entrenamiento asertivo con los usuarios que iban ingresando durante esa temporada al programa en mención.

### 3.2 Ejes de Intervención

Los ejes de intervención que se tienen en cuenta para la práctica profesional, son abordados desde el campo de la psicología clínica y educativa (modelo constructivista) contribuyendo así al cubrimiento de las necesidades que presenta la fundación actualmente.

3.2.1 *Procesos Clínicos:* En este eje de intervención se llevan a cabo procesos de evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento con las personas que se encuentran en

la Fundación hogares Claret del programa “Adultos Mixto”. También es necesario realizar intervención en crisis, terapia en grupo e intervención familiar.

3.2.2 *Taller Psicoeducativo*: Diseño y aplicación de talleres Psicoeducativos que contribuyan al proyecto de vida de las personas que pertenecen al programa “Adultos Mixto” de la Fundación Hogares Claret.

3.2.3 *Tutorías y Coordinación de Etapa*: Acompañamiento a los residentes que ingresen al programa, lo que implica el diligenciamiento de formatos de planes de tratamiento y proyecto de vida. (ver anexo); con respecto a la coordinación de etapa (acogida), se realiza un seguimiento y acompañamiento a la misma y a los usuarios que pertenecen a ella.

### 3.3 Justificación de los Ejes de Intervención

Los ejes de intervención están dirigidos al seguimiento y acompañamiento de los procesos en el hogar lo cuales servirán como apoyo a la formación del profesional.

La C.T proporciona un espacio artificial donde se trabajan problemáticas familiares, sociales y psicológicas que se asocian con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas (SPA), por medio de los cuales se busca evitar recaídas, se requiere que el usuario permanezca abstemio, por lo tanto se realizan intervenciones psicológicas individuales y

grupales con el apoyo de talleres, dirigidos a desarrollar e incrementar habilidades sociales que permiten afrontar los factores de riesgo y modificar las estrategias mal adaptativas de afrontamiento en las relaciones intra e interpersonales del usuario.

### *3.3.1 Procesos Clínicos*

3.3.1.1 Novedad: La intervención psicológica individual se realiza cuatro veces al mes con cada usuario (etapa de acogida e identificación), ya que una de las funciones fundamentales para el adecuado funcionamiento del programa, es llevar a cabo una serie de intervenciones individuales en el área psicológica que le permite al usuario reflexionar y comprender mejor acerca de sus comportamiento y su cognición frente a las situaciones problema que se le presentan. Por ende se realiza un plan de tratamiento y estructuras de sesiones terapéuticas con los usuarios asignados (15) para llevar a cabo la evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento de su proceso psicológico, apoyado de la aplicación e interpretación del test wartegg y la prueba psicológica de la figura humana; haciendo uso de el recurso de remisión para valoración psiquiátrica en caso que sea requerido.

3.3.1.2 Interés: Las habilidades y conocimientos de los psicólogos en formación serán puestos a disposición de los participantes del programa con base en los conocimientos académicos adquiridos y por medio de las intervenciones clínicas que puedan dar respuesta tanto a las necesidades de los usuarios como a las de la fundación generando un impacto

positivo a nivel individual (usuario), familiar y social que contribuya al mejoramiento de la calidad y su estilo de vida, ya que este se ha visto vulnerado por el abuso y dependencia de las sustancias psicoactivantes, alcohol y comportamientos disfuncionales.

3.3.1.3 Utilidad: Estas intervenciones individuales llevadas a cabo desde el enfoque cognitivo conductual son útiles para el programa “Nueva Vida”, ya que permiten a los usuarios y a sus familias modificar y mejorar relaciones intra e interpersonales de codependencia y dependencia consigo mismos y con los demás, convirtiéndose en el gestor activo de su “propio cambio” integrando sus diversas dimensiones asumiendo la responsabilidad de sus actos y por ende el de su propia vida.

### *3.3.2 Taller Psicoeducativo*

3.3.2.1 Novedad: En cuanto a los talleres grupales a realizar en el programa “Nueva Vida” se tiene en cuenta que son actividades dirigidas a las necesidades de los residentes, contribuyendo así al desarrollo de habilidades que sirvan de apoyo y prevención a los usuarios en el momento que salgan reeducados del programa asumiéndolo de manera responsable.

3.3.2.2 Interés: Es evidenciar las situaciones problemas que hacen sentir incómodo al usuario consigo mismo y con el contexto en el que se desempeña, guiándolo a que el mismo encuentre respuestas y concluya acerca de las consecuencias y metas que pretende

alcanzar en la construcción de su proyecto de vida. Esto se convierte en un escenario donde el usuario desarrolla sus habilidades, capacidades y destrezas en diversas áreas a la par que sus compañeros de grupo.

3.3.2.3 Utilidad: Los talleres psicoeducativos son beneficiosos para los usuarios ya que generan sentido pertenencia y responsabilidad grupal debido a su participación en ellos y además contribuyen como factor de protección y prevención para su futuro al finalizar el programa y se expongan a la vida cotidiana (exterior de la CT).

### *3.3.3 Tutorías y Coordinación de Etapa:*

3.3.3.1 Novedad: Las tutorías que se realizan con algunos usuarios del programa son espacios de intervención clínica individual, donde se brinda asesoría con respecto a las normas y dispositivos (presión artificial, confrontación de pares, maratón etc.) de la Comunidad Terapéutica, propiciando así una mejor adaptación a la dinámica del programa.

3.3.3.2 Interés: Aportar en la adaptación y asimilación de las normas de la comunidad Terapéutica logrando así su familiarización con el diario vivir y por ende una mejor comprensión de la dinámica de la CT.

3.3.3.3 Utilidad: Los espacios de tutoría y/o seguimiento y apoyo permiten tener una observación de los usuarios con respecto a sus logros y dificultades presentadas, también permiten evidenciar si estos han cumplido o no con los objetivos de etapa y así permitir su ascenso a la etapa siguiente.

### 3.4 Marco Teórico

Con el presente marco teórico se pretende describir la teoría que servirá de soporte para los ejes de intervención propuestos previamente, presentando así todo un discurso conceptual y expresiones técnicas necesarias para llevar a cabo la sustentación de la solución frente a las problemáticas planteadas.

Para esto se tendrán en cuenta los inicios epistemológicos, o sea, teniendo en cuenta la historia y los puntos fundamentales de donde la psicología es tratada como ciencia, y surgen los diferentes enfoques que constituyen otras perspectivas desde las cuales se puede abordar a los seres humanos, llevando a cabo distintas técnicas y métodos contribuyendo así a la comprensión del sujeto orientándolo a que asuma responsablemente sus comportamientos disfuncionales y por ende los modifique.

En el transcurso de la historia humana, se han presentado muchos cuestionamientos acerca del funcionamiento de los procesos mentales y las conductas de los seres humanos, es así como Plantón y Aristóteles, desde la filosofía se han interesado en conocer a

profundidad la actividad de los procesos mentales, pues siempre han existido preguntas acerca de lo intrincado que se torna comprender el sentido y la razón de ser del hombre, surgiendo dudas frente a las conductas y reacciones del individuo cuestionándose por si su etiología es innata o aprendida, si es posible hablar de personalidad y de que manera se perciben los estímulos del ambiente.

Son un sin número de preguntas que no han hallado respuestas hasta el momento; es solo hasta el año de 1800 que se utiliza el método científico como medio para llegar a posibles hipótesis que se acercaran al debate de dichos cuestionamientos, y es exactamente en el siglo XVII, en la era de la modernidad que se da paso al surgimiento de nuevos planteamientos, como los del Filósofo racionalista Rene Descartes y de algunos empiristas de la época que con sus trabajos dieron cuenta de un pensamiento mas racional, riguroso y reflexivo.

Con base en este tipo de pensamiento los estudiosos de la época, debatieron en torno a la idea de que los procesos mentales son innatos, siendo la cognición de gran importancia para el desarrollo del individuo, teniendo como referente una de las proposiciones mas famosas a lo largo de la historia expresada por Descartes "*Pienso, luego existo*" esta premisa, aun continua siendo un tema relevante para recientes teorías de la cognición y la percepción.

En 1875, William James siendo el primer psicólogo estadounidense y con un amplio conocimiento en fisiología y anatomía, plantea que las sensaciones, percepciones y

emociones van unidas y son inseparables. Esta concepción acerca de la fisiología ha sido de mucha importancia para el avance de la psicología experimental, pues le ha permitido esclarecer aspectos propios de la forma como se estructuran los procesos mentales y como estos inciden en algunos comportamientos del individuo.

En este orden de ideas es preciso mencionar a Wilhelm Wundt y el británico Edward Bradford. Wundt siendo fisiólogo y filósofo (1880) fundó el primer laboratorio formal de psicología, en Alemania en la ciudad de Leipzig, sosteniendo que la mente debía ser estudiada objetiva y científicamente.

En cuanto a la historia de la psicología comportamental, se plantea que aproximadamente en la década de 1960 el conductismo tuvo un gran auge, a partir de los primeros trabajos que publicó en 1920 Jhon B. Watson, retomando los experimentos que ya había realizado Pavlov con los perros que salivaban cuando escuchaban un estímulo que se asociaba con el alimento, Watson logra demostrar que la conducta humana también puede condicionarse; es así como por esta misma época aparecen las posturas de Skinner, quien sumo un nuevo elemento a los planteamientos ya descritos por Watson, siendo el reforzamiento el medio para que el sujeto obtenga recompensas cada vez que emita adecuadamente una conducta, con el fin de que esta se mantenga y se incremente en su repertorio conductual.

Es posible evidenciar a través de este recorrido una evolución de la psicología, sin embargo, hay algunas preguntas y que aún se mantienen, las cuales guían y orientan en la actualidad muchas investigaciones profundas y avanzadas.

De esta manera son muchos los psicólogos que en su afán por posicionar a la psicología como ciencia, pretenden que esta se ocupe exclusivamente del fenómeno de la conducta, desconociendo los procesos psíquicos internos, que según esta postura se escapan de la observación empírica, siendo esto un tema que aun se sigue debatiendo en los diferentes espacios académicos, suscita entonces, una discusión constante que coloca a la psicología en continuos cambios y construcciones teóricas que amplían y enriquecen tanto los campos de acción como el repertorio conceptual que explican y fundamentan la labor psicológica.

Frente a esta evolución de la psicología, cada una de las diferentes posturas e intereses de los pensadores, han llevado a que la psicología se divida, con la finalidad de que cada área de estudio pueda dedicarse a un fenómeno u objeto en particular, pero es importante aclarar que debe mantenerse una interrelación de las áreas en la investigación psicológica.

Así cada área o campo de aplicación se interesa en ciertos hechos o fenómenos específicos, los psicólogos Clínicos se ocupan de brindar atención a las personas que presentan dificultades en su diario vivir, a través del desarrollo de procesos de diagnóstico, valoración e intervención psicoterapéutica, tanto individual como grupal, la psicología organizacional, por ejemplo implementan y evalúan estrategias que propendan a la

transformación del ambiente laboral, por su parte la psicología social, se interesa en la forma como un individuo es influenciado por su entorno social, de igual forma la psicología educativa, busca efectuar y evaluar propuestas psicológicas que impacten en el ámbito educativo, con el fin de optimizar el aprendizaje comprensivo, así como el desarrollo intelectual y humano de las personas donde se efectuó la intervención.

Con los planteamientos anteriores es posible afirmar que desde los diferentes campos y áreas, la psicología se interesa por estudiar las conductas y los procesos mentales del ser humano, teniendo en cuenta su subjetividad desde una visual integral que permita comprender sus formas de actuar, sentir y pensar, de forma tal que desde la perspectiva cognitivo-comportamental, que es en este caso el modelo en el que se basa el plan de práctica institucional, se trabaja en torno a la idea de que la conducta en general y los desordenes emocionales obedecen a las contingencias ambientales de acuerdo a las pautas del condicionamiento, sin desconocer el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en la generación de emociones y comportamientos. Miguel Ángel Vallejo Parejo (1999) en: Manual de Terapia de conducta afirma que: “la psicología clínica es una rama aplicada de la psicología científica, orientada a la evaluación y a la promoción del mas amplio grado bienestar de la persona”.

Así pues la fundación Hogares Claret como comunidad terapéutica se ajusta al modelo cognitivo-conductual, en donde se interviene desde la psicología individual y grupal, al usuario siendo éste el responsable activo frente a su proceso, teniendo en cuenta que en las

problemáticas de adicción hay componentes tanto cognitivos como comportamentales que inciden tanto en la adquisición como en el mantenimiento de este tipo problemáticas. Es así que la fundación apunta a ofrecer:

*“Un espacio y una dinámica comunitaria estructurados en un itinerario educativo y terapéutico, para resignificar y sanar su historia y, al mismo tiempo, para alcanzar habilidades relacionales que les posibiliten lograr un estilo de vida con el cual puedan ejercer responsablemente su libertad”* (memorias 20 años 1984-2004 p. 69)

Cada vez, es mas evidente el impacto que ha generado la terapia cognitivo conductual en el campo clínico, siendo evidentes los cambios en la vida de las personas, pues los resultados son bastante favorables y permiten dar cuenta de la eficacia de los programas utilizados por este modelo para la intervención, dado que se tiene un repertorio teórico que fundamenta el accionar del terapeuta, lo que le permite a su vez reconocer la importancia de ejercer su ética profesional, pues es necesario tener una visión de ser humano que direcciona su labor terapéutica.

*“En las CT, todas las actividades e interacciones sociales son consideradas importantes oportunidades para facilitar el cambio de la persona. Facilitan el diagnóstico y simultáneamente la terapia, así como el entrenamiento y el desarrollo de habilidades relacionales”* (memorias 20 años 1984-2004 p. 72)

Así, el enfoque cognitivo-conductual tiene una visión de sujeto bio-psico-social, que tiene un componente biológico/orgánico que predetermina ciertos comportamientos en él, y el aspecto psicológico es determinante pues las emociones, las cogniciones, las conductas se correlacionan y le permiten al individuo desarrollarse y desenvolverse en su entorno. El sujeto desde este enfoque es abordado desde los siguientes componentes: relación entre organismo, pensamiento, emociones y comportamiento.

Desde este enfoque el paciente es tomado como agente activo frente a su proceso de cambio, es él quien debe estar en la capacidad para interiorizar nuevos repertorios comportamentales que contribuyan al mejoramiento de su problemática, teniendo en cuenta que es el paciente el constructor de su propia historia de vida que puede transformarla y modificarla cada vez que desee, siendo un sujeto protagonista de su propio desarrollo, con un sentido de pertenencia y responsabilidad hacia sí mismo y el mundo que le rodea. Lo que le facilita adquirir nuevas pautas de comportamiento para enfrentar las situaciones complejas y conflictivas que le ocasionan malestar y no le permitieron progresar en su historia de vida.

Lo anterior da cuenta de la visión de sujeto del enfoque, pues esto indica que tanto la cognición como la conducta pueden ser modificadas y que la una depende de la otra, quiere decir entonces que es importante la terapia cognitiva en la medida que le da un sustento a la terapia conductual con el fin de alcanzar un alto grado de efectividad y disminuir el riesgo de posibles recaídas para el paciente en su proceso de cambio.

*“El proyecto terapéutico educativo de la fundación Hogares Claret ve al niño, al adolescente y al adulto como un ser humano, hombre o mujer; como tal, como un ser único e intransferible. Ese ser humano tiene unos condicionamientos materiales, genéticos, sociales ineludibles; pero sobre todos ellos se construye una enorme riqueza vital que le permita encontrar un sentido al placer y al sufrimiento y ante todo, le permita decidir”* (memorias 20 años 1984-2004 p. 67).

El contexto de las problemáticas que ocupa a la fundación hogares Claret hacen referencia a los aspectos económicos y culturales que originan patrones de comportamientos disfuncionales y trastornos afectivos a nivel social, enfatizando en su proceso de intervención a la dependencia y abuso de las sustancias psicoactivas, fijando su atención en un sujeto para el cual están creadas las condiciones que lo lleven a conocer el fenómeno de la adicción y dependencia a las sustancias psicoactivas, valiéndose de estrategias mal adaptativas de afrontamiento a nivel de las relaciones intra e interpersonales que le permitan encontrar gratificación, excitación y sensación de alivio debido a su incapacidad para enfrentar con responsabilidad y de manera saludable la interacción consigo mismo, los demás y su contexto.

*“Tanto la marginación social y el comportamiento transgresor de la ley como el abuso de drogas, son los síntomas de una sociedad cuya patología en sus relaciones, evidencian la carencia de amor y de sentido, de justicia social, de responsabilidad y de libertad, llevando a sus integrantes no sólo al vacío y a la pérdida del norte existencial, sino*

*también a su deterioro integral como seres humanos”* (memorias 20 años 1984-2004 p. 67).

El modelo de la terapia cognitiva utiliza el esquema A-B-C propuesto por Albert Ellis a principios de la década de 1960, permite realizar un análisis psicológico de los fenómenos que se presentan en el área de la salud mental y por ende orientar la intervención clínica.

Según este esquema A, representa los acontecimientos que se presentan en la vida cotidiana y que se relacionan con determinadas consecuencias emocionales y conductuales (C), no obstante la relación que se presenta entre A y B está mediada por B que son aquellos pensamientos, creencias, ideas e imágenes que se tienen con respecto a dichos acontecimientos de la vida. Es importante tener en cuenta que la terapia de conducta surge entre los años 50 y 70, apoyada en los fundamentos de la psicología del aprendizaje y más específicamente en la psicología experimental, adoptando una concepción ambientalista y contextual; así mismo hacia mediados de los años 60 Aaron Beck y Albert Ellis comparten la idea de que la mayor parte de los desordenes psicológicos obedecen a cogniciones incorrectas y a un procesamiento de la información y cognitivo inadecuado. Siendo hasta finales de la década de los 80 que se da un desarrollo exitoso del tratamiento de desordenes de pánico lo que permite realizar una relación entre las dos corrientes en un sistema más amplio de trabajo, originando de esta forma la tercera etapa de desarrollo de la terapia cognitiva conductual, que continúa vigente en la actualidad.

Albert Ellis (1981) formula la terapia racional-emotivo en donde plantea que existen dos clases de sistemas de Creencias: creencias Irracionales y creencias racionales, ambas son evaluaciones de la realidad, sin embargo las creencias irracionales, según el autor poseen las siguientes características:

- a. son inconsistentes en su lógica
- b. son inconsistentes con la realidad empírica.
- c. Son absolutistas y dogmáticas
- d. Producen emociones perturbadoras
- e. No nos ayudan a conseguir nuestro objetivos

De acuerdo a lo anterior una de las tareas más importantes del terapeuta es ayudar a sus pacientes a discriminar entre estas dos creencias para posteriormente realizar una reestructuración cognitiva que permita reemplazar dichos pensamientos por otros más funcionales dándose así en el adicto.

Por su parte, la evaluación psicológica desde el modelo cognitivo –conductual (en esta práctica profesional) permite evaluar y diagnosticar desde unos criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), a través de entrevistas semi-estructuradas y estructuradas que den cuenta de los acontecimientos o eventos desencadenantes y de la identificación de respuestas a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual, como de las consecuencias que hacen que se mantenga el problema

o el trastorno psicológico. Además de realizar un análisis funcional entre estos factores que permitan construir una hipótesis y un posible diagnóstico, se elabora un plan de tratamiento acorde a las necesidades de cada caso en particular, utilizando técnicas, auto registros y análisis funcionales que permitan evaluar los logros propuestos dentro de la intervención psicológica.

La psicología cognitivo-conductual enmarcada en el campo de la psicología del aprendizaje y de la psicología experimental, hace parte también de la psicología clínica, trabajando no solo desde criterios diagnósticos, sino a través de programas estandarizados que posibilitan la aplicación de estrategias dirigidas a problemáticas específicas; Miguel Ángel Vallejo Parejo (1999) citado en Manual de Terapia de conducta dice que “en este tipo de programas se adopta, por tanto, una estrategia de decisión que basa su eficacia en el tratamiento exhaustivo de todos los problemas potencialmente relacionados con el trastorno de interés. Es decir, partiendo del análisis del conjunto de relaciones funcionales habituales en un trastorno, se proponen estrategias de tratamiento eficaces para cada posible relación”.

El trabajo que se lleva a cabo desde este enfoque se realiza apoyado en la terapia cognitiva de las drogodependencias expuesta por Aron Beck y colaboradores. Según Beck (1999) se encuentran diferentes factores que predisponen a las personas al consumo de drogas, las cuales son tratadas en el transcurso de dicha terapia cognitiva.

Dentro de los factores de predisposición se encuentran: la sensibilidad general a experimentar sentimientos desagradables, la impulsividad, poca motivación para controlar su comportamiento, poca tolerancia a la frustración y búsqueda de excitación nombrando solo algunos.

Como propone Beck (1999) *“La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir la conducta contraproducente mediante la modificación de pensamientos erróneos y creencias poco adaptativas, así como mediante el aprendizaje de técnicas de control. En la terapia cognitiva del abuso de sustancias, la formulación específica del caso supone la base para esbozar el régimen terapéutico”*. (Beck 1999, p. 69)

La pretensión a nivel terapéutico es disminuir los impulsos debilitando las creencias que los fortalecen y al tiempo se le muestra al usuario o paciente las diferentes formas de controlar y por ende modificar su comportamiento. Esta terapia cognitiva del abuso de sustancias psicoactivantes se caracteriza por que supone un trabajo de colaboración, apoyado en la confianza, es activa, es basada en su mayoría por el descubrimiento guiado y la probación empírica de sus creencias e intenta evidenciar el problema del abuso y dependencia de las drogas y el alcohol como una dificultad que se puede solucionar.

De esta forma es posible la aplicación de técnicas que permitan la modificación ambiental, basadas en postulados de la conducta y la cognición, de tal manera que tanto los errores cognitivos como las conductas desadaptativas y disfuncionales puedan ser

abordados adecuadamente, logrando avances significativos en la terapia psicológica. Así, los comportamientos adictivos y las problemáticas asociadas, responden posiblemente a componentes de vulnerabilidad genética, como a pautas de conducta y pensamientos, adquiridos a lo largo de toda la historia de vida, siendo reforzados por su entorno, lo cual conlleva a que se presente un alto riesgo de que estas conductas se mantengan en el repertorio conductual como mecanismo de evasión a conflictos que se presentan normalmente en la vida cotidiana, dado que carecen de habilidades y estrategias para afrontar asertivamente este tipo de situaciones.

De acuerdo a las necesidades clínicas o las problemáticas que requiere la Fundación Hogares Claret Risaralda, es importante la aplicación de técnicas clínicas cognitivo-comportamentales de intervención, dirigidas a los residentes que presentan problemáticas de consumo de Sustancias Psicoactivas, por lo cual las principales técnicas de aplicación que se tendrán en cuenta para la práctica profesional son las siguientes:

- Reestructuración cognitiva: modifica los pensamientos y creencias disfuncionales que son la base de la angustia así como el comportamiento y las desviaciones en el procesamiento de la información manteniendo dichas creencias disfuncionales. Miguel Vallejo (1998), afirma que esta técnica sigue “los principios de Beck que explica el concepto de pensamientos negativos, la influencia de las situaciones en éstos, el impacto de las interpretaciones y predicciones en lo que sentimos y hacemos, y la

necesidad de identificar interpretaciones y predicciones específicas para poder cuestionarlas”.

- **Habilidades sociales:** a través de esta técnica se pretende que el paciente efectúe adecuadamente las conductas que hasta el momento han sido problemáticas y después del entrenamiento, las pueda mantener en su repertorio conductual. consiste en entrenar al paciente en habilidades que le permitan interactuar de forma adecuada en los diferentes contextos en donde debe establecer relaciones interpersonales.
- **Solución en Problemas:** facilita la identificación de soluciones para problemas existentes y favorece que los sujetos piensen de forma diferente sobre situaciones de su vida, de modo que se promueve la adopción de perspectivas más realistas y menos catastróficas.
- **Detención del pensamiento:** esta técnica promueve una estabilidad emocional que le posibilita al paciente disminuir pensamientos perturbadores insistentes que se relacionan sea con el consumo o con recuerdos desagradables.
- **Control estimular:** se emplea tanto para aumentar conductas como para disminuirlas, en este caso se utiliza para que los usuarios de la C.T. controlen los estímulos que los induce a sus comportamientos adictivos.

Otro aspecto importante que debe tener en cuenta es que hay problemáticas que son propias de los comportamientos adictivos y dependientes al consumo de Psicofármacos, generando dificultades no solo a nivel personal, sino familiar y social, inclusive dejando

repercusiones a nivel biológico/químico que conlleva a que se presenten ciertas dificultades y desordenes a nivel fisiológico.

*“La drogadicción es una relación de dependencia que las personas afectadas por el problema establecen con un tipo de sustancias que comúnmente llamamos droga, pero que también se conoce como Sustancias Psicoactivas (SPA) debido a que alteran en distintas formas las funciones psíquicas de quienes las consumen” (ABC 2003 p. 20)*

Se habla de relación de dependencia cuando a las personas que son adictas a las drogas se les dificulta dejar de consumir esa sustancia voluntariamente, pasando de un uso habitual (fines de semana o en algunas ocasiones varios días a la semana, generando dificultades en sus compromisos cotidianos), al abuso (autoadministración, de manera no aprobada culturalmente, de cualquier fármaco produce consecuencias adversas, según el DSM IV) llegando a la dependencia, este es un proceso (uso habitual, abuso, dependencia) en el cual se van deteriorando las áreas en las que se desempeña el sujeto a nivel social, incluyendo la familia, la relación consigo mismo, el grupo de pares, su trabajo y sus relaciones afectivas con los demás, debido a factores que determinan las consecuencias de la farmacodependencia como los biológicos, psicológicos y sociales.

*“La farmacodependencia es definida como el conjunto de fenómenos fisiológicos, de la conducta, del afecto y cognitivos de variable intensidad, en los que el uso de una o varias sustancias psicoactivas (SPA) adquiere un alto grado de prioridad” (ABC p. 23)*

El Craving es una de las problemáticas más frecuentes en los residentes consumidores de sustancias psicoactivas, y según la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales (CIE-10) el término hace referencia a una necesidad y ansiedad de consumo, y es una de las dificultades más usuales en la C.T, dado que esta es una de las causas para que los usuarios no continúen su proceso, pues no se cuenta con la intervención oportuna para intervenir este tipo de situaciones. Según Beck (1999) “el Craving es una experiencia idiosincrásica formada por componentes cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Por tanto, identificando sus componentes, los pacientes pueden ser más objetivos acerca de sus experiencias de craving y, así, disminuir su intensidad subjetiva.” (pág. 225)

El craving se entiende de acuerdo como lo define Beck (1999) de la siguiente manera: “deseo irrefrenable o ansia de la droga, mientras que el término de impulso se aplica a la presión interna o movilización para actuar por el craving. Es así que el craving está asociado con el querer y el impulso con el hacer” (p.226). Los craving pueden llegar a ser automáticos e incluso autónomos; lo que se propone a nivel terapéutico es poder controlarlos por medio de técnica cognitiva.

Lo anterior se convierte en una exigencia y necesidad urgente por ser abordada, el terapeuta entonces debe desarrollar ciertas habilidades para que pueda ayudar a sus pacientes a controlar este tipo de situaciones, trabajando los desordenes que se presentan a nivel emocional, con el fin de que los residentes puedan ejercer un control sobre sus

impulsos. Es de resaltar, que la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente debe ser una relación empática dentro de un marco de respeto y reflexión por el otro, en donde tanto el paciente como el terapeuta tienen una participación activa en el proceso, siendo la escucha, la comunicación activa y la objetividad las características principales con las que debe contar el terapeuta para orientar el proceso de intervención, ya que es el quien posee las herramientas que le permiten en compañía del paciente identificar las problemáticas y las posibles causas de su aparición, sin embargo para realizar un trabajo eficaz es necesario basarse en el siguiente esquema:

- Identificación de problemáticas
  - Recolección de la información: a partir de entrevistas psicológicas, aplicación de pruebas.
  - Objetivos que se desean alcanzar en el proceso
  - Análisis funcional de las causas y/o factores influyentes del problema
  - Identificación de las habilidades con las que cuenta el paciente.
  - Diseño y ejecución del plan de tratamiento que se adecue a las necesidades particulares del paciente.
  - Seguimiento y análisis de resultados.

Al hablar del problema de la adicción a las drogas no se puede dejar de lado la teoría propuesta por Prochaska y DiClemente ¿Quiénes son estos individuos? Pues al

parecer dos psicólogos que intentaban comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismos o con la ayuda de un terapeuta. Se dieron cuenta de que no todas las intervenciones terapéuticas eran aplicables a todas las personas ni todos funcionaban de la misma manera, y en lugar de empezar a hablar de rasgos de personalidad, conflictos inconscientes o creencias irracionales, decidieron que debía haber algo diferente. *“Se puede definir a la motivación como el impulso y el esfuerzo para satisfacer un deseo o meta. Por el contrario, la satisfacción o cambio esta referida al gusto que se experimenta una vez cumplido el deseo”.* (Prochaska, Diclemente 1992, Beck 1999 p.36)

Podemos decir entonces que la motivación es anterior al resultado, puesto que esta implica un impulso para conseguirlo; mientras que la satisfacción es posterior al resultado, ya que es el resultado experimentado.

Es así que Prochaska y DiClemente (1992) proponen diferentes fases para el cambio donde según ellos todos pasamos por las mismas a la hora de realizar el cambio. Ellos las llamaron precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída. Las representaron gráficamente en forma de rueda (circular).

Precontemplación: La persona considera que no tiene problemas, y menos aún de que va a tener que intentar resolverlos. Como para ir a ver a un terapeuta. Lo que dicen nuestros amigos Prochaska y DiClemente es que sabe que tiene un problema, pero no es consciente de él.

**Contemplación:** Un importante avance. Ya sabe que tiene un problema, ya es consciente de él. Prochaska y DiClemente dicen que está ambivalente: Considera y rechaza el cambio a la vez. Tan a la vez que habla de las razones para cambiar como para quedarse como está.

**Determinación:** Un "fugaz" momento en el que se resuelve la ambivalencia por el lado del cambio. Se decide a hacer algo, que no es lo mismo que hacerlo de verdad.

**Acción:** Aquí ya está decidido a cambiar y da los pasos necesarios en esa dirección.

Cuando la persona llega a la fase de acción y da los pasos para producir un cambio puede hacer dos cosas: Recaer o mantenerse. Estas son, obviamente, las dos fases que arian falta para completar el ciclo.

**Mantenimiento:** Se esfuerza por no perder lo que ha conseguido en la fase de acción. Supone un trabajo considerable, porque la tarea fundamental es prevenir la recaída.

**Recaída:** Cuando no mantiene los logros conseguidos. ¿Qué pasa? Pues que se vuelve a iniciar el ciclo, probablemente desde la fase de contemplación.

Como terapeutas cognitivo-conductuales, tradicionalmente hemos asumido que la persona está en la fase de acción y como tal le hemos propuesto estrategias de

afrontamiento y cambio. Sin embargo, en muchas ocasiones nuestros acercamientos terapéuticos no han tenido el resultado esperado, y cosechábamos rotundos fracasos (que no siempre fueron reconocidos) por no considerar en qué fase se encontraba el paciente. El ejemplo más típico son, sin duda, las terapias de exposición. Todos hemos visto el cambio de la cara de algún agorafóbico que parece querer resolver su problema cuando le decimos que tiene que salir a la calle y afrontarlo.

El modelo de Prochaska y DiClemente no nos dice qué tipo de técnicas o qué modelo teórico debemos emplear como base de nuestra intervención, pero sí nos permite tener alguna estimación de la probabilidad de que la persona coopere con el tratamiento que le estamos administrando, y nos facilita la toma de decisiones realistas y fundamentadas sobre los pasos a seguir, al mismo tiempo que puede ayudarnos a explicar "incomprensibles" errores pasados.

Continuando con el recorrido planteado previamente, es relevante tener en cuenta los aspectos fundamentales de la psicología educativa, y su relación con el desarrollo de la práctica que se realiza en Hogares "Nueva Vida".

La educación en la diferentes épocas y culturas siempre ha contribuido al control social, permitiendo una adaptación y una regulación de la norma, esto esclarece el papel fundamental que ocupa la educación en la vida de los seres humanos; pues a partir de esta el sujeto no solo adquiere unos aprendizajes teóricos, sino que cimientan las bases para un

desarrollo social e integral del sujeto; ya que es una plataforma en la cual se debe garantizar que cada miembro de la sociedad se apropie de las experiencias y de las prácticas culturales.

Tras esta afirmación surgen algunas afinidades teóricas, las cuales revierten en posturas como la socio-cultural y el constructivismo, ya que en estas es posible hablar de un sujeto activo frente al conocimiento, no obstante la cultura juega un papel determinante en la construcción de aprendizaje, pues es imposible concebir el desarrollo del sujeto por fuera de ella es viable adoptar una posición activa frente al aprendizaje, en donde el individuo puede elaborar y construir conocimiento a partir de la interacción que tiene con su contexto y con el otro, pues es posible hablar de aprendizaje en la medida en que no solo haya una significatividad lógica sino también psicológica. Desde esta visión constructivista el profesor tiene como tarea enseñar a construir, y ser solo un guía y orientador en ese proceso.

*“desde una perspectiva constructivista, el alumno es el responsable ultimo de su propio proceso de aprendizaje. Es el quien construye el conocimiento y nadie puede sustituirle en esta tarea. Pero este protagonismo no debe interpretarse, tanto en términos de un acto de descubrimiento o de invención, como en términos de que es el alumno quien construye significados y atribuye sentido a lo que aprende y nadie, ni siquiera el profesor, puede sustituirle en este cometido” (Coll , Cesar 1999p. 122)*

Esto es importante en la medida que posibilita a través del trabajo psicológico educativo, el diseño de estrategias enfocadas a fortalecer las normas y los valores que carecen las personas con problemáticas de adicción a los Psicofármacos.

En consecuencia se puede concluir que el sujeto además necesita de una cultura y de unos significados universales que le posibiliten resignificar y darle un sentido particular a los mismos, pues los seres humanos aprenden más fácil aquello que han construido por sí mismo y en interacción con su entorno, que aquello que se les es impartido arbitrariamente.

Desde esta perspectiva es importante hacer mención a los *talleres constructivistas* que se implementan en la C.T, en donde los participantes asumen un rol activo, aportando sus ideas, propuestas e inquietudes acerca de los temas tratados. Lo cual permite mantener el interés y la motivación de los participantes y sobre todo que puedan tomar conciencia de la relevancia de los temas para el desarrollo de una vida saludable y aceptada por su entorno social. Los talleres deben realizarse dentro de un marco reflexivo, en donde el tallerista no es quien posee toda la verdad, sino que debe asumir una actitud flexible y abierta frente a las discusiones que se realizan en torno a las temáticas abordadas, permitiéndoles a los participantes una apropiación y un aprendizaje comprensivo a través de la retroalimentación y el debate constante en torno a los temas abordados en cada sesión.

Los talleres que se realizan en C.T tienen una estructura que permite la construcción a partir de la conceptualización de los temas a desarrollar dando solidez y confiabilidad a los

mismo, para su elaboración se tienen en cuenta las necesidades de los residentes y la pertinencia de los temas para la población.

La población a la cual serán implementados los talleres y las intervenciones psicológicas será la siguiente:

Comunidad Terapéutica Adultos mixto desde los 18 años en adelante que se encuentran en situación de consumo de Psicofármacos.

En la comunidad Terapéutica Hogares Claret, es común encontrar este tipo de situaciones y de problemáticas que se presentan frecuentemente en esta población, los residentes del hogar adultos mixto presentan índices de consumo alto en SPA como la heroína, anfetaminas, éxtasis, basuco, popper y marihuana.

Son algunos antecedentes de sustancias psicoactivas que presentan los residentes del programa Nueva Vida. De acuerdo con esto la edad de inicio de SPA, se ubica entre los 11 años, y en todas las ciudades, más del 75% de los casos se encuentra asociados con el consumo de SPA, relacionado con el alcohol.

Finalmente es importante revisar las cifras de consumo en nuestro país, pues según estadísticas realizadas por la Universidad Nacional de Colombia en el año (2006) el

alcohol, la nicotina y la marihuana son las sustancias psicoactivas mas consumidas en Colombia, en todas los departamentos y poblaciones.

Con todo lo expuesto hasta el momento es posible considerar la comunidad terapéutica como una forma de tratamiento grupal, donde las personas se aíslan de una serie de factores perturbadores que pueden potencializar el consumo o la situación de riesgo.

Así, entendiendo la comunidad terapéutica (CT) como bien lo define la propia fundación, aclarando que todo cuanto se plantee en este texto acerca de las definiciones , objetivos y estrategias metodológicas de la CT serán descritas al pie de la letra con el ánimo de no generar confusiones con respecto a la mística empleada dentro de la CT, por lo tanto se encuentra que una CT es un espacio microsocia de convivencia, que ofrece los elementos reeducativos necesarios para que el usuario, lleve a la práctica su proyecto de vida, teniendo en cuenta que él o ella son agentes y protagonistas de su propio cambio; siendo el proceso de recuperación de la persona central y principalmente contribuyente de los cambios del estilo de vida como de la identidad personal.

Es así que el principal objetivo psicológico que plantea la CT está direccionado a cambiar los patrones de comportamiento emocional y de pensamientos destructivos e inadecuados; y a nivel social el objetivo consiste en desarrollar las habilidades, las actitudes y los valores para un estilo de vida más saludable.

Para lograr dichos objetivos en la CT se lleva a cabo el desarrollo de una serie de actividades que brindan los elementos o herramientas adecuadas, relevantes en el sentido terapéutico y educativo, entre ellas tenemos: el diario vivir de una CT, es variado pero reglamentado. Un día típico comienza a las cinco y treinta de la mañana y finaliza a las diez de la noche e incluye encuentros en la mañana y en la noche con todos los residentes y staff, asignación de tareas, grupos terapéuticos, seminarios o grupos educativos, tiempo necesario para que los residentes o usuarios se ocupen de sus propias necesidades, recreación, cultura, deporte y consejería individual.

Se debe tener en cuenta que otras de las estrategias metodológicas que tendremos en cuenta posteriormente se organizan de acuerdo a las necesidades y particularidades de la población que se esté atendiendo en el momento, entre estas tenemos: Grupos Clínicos y terapéuticos, estos grupos hacen uso de una diversidad de técnicas con el objetivo de tratar problemas significativos de la vida (el pensar, el sentir y el actuar); Reuniones con la Comunidad en Pleno, reuniones relacionadas con el aseo de la casa, reuniones generales y seminarios.

En ellos se revisan las metas, los procedimientos y el funcionamiento de la CT, enfatizando en la responsabilidad y en la honestidad individual y colectiva; Actividades Vocacionales y Pedagógicas, se realizan en sesiones grupales que promueven el desarrollo de habilidades interpersonales y de comunicación, para el desempeño en el trabajo y para la interacción sociofamiliar, Actividades Pastorales, donde se considera que un proceso de

recuperación en el cual no se posibilite el encuentro espiritual y su integración coherente a la personalidad, es un proceso incompleto, llevándose a cabo actividades que apunten a lograr este objetivo; y como última estrategia metodológica encontramos la Coordinación y manejo de actividades Comunitarias y Clínicas, que son espacios donde se discuten y asignan responsabilidades, experiencias educativas, privilegios, sanciones disciplinarias, se analiza la seguridad y vigilancia de la comunidad y tiene como propósito mantener un ambiente de seguridad física y psicológica, buscando que la vida de los residentes sea ordenada y productiva.

### 3.5 Propuesta de Intervención

Para llevar a cabo exitosamente el ejercicio de la práctica institucional, fue importante elaborar una propuesta que permitiera comprender la relevancia de cada uno de los ejes sobre los cuales se ira a intervenir, por lo tanto cada uno de estos debe contener los objetivos, estrategias de acción e indicadores de logro a nivel cualitativo y cuantitativo que fundamenten la actuación del practicante en psicología. Es así como en la presente propuesta se construyen ejes de la siguiente manera:

#### 3.5.1 Procesos Clínicos

Este eje se centraliza en promover espacios de procesos clínicos en donde se realice intervención psicológica individual y grupal, con el fin de abordar las problemáticas de

consumo de SPA, apoyando las diferentes actividades terapéuticas que se realizan en la C.T y complementando los diversos esquemas de trabajo que se desarrollan en función del bienestar de los residentes, desde un enfoque cognitivo-conductual.

#### 3.5.1.1 Objetivo General del Eje

Brindar atención psicológica a las personas con problemáticas de farmacodependencia y patrones de comportamientos disfuncionales implementando procesos de intervención a nivel individual y grupal, diseñando y ejecutando estrategias clínicas que posibiliten la adaptación de estilos de vida más saludables.

#### 3.5.1.2 Objetivos específicos del Eje:

- Realizar la evaluación cognitivo conductual a los usuarios atendidos, con el objetivo de identificar las causas y el efecto de estas problemáticas en cada una de las esferas (Individual, familiar, social, entre otras) del individuo.
- Aplicar e interpretar pruebas psicológicas el Wartegg identificando así la perspectiva del sujeto frente al mundo en el que vive, sus relaciones interpersonales, sus expectativas , metas y sus proyecto de vida.
- Diligenciar la historia clínica (Record), en la cual se consignan cada una de las

intervenciones psicológicas ya sea a nivel individual o grupal realizadas con el usuario.

- Formular posibles hipótesis en cuanto a los factores de adquisición, predisposición, mantenimiento y desencadenantes de la problemática.
- Diagnosticar que patrones disfuncionales presenta el usuario en cada uno de los factores de adquisición, predisposición, mantenimiento y desencadenantes de la problemática a partir del manual DSM IV.
- Realizar intervenciones en crisis a los usuarios del programa “Nueva Vida” oportunas y efectivas.
- Establecer estrategias de intervención cognitivo conductuales de acuerdo a las necesidades de cada uno de los usuarios, logrando que los jóvenes obtengan con esto herramientas de comprensión y afrontamiento de sus dificultades.

#### 3.5.1.3 Estrategias de Acción

- Para realizar la evaluación cognitivo conductual al usuario es necesario utilizar inicialmente la herramienta de entrevista psicológica (Ver Anexo), con la cual se pueden identificar patrones disfuncionales del usuario en cada una de sus esferas

(Individual, familiar, social, historia de consumo, antecedentes delictivos, historia académica ),asimismo es importante conocer las causas y efectos que han generado dichos patrones en la vida del usuario; para alcanzar este objetivo es necesario además contar con métodos como la observación en las diferentes terapias, el auto registro, la auto observación, la revisión de la historia clínica, posibles remisiones y entrevistas realizadas por otros profesionales, en los cuales se consigna información importante de la historia de vida del usuario.

- Teniendo en cuenta lo anterior, se realiza el diagnóstico partiendo de los patrones disfuncionales, basados en los factores de adquisición, predisposición, desencadenamiento y mantenimiento, planteando posibles hipótesis y generando estrategias de intervención de acuerdo a las necesidades de cada uno de los usuarios.
- Es necesario sistematizar en la historia clínica de los usuario cada una de las estrategias planteadas en las sesiones terapéuticas (Individuales o grupales), lo cual debe ir consignado en un formato diseñado por la institución (Ver Anexo) para de esta forma dar cuenta de los procesos que se realizan con cada uno de los usuarios.
- Elaboración de registros en los cuales se lleve un control de los usuarios en cuanto a la asistencia e inasistencia con respecto a la intervención individual y grupal, estas intervenciones grupales van registradas en un formato diseñado por la fundación.

- Es importante sistematizar los patrones disfuncionales del usuario, para de esta forma evidenciar las relaciones entre factores precipitantes y los posibles factores riesgo, obteniendo con esto la frecuencia, intensidad, y la sintomatología que es provocada en el usuario cuando lleva a cabo rituales de consumo y abuso de SPA, sin dejar de lado las relaciones intra e inter personales que lo hacen vulnerable, teniendo en cuenta la interacción compleja entre las esferas (familiar, social, biológico, afectiva, cultural, cognitivo y comportamental), contribuyentes del comportamiento disfuncional .
- Es fundamental realizar intervención individual al usuario cuando esté se encuentre en crisis emocional, familiar, y eventos estresantes; en la cual se le debe brindar orientación, apoyo, escucharlo atentamente permitiéndole reflexionar y de esta manera tomar una posición crítica y razonable sobre la situación de su crisis, también se le permite la libre expresión de emociones.
- Proponer la intervención fundamentada en la clínica cognitivo comportamental, a partir del la historia de vida del usuario, en la cual se pueden utilizar técnicas de aplicación pertinentes para las diferentes problemáticas de los usuarios.

#### 3.5.1.4 Población

La población a quien se dirige esta propuesta son personas adultas desde los 18 años

en adelante residentes de la C.T Hogar “Nueva vida”, las cuales se encuentran por problemáticas de consumo SPA y patrones de comportamiento disfuncionales.

#### 3.5.1.5 Indicadores de Logro cuantitativos

- El 100 % de los procesos de intervención psicoterapéutica se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a dos mese.
- El 75 % de los procesos iniciados continúan en proceso o han finalizado.
- El 100 % de las evaluaciones diagnosticas son realizadas en las fechas que se han estipulado.
- El 100 % de las historias clínicas son diligenciadas en el tiempo estipulado.
- El 95 % de los usuarios asisten a las intervenciones.

#### 3.5.1.6 Indicadores de Logro Cualitativos

- Motivación, compromiso e interés de los pacientes para asistir a las terapias
- Modificación de conductas desadaptativas por otras más funcionales.
- Reflexiones sobre las técnicas e índices de cambio frente a sus conductas problemáticas.

Desde este eje de intervención de la psicología clínica, se encontró que los usuarios tenían buena disponibilidad asistiendo cumplida y responsablemente a las intervenciones

programadas, exponiendo situaciones que se han convertido en dificultades en sus vidas cotidianas, afectando así las diferentes esferas asociadas al consumo de sustancias psicoactivantes.

### 3.5.2 Talleres Psicoeducativos

#### 3.5.2.1 Objetivo General del Eje

Ejecutar y evaluar talleres psicoeducativos que posibiliten el desarrollo de estrategias para el manejo de situaciones de riesgo para ambas poblaciones (adultos mixto) que se dirijan a la prevención en recaídas y al fortalecimiento de la autoestima que permita estructurar adecuadamente los proyectos de vida.

#### 3.5.2.2 Objetivos específicos del Eje:

- Fortalecer a través de los talleres educativos los hábitos saludables y responsables en los usuarios.
- Lograr la reflexión de los usuarios a través de las temáticas a desarrollar en los talleres y asimismo conseguir la modificación de estilos de vida mediante estos temas.
- Implementar herramientas a partir de estos temas que les permita la construcción del proyecto de vida.

### 3.5.2.3 Estrategias de Acción

- Ejecución de talleres psicoeducativos de acuerdo a las problemáticas y necesidades de la población.
- Evaluación del contenido de los talleres al finalizar la actividad

### 3.5.2.4 Población

La población a quien se dirige esta propuesta son personas adultas desde los 18 años en adelante residentes de la C.T Hogar “Nueva vida”, las cuales se encuentran por problemáticas de consumo SPA.

### 3.5.2.5 Indicadores de Logro cuantitativos

- El 100 % de los talleres programados se realizaron.
- El 90 % de los usuarios asistieron a los talleres programados.
- El 90 % de los usuarios participaron de manera activa y reflexiva frente a los temas propuestos.

### 3.5.2.6 Indicadores de Logro Cualitativos

- Motivación, compromiso e interés de los pacientes para asistir a los talleres educativos.
- Modificación de conductas desadaptativas por otras más funcionales y responsables, a partir de los temas trabajados en los talleres.
- Reflexiones e índices de cambio frente a problemáticas sobre la autoestima y el autoconcepto.

En el eje de intervención de talleres psicoeducativos se evidencia el compromiso y la disposición por parte de los usuarios para asistir y participar activamente de este espacio, que genera no solo aprendizaje a nivel significativo, sino, también se convierte en un escenario lúdico para los usuarios.

### 3.5.3 *Tutorías y Coordinación de Etapa*

#### 3.5.3.1 Objetivo general del Eje:

Brindar acompañamiento a los residentes que ingresen al programa, lo que implica el diligenciamiento de formatos de planes de tratamiento y proyecto de vida. (Ver anexos 10 y 11) Con respecto a la coordinación de etapa es realizar un seguimiento y acompañamiento a la misma y a los usuarios que pertenecen a ella.

### 3.5.3.2 Objetivos específicos del Eje

- Acoger y motivar al usuario.
- Lograr que los usuarios se familiaricen con el diario vivir de la CT su filosofía y su normatividad.
- Incrementar la conciencia de cambio y el compromiso existencial propios de la CT.
- Dar a conocer la filosofía y la misión institucional.
- Comprometer a la familia en el proceso de reeducación (acompañamiento al usuario).
- Identificar las causas y las problemáticas relacionadas con el consumo de SPA.
- Elaborar y comenzar la ejecución del plan de tratamiento.

### 3.5.3.3 Estrategias de Acción

- Presentación del ABC de la Comunidad terapéutica al usuario donde el usuario tiene la oportunidad de conocer la información necesaria acerca de la institución.
- Orientación al usuario frente a las normas cardinales y generales de la fundación.
- Elaboración y orientación al usuario de su proyecto de vida.

#### 3.5.3.4 Población

La población a quien se dirige esta propuesta son personas adultas desde los 18 años en adelante residentes de la C.T Hogar “Nueva vida”, las cuales se encuentran por problemáticas de consumo SPA.

#### 3.5.3.5 Indicadores de Logro cuantitativos

- El 100 % de los usuarios asisten a la tutoría.
- Se cumple con el 100 % de las orientaciones al usuario frente a las normas cardinales y generales de la fundación.
- Se cumple con el 100 % de elaboración y orientación del usuario frente a su proyecto de vida.

#### 3.5.3.6 Indicadores de logro cualitativos

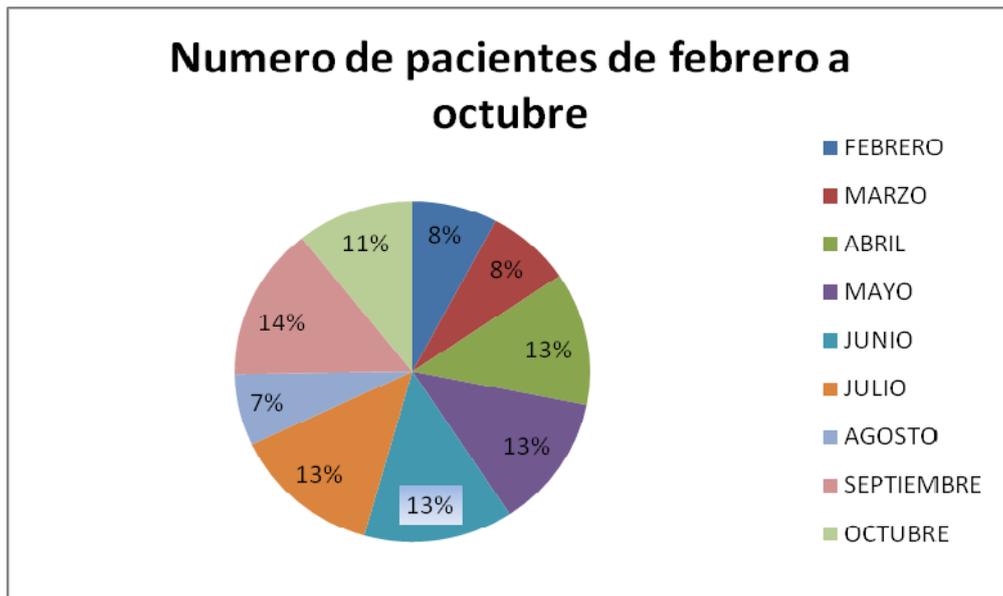
- Acogida y motivación del usuario.
- Familiarización con el diario vivir de la CT su filosofía y su normatividad.
- Recuperación nutricional.
- Incremento de la conciencia de cambio y el compromiso existencial propios de la CT.
- Conocimiento de la filosofía y la misión institucional.

- Compromiso de la familia.
- Identificación de las causas y las problemáticas relacionadas con el consumo de SPA.
- Elaboración y comienzo de la ejecución del plan de tratamiento.

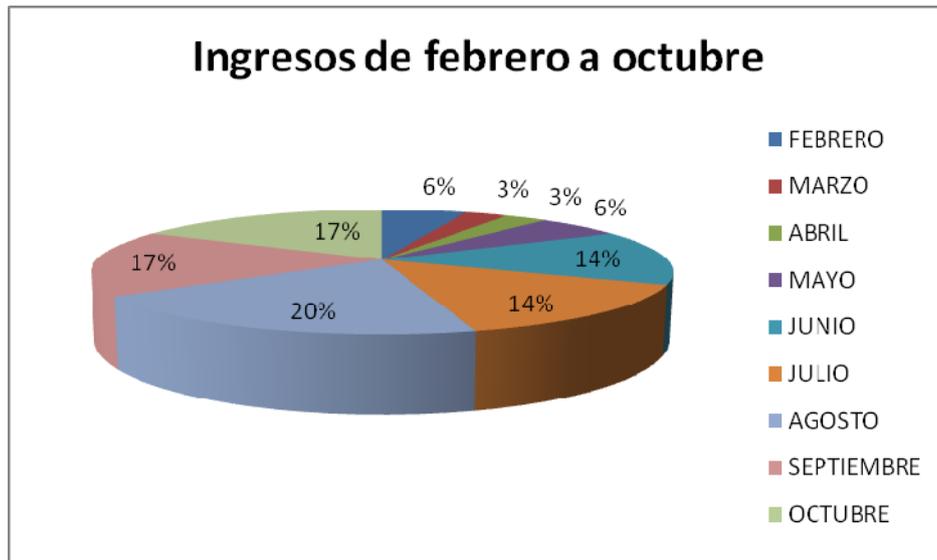
En este eje de intervención de las tutorías se encuentra disponibilidad por parte de los usuarios en cuanto a la asistencia y compromiso de asumir responsablemente su proceso adaptándose a las normas y dinámica de la CT, integrando el apoyo y la responsabilidad por parte de sus familiares.

### 3.6 Presentación Y Análisis De Resultados

Con base a los datos hallados en los dos semestres de práctica profesional, se pueden obtener los resultados finales que se consideran pertinentes para evidenciar el desarrollo de las propuestas en ejecución para cada una de los ejes de intervención.

*Figura 1 Porcentaje de pacientes de febrero a octubre*

Como lo muestra la figura el porcentaje de usuarios que fueron atendidos durante los nueve meses de práctica en el Hogar Nueva Vida es de un porcentaje en los meses de febrero y marzo del 19% que equivale a 8 personas por cada mes; para los meses de abril, mayo, junio y julio se encuentra un porcentaje del 31% que equivale a 13 personas por mes, en el mes de agosto el 7% equivalentes a 7 personas en el mes, en septiembre se encuentra el 14% que equivale a 15 personas al mes y en el mes de octubre el 11% equivalentes a 11 personas al mes, con los cuales se desarrollo un proceso diagnóstico y de identificación de problemáticas relacionas con el consumo de SPA abordadas y trabajadas durante estos meses. Se debe tener en cuenta que los porcentajes pueden variar debido a que no se tiene un estándar fijo de ingresos y egresos por parte del programa.

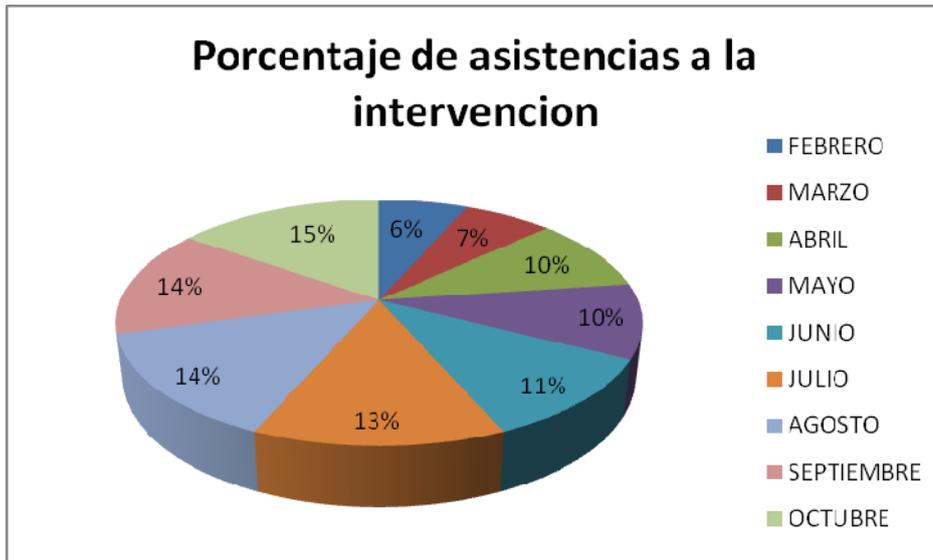
*Figura 2 Ingresos de febrero a octubre*

Como se observa en la figura, en el mes de febrero ingresaron al programa el 6% de los usuarios que corresponde a dos personas, en los meses de marzo, abril y mayo un porcentaje del 3% que equivalen dos personas por mes, en los meses de junio y julio el 14% que equivalen a cinco personas por mes que ingresan al programa, encontrándose en el mes de agosto un incremento del 20% equivalente a siete personas, y en los meses de septiembre y octubre el 17% que corresponde a seis personas por cada mes.

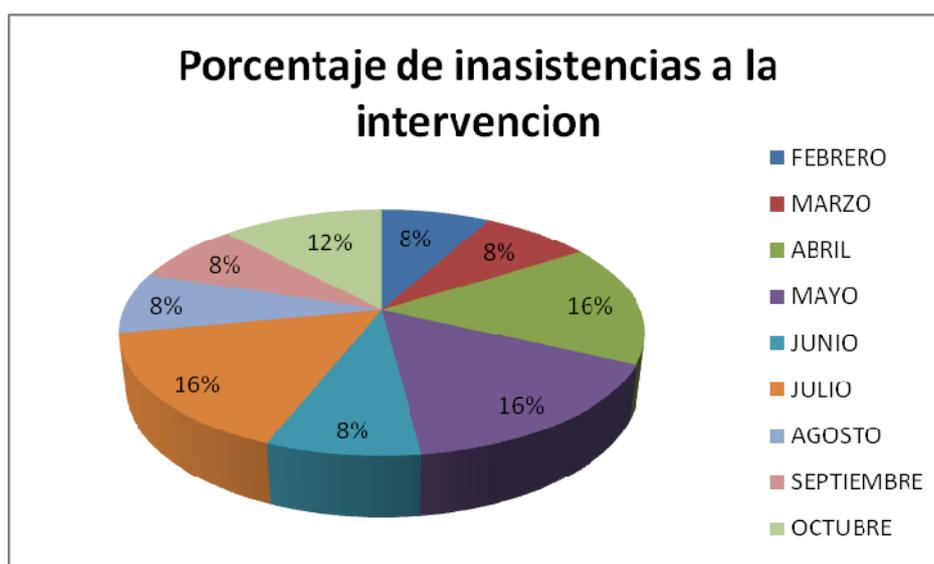
Figura 3 Número de abandonos



Como lo muestra la figura el porcentaje de usuarios que abandonaron el programa en cada mes es de un porcentaje en los meses de febrero y marzo de el 17% que equivale a 2 personas por cada mes; para los meses de abril y mayo se encuentra un porcentaje del 33% lo cual corresponde a 4 personas por mes. Comparando las tablas de resultados de los ingresos y abandonos de usuarios del programa se evidencia un alto nivel de deserción debido a que algunos usuarios les cuesta adaptarse a la dinámica de la comunidad terapéutica relacionado con los patrones de personalidad de cada uno de ellos.

*Figura 4 Porcentaje de asistencia a la intervención*

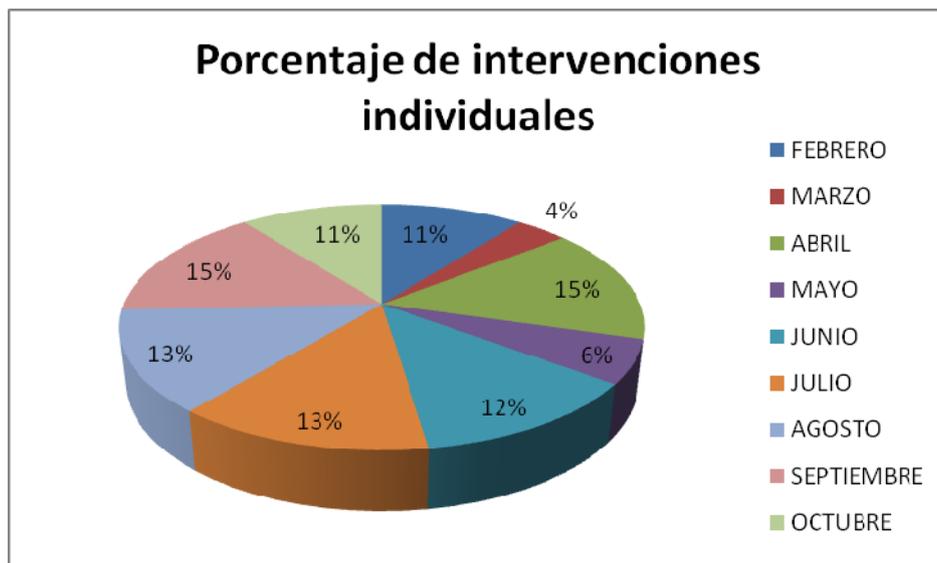
Como lo muestra la figura el porcentaje de usuarios que asistieron a intervención individual durante los meses de práctica en el Hogar Nueva Vida es de un porcentaje en el mes de febrero del 6% correspondiente a seis personas, en el mes de marzo del 7% que equivale a 6 personas; para los meses de abril y mayo se encuentra un porcentaje del 10% que equivale a 9 personas, incrementándose en el mes de junio con un 11% equivalente a diez personas; también en el mes de julio se observa incremento en un 13% que corresponde a doce personas y los meses de agosto y septiembre el 14% equivalentes a trece personas por mes, finalmente, en el mes de octubre se encuentra el 15% de asistencias a las intervenciones que corresponde a catorce personas.

*Figura 5 Porcentaje de inasistencias a la intervención*

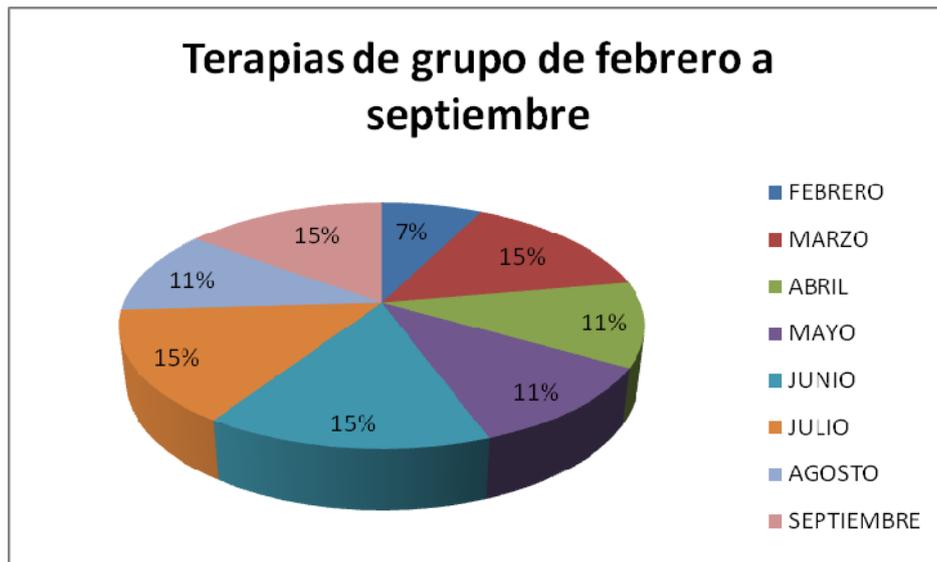
Como se observa en la figura, el porcentaje de usuarios que no asistieron a intervención en el mes de febrero y marzo del 8% equivalente a 2 personas, en los meses de abril y mayo del 16% correspondiente a 4 personas, en el mes de junio el 8% equivalente a 2 personas, en julio el 16% correspondiente a cuatro personas y en los meses de septiembre y octubre se encuentra el 8% que equivale a 2 personas por cada mes. Se aclara que las inasistencias de los usuarios a intervención se debe a que se producen cambios en el diario vivir de la CT generando cruces de horarios generando el cambio de programación de las intervenciones, sin embargo las citas son programadas de nuevo posteriormente procurando la prestación de servicio óptima a los usuarios del programa.

*Figura 6 Intervenciones en crisis*

Como lo muestra la figura el porcentaje de usuarios que han sido intervenidos en crisis durante los meses de práctica en el Hogar Nueva Vida es en el mes de marzo del 4% equivalente a una persona, en abril del 32% lo que equivale a 7 personas, en el mes de mayo un porcentaje del 4% que corresponde a 1 persona, en los meses de junio, julio y agosto encontramos un porcentaje del 14% que corresponde a 3 personas y en los meses de septiembre y octubre el 9% correspondiente a dos personas por cada mes; las cuales se escucharon activamente, se les permitió la libre expresión de emociones y se orientaron frente a la problemática manifestada. Las intervenciones en crisis se iniciaron a partir del mes de marzo, debido a que eran los meses iniciales del ejercicio de práctica profesional y aun me encontraba en inducción.

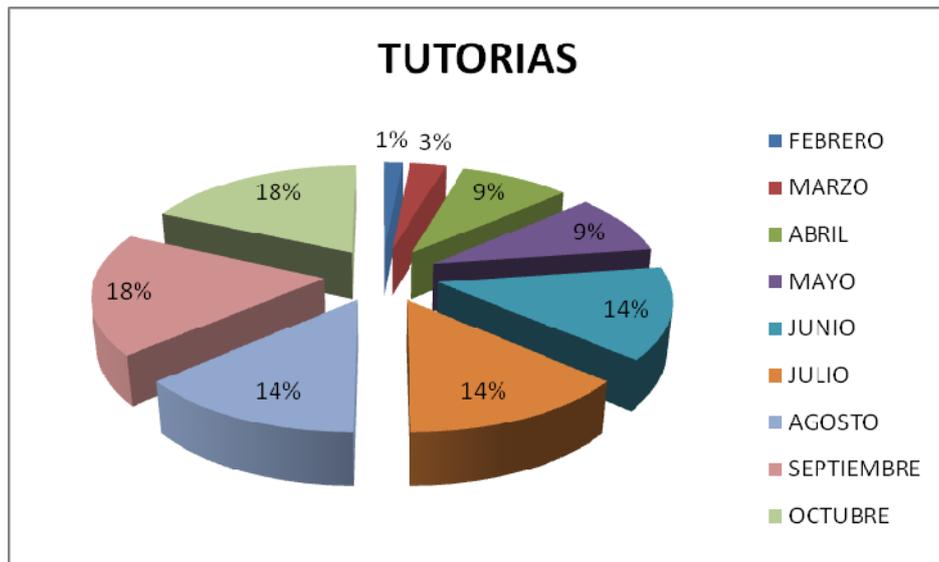
*Figura 7 Porcentaje de intervenciones individuales*

Como se observa en la figura, el porcentaje de intervenciones individuales es en el mes de febrero del 11% que equivale a once personas al mes, en el de marzo el 4% correspondiente a cuatro personas, en abril el 15% equivalente a siete personas, en el mes de mayo se encuentra el 6% equivalente a seis personas, en el mes de junio se presenta un incremento en 12% correspondiente en atención individual a trece personas, en los meses de julio y agosto un porcentaje del 13% equivalente a catorce personas por cada mes, en septiembre el 15% correspondiente a diez y seis personas y en el mes de octubre el 11% equivalente a once personas. Estos incrementos y decrementos en la asistencia individual se deben a cambios administrativos generados en la organización.

*Figura 8 Terapias de grupo de febrero a septiembre*

Como lo muestra la figura, el porcentaje de terapias de grupo realizadas por mes, durante los meses de práctica en el Hogar Nueva vida es de un porcentaje en el mes de febrero del 7% lo que equivale a 2 en el mes, en marzo al 15% que equivale a 4 en el mes, en los meses de abril y mayo se encuentra un porcentaje del 11% que equivale a 3 terapias de grupo por mes, en los meses de junio y julio el 15% equivalente a cuatro por cada mes, en agosto el 11% correspondiente a tres al mes y en el mes de septiembre encontramos el 15% equivalente a cuatro en el mes. No se realizan terapias de grupo por parte del practicante en el mes de octubre porque otro profesional se encarga de esa responsabilidad y a que se debe cumplir con apoyos al hogar juvenil.

Figura 9 Tutorías



Como lo muestra la figura el porcentaje de usuarios que asistieron a las tutorías durante los meses de práctica en el Hogar Nueva vida es de un porcentaje en el mes de febrero es del 1% que equivale a 1 asesoría, en el mes de marzo del 3% que equivale a 2 personas con asesoría; para los meses de abril y mayo un porcentaje del 9% lo cual corresponde a 6 asesorías, en los meses de junio, julio y agosto un porcentaje del 14% que equivale a 9 asesorías por cada mes, para los meses de septiembre y octubre encontramos el 18% equivalente a 12. El incremento de asesorías de tutorado se incrementa en la medida que el equipo clínico lo proponga.

*Figura 10 Porcentaje de hombres y mujeres atendidos en el programa*



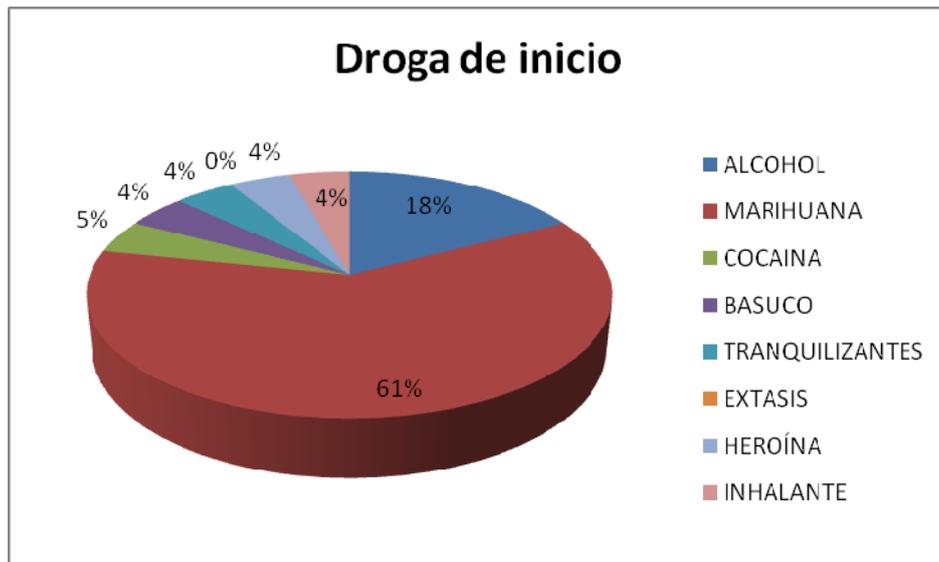
Como indica la figura, el porcentaje de hombres y mujeres atendidos en el programa es de hombres 88% equivalente a 23 personas y en mujeres se encuentra el 12% correspondiente a 3 personas. Es así que el porcentaje mas alto de la población se encuentra entre los hombres.

*Figura 11 Rango de edad de mayor participación en el programa*



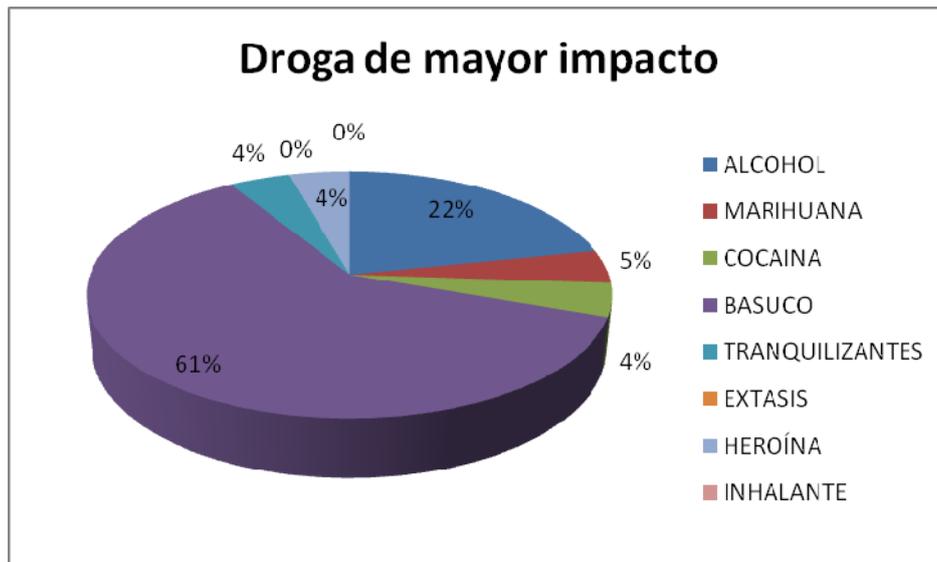
Como lo indica la figura, en la población mixta de adultos del programa, hay dos rangos de edad que predominan, el rango de edad de 25 a 35 años y el de 35 a 45 años, presentando un porcentaje del 36% cada uno, y se tiene un porcentaje del 28% en el rango de edad de 18-25 años.

Figura 12 Droga de inicio



El alcohol con un 18% y la marihuana con un 67% son las sustancias que predominan al inicio del consumo, seguido muy lejos por la cocaína, basuco, heroína e inhalantes con 4% y 5% respectivamente, los tranquilizantes y el éxtasis aparecen con porcentajes prácticamente residuales.

Figura 13 Droga de mayor impacto



Como lo indica la figura, el basuco con un 61% supera ampliamente al alcohol que participa con un 22%; y más atrás la marihuana y la cocaína que participan con un 5 y 4% respectivamente. Cuando se habla de droga de impacto, se hace referencia a la droga principal de consumo de las personas que ingresan al proceso. Esta estadística se obtuvo con base en las entrevistas iniciales preingreso al proceso.

### 3.7 Dificultades Presentadas

Desde el eje de intervención clínica se encuentra como dificultad las constantes modificaciones en el diario vivir de la CT (Talleres con el Padre, las actividades laborales

cotidianas cambian de horario, es decir, lo que estaba programado en horas de la mañana se realiza en horas de la tarde y viceversa), lo cual genera inconvenientes para que los usuarios asistan cumplidamente a las intervenciones individuales y no retrasen sus procesos.

Con relación al eje de intervención desde la psicología educativa se encuentra inasistencia de algunos usuarios debido a que le asignan responsabilidades mayores que deben cumplir, por lo tanto no pueden asistir la población completa a estos escenarios, ya que los talleres tienen continuidad con respecto a los temas y los usuarios no tienen la oportunidad de asimilarlo adecuadamente.

#### **4 CONCLUSIONES**

Las intervenciones clínicas como ejecución del proceso de prevención integral llevado a cabo al interior del Hogar Nueva Vida, en especial en el programa de adultos mixto, permitió desarrollar procesos de evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento con cada uno de los usuarios asignados en el período de práctica profesional, realizando un proceso de acompañamiento desde sus diversas áreas, tanto a nivel individual, familiar, social, laboral como educativo. En el área de familia se realizó entrevista con cada uno de los miembros de esta y luego en grupo; en cuanto las áreas social, laboral y educativa, se lleva a cabo la orientación frente al proyecto de vida que incluye estas áreas.

Es así que por medio de la de la intervención clínica, desde el enfoque cognitivo conductual, se emplearon diferentes métodos terapéuticos que contribuyeron en el sujeto a la modificación de comportamientos y pensamientos frente a las situaciones que le generan incomodidad, obteniendo herramientas que le den la opción de afrontar cognitiva y emocionalmente estilos de afrontamiento que beneficien y mejoren su calidad de vida.

Es así que el ejercicio como psicólogo en formación en este sitio de práctica, no sólo permitió centrarse en las conductas problema de los usuarios, sino que permitió explorar el contexto y las dificultades que este presentaba en su vida cotidiana en relación a su esfera familiar, relaciones de pareja, interacción con su grupo de pares entre otros. También brinda la oportunidad de analizar las etapas del desarrollo obteniendo información acerca de sus creencias y modos de afrontar el mundo del sujeto.

Por esto se tiene la visión de ser humano activo inmerso en un contexto biopsicosocial, con capacidad para desarrollar sus habilidades y virtudes que lo llevan a darse cuenta y asumir de manera responsable reflexionando acerca de las consecuencias que trae consigo el mantener una conducta de consumo SPA.

Con respecto a los talleres se puede decir que son el complemento de las intervenciones individuales y que son necesarios para el proceso de los usuarios ya que estos contribuyen al desarrollo de habilidades en cuanto a hábitos sanos y responsables de

afrontamiento se refieren. Adquiriendo así mayor confianza y seguridad en sí mismos, evaluando y reflexionando acerca de sus experiencias responsabilizándose de sus acciones.

En cuanto al tercer eje de intervención, tutorías y coordinación de etapa de acogida, se realiza la orientación pertinente con respecto a la normatividad y la dinámica de la comunidad terapéutica, brindándole acogida al usuario y capacitándolo para lograr que lleve un proceso adecuado.

## **5 RECOMENDACIONES**

Partiendo del trabajo interdisciplinario que se lleva a cabo con las personas que abusan y dependen de drogas y con el proceso de atención y prestación de servicio que se efectúa con los usuarios que hacen parte del programa adultos mixto de la Fundación Hogares Claret, se hace relevante realizar las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer las reuniones de Staff por medio de estudio de casos, unificando criterios desde las diferentes áreas que conforman el equipo interdisciplinario, que contribuya a las necesidades y particularidades de cada uno de los usuarios.
- Tener acceso a pruebas psicológicas tanto proyectivas como objetivas, que permitan la complementación del diagnóstico de los usuarios que se encuentran en proceso.

- Incluir dentro del programa el área médica psiquiátrica que contribuya en el mejoramiento y la calidad del servicio a los usuarios que ingresen al programa.
  
- Realizar una inducción más amplia y rigurosa tanto a los usuarios que tomen la decisión de ingresar al programa como a sus familias, creando horarios específicos de atención asignando un coordinador para dicha función.
  
- Realizar un trabajo con datos estadísticos que den cuenta de la eficacia del objetivo principal de la fundación y por ende del programa, asignando un coordinador estadístico.
  
- Realizar planeación estructurada sobre los temas de orientación a las familias desde las diferentes áreas que conforman el equipo interdisciplinario. Cada una de estas áreas debe llevar a cabo una planeación individual donde presente los resultados del cumplimiento de sus objetivos frente a la orientación de las familias.
  
- Después de la entrevista inicial preingreso que se lleva a cabo con el usuario, también realizar una entrevista rigurosa con los acudientes y familiares de dichos usuarios que permita corroborar la información expuesta por el mismo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

ABC de la comunidad Terapéutica. Fundación Hogares Claret (2003). Medellín 3ª Edición.

Beck, A. Wright, F, y otros (1999). Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Coll, Cesar. (1999) Constructivismo e intervención educativa. Barcelona. Ediciones pirámide.

Ellis, A., y Grieger R. (1981). Manual de Terapia racional Emotiva. New Cork: 7 Edición Descleé De Brouwer.

Hothersall, David (1997) Historia de la psicología. Editorial McGraw –Hill InterAmericana. México D.F.

Libro de memorias 20 años Fundación Hogares Claret (1994-2004). Medellín.

López, Juan y Valdez (2002). Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson, S.A. Barcelona.

Morris, Charles (1997). Introducción a la psicología. Editorial Prentice Hall  
Hispanoamericana. México D.F.

Phares, E Jerry (1992). Psicología clínica conceptos, métodos y practica. Editorial El  
manual Moderno. México D.F.

Stephen M. Sthal (1996). Psicofarmacologia esencial. Editorial Ariel. Barcelona.

Tapia Roberto. (2001) Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México.  
Editorial El manual moderno.

Vallejo Miguel. (1998). Manual de Terapia de Conducta. Volumen 1. Madrid Editorial  
Dykinson.

## ANEXOS





	<b>ENTREVISTA PSICOLÓGICA</b>	<b>Código: F-21</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 28/02/2008</b>

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Fecha Entrevista Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_  
1.2. Nombres y Apellidos Completos: \_\_\_\_\_

**2. HISTORIA EDUCATIVA Y LABORAL**

- 2.1. Cuál fue su último año escolar aprobado? Por qué no continuó? Hace cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2.2. Ha realizado cursos o estudios superiores (incluido el servicio militar), describa cuáles?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2.3. Repitió años escolares, explique por qué motivos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2.4. Cómo fue su desempeño académico y disciplinario? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2.5. Cómo era su relación con los profesores? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2.6. Cuál es el recuerdo más grato de la época escolar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>ENTREVISTA PSICOLÓGICA</b>	<b>Código: F-21</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 28/02/2008</b>

2.7. En qué actividades laborales se ha desempeñado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8. Cómo se ha sentido en estas actividades laborales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.9. Por qué han terminado dichas actividades laborales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.10. Cómo han sido las relaciones con sus jefes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. HISTORIA SOCIAL

3.1. ¿Cómo se ha relacionado socialmente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. Han cambiado sus relaciones sociales posterior al consumo? De qué forma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.3. Qué relaciones positivas conserva? Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ENTREVISTA  
PSICOLÓGICA**

**Código: F-21**

**Versión: 02**

**Fecha: 28/02/2008**

3.4. Ha vivido en la calle? Cuánto tiempo? Cómo ha sido esta experiencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.5. Qué cosas o actividades le divierten más? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. HISTORIA DE CONSUMO**

4.1. Qué podría usted determinar como pérdidas durante el tiempo de consumo? Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2. Recuerda algún evento significativo en su infancia, adolescencia o reciente que pueda relacionarse con el inicio o aumento del consumo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. HISTORIA LEGAL**

5.1. Tiene antecedentes delictivos? De que tipo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.2. Cómo conseguías el dinero para consumir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ENTREVISTA  
PSICOLÓGICA**

**Código: F-21**

**Versión: 02**

**Fecha: 28/02/2008**

**6. HISTORIA FAMILIAR**

6.1. Con quién ha vivido últimamente y cómo es el ambiente allí? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.2. Cómo se llama su papá? Qué ha significado para Usted? Cómo es su relación?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

6.3. Cómo se llama su mamá? Qué ha significado en su vida? Cómo es su relación?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

6.4. Quiénes son sus hermanos? Cómo es su relación con ellos? Qué lugar ocupa entre ellos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.5. Tiene o ha tenido pareja? Cómo es la relación con ella? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.6. Tiene hijos? Cuántos? Explique cómo son las relaciones con ellos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.7.Cuál ha sido la persona más significativa en su vida? Por qué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>ENTREVISTA PSICOLÓGICA</b>	<b>Código: F-21</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 28/02/2008</b>

**7. HISTORIA PERSONAL RELEVANTE**

7.1. Qué eventos importantes, significativos o traumáticos recuerda de su infancia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.2. Qué eventos importantes, significativos o traumáticos recuerda de su adolescencia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.3. Cómo fueron sus primeras relaciones sexuales? Ha tenido algún tipo de dificultades? (relaciones homosexuales, abusos, alteraciones por uso de SPA, masturbación compulsiva u otros trastornos) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.4. ¿Cuál es su elección sexual? \_\_\_\_\_

7.5. Ha tenido algún accidente, enfermedad, ataques convulsivos, etc.? Le han dejado secuelas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.6. Toma medicamentos actualmente? Para qué enfermedad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. MOTIVO DE CONSULTA**

8.1. Qué o quién lo motivó a ingresar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ENTREVISTA  
PSICOLÓGICA**

**Código: F-21**

**Versión: 02**

**Fecha: 28/02/2008**

8.2. Considera que el consumo es un problema para usted? Por qué? En qué época y bajo qué circunstancias comenzó a considerar que el uso de SPA era un problema para usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.3. Qué personas cercanas se vieron afectadas por su consumo? De que manera?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.4. Cree usted que tenga otra dificultad más grave que el uso de SPA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.5. Ha estado en tratamientos anteriores? En qué Institución? Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.6. Qué espera de este tratamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.7. Qué quiere ser en el futuro? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.8. Qué debes hacer para lograrlo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>ENTREVISTA PSICOLÓGICA</b>	<b>Código: F-21</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 28/02/2008</b>

9. OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.1. Comportamiento en la entrevista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.2. Reacciones emocionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.3. Capacidad de insight, juicio y fiabilidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. PRONÓSTICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de Registro Profesional: \_\_\_\_\_

	<b>EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS POR ETAPA</b>	<b>Código: F-26</b>
		<b>Versión: 03</b>
		<b>Fecha: 23/10/2007</b>

Nombre del usuario \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_  
 Programa \_\_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_\_ Regional \_\_\_\_\_

<b>FASE: INGRESO</b>			
	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
<b>ETAPA DE ACOGIDA</b>			
Realizar programa de inducción			
Participación en grupos			
Entrevista médica			
Entrevista psicológica			
Entrevista familiar			
Autoevaluación de la etapa			
Presentación de etapa			
Decisión			
<b>FASE: PROGRESO</b>			
<b>ETAPA IDENTIFICACION</b>			
Introyectar normas y valores de la comunidad terapéutica			
Diseñar y comenzar ejecución de plan de tratamiento			
Participación en grupos			
Desarrollo de la guía Autobiografía			
Autoevaluación de la etapa			
Presentación de etapa			
Decisión			
<b>ETAPA ELABORACION</b>			
Ejecutar plan de tratamiento			
Diseñar proyecto de vida			
Cumplir funciones de hermano mayor			
Participación en grupos			
Desarrollar habilidades sociales			
Participar en la estructura operativa			

	<b>EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS POR ETAPA</b>		<b>Código: F-26</b>
			<b>Versión: 03</b>
			<b>Fecha: 23/10/2007</b>
Nombre del usuario _____	Fecha de ingreso _____		
Programa _____ Hogar _____	Regional _____		
	cumple		OBSERVACIONES
	Si	No	
Autoevaluación de la etapa			
Presentación de etapa			
Decisión			
<b>ETAPA CONSOLIDACION</b>			
Consolidar red de apoyo sociofamiliar			
Participar en grupos de apoyo			
Desarrollar habilidades de afrontamiento			
Diseñar plan de servicio social			
Autoevaluación de la etapa			
Presentación de etapa			
Decisión			
<b>ETAPA SERVICIO SOCIAL</b>			
Desarrollar plan de servicio social			
Diseñar plan de desprendimiento gradual			
Autoevaluación de la etapa			
Presentación de etapa			
Decisión			
<b>FASE: EGRESO</b>			
<b>ETAPA DESPRENDIMIENTO GRADUAL</b>			
Ejecución del plan de desprendimiento gradual			
Fortalecimiento red de apoyo sociofamiliar			
Ritual de desprendimiento			
Presentación de etapa			
Decisión			
<b>ETAPA SEGUIMIENTO</b>			
Asistencia al hogar			
Revisión del proyecto de vida			
Decisión			
<b>CEREMONIA DE EGRESO</b>			

Nota: Para la evaluación de cada etapa se requiere el paz y salvo administrativo.

	<b>HOJA DE EVALUACIÓN</b>	Código: F-16
		Versión: 02
		Fecha: 23/10/2007

Hogar: \_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de identidad \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Grado de Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia \_\_\_\_\_ E – mail: \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACUDIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ N° de Libreta Pago \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ E – mail:: \_\_\_\_\_

Teléfonos: (celular) \_\_\_\_\_ (Fijos) \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha	Evaluaciones y/o Devaluaciones	Firma
Rotaciones del Hogar	Al Hogar	Fecha
Abandones y Reingresos al Tratamiento		Fecha

	<b>PRESENTACIÓN DE ETAPA</b>	<b>Código: F-34</b>
		<b>Versión: 03</b>
		<b>Fecha: 23/10/2007</b>

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Etapa actual: \_\_\_\_\_ Etapa a la que se presenta: \_\_\_\_\_

Cumplimiento de objetivos de etapa:

Logros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dificultades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación con sus pares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comportamientos y actitudes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Familiar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. Exposición terapia de grupo: \_\_\_\_\_ No. De Confrontaciones: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_



## ACTIVIDAD GRUPAL

Código: F-35

Versión: 02

Fecha: 12/06/2006

Área: \_\_\_\_\_ Nombre de la Actividad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Grupo/Etapa: \_\_\_\_\_

Nº Participantes: \_\_\_\_\_ Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ Hora de Finalización: \_\_\_\_\_

1. Tema (Justificación): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Objetivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Metodología (Descripción): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Recursos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Asistentes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>ACTIVIDAD GRUPAL</b>	<b>Código: F-35</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 12/06/2006</b>

6. Ausentes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Evaluación del Grupo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Sugerencias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_



REMISION

Código: F-25

Versión: 02

Fecha: 27/02/2006

Fecha: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

Dirigido a: \_\_\_\_\_

Nombre del Usuario: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Impresión Diagnóstica (I.Dx): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Profesional y número del registro: \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional: \_\_\_\_\_





	<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b>	Código: F-29
		Versión: 02
		Fecha: 27/02/2006

Participación Grupal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Respuesta a la Autoridad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Participación en actividades ocupacionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Perfil general: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Tutor: \_\_\_\_\_

Teniendo en cuenta lo anterior, el Equipo Técnico en acuerdo con el usuario, consideran que para un buen tratamiento y un favorable pronóstico en la integración sociofamiliar, el mismo debe trabajar consistente y responsablemente y, de manera especial en los siguientes problemas:



## PLAN DE TRATAMIENTO

Código: F-29

Versión: 02

Fecha: 27/02/2006

### Área de Salud y Abuso de SPA:

Problemas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estrategias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Área Legal:

Problemas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## PLAN DE TRATAMIENTO

Código: F-29

Versión: 02

Fecha: 27/02/2006

Estrategias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Área Educativa y Laboral:

Problemas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estrategias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Área Familiar:

Problemas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b>	<b>Código: F-29</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 27/02/2006</b>

Estrategias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Área Social:**

Problemas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estrategias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Área Psicoafectiva:**

Problemas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b>	<b>Código: F-29</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 27/02/2006</b>

Estrategias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Área Espiritual:**

Problemas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estrategias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Usuario: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Director del Centro de Servicio: \_\_\_\_\_

	<h2>PROYECTO DE VIDA</h2>	Código: F-30
		Versión: 02
		Fecha: 27/02/2006

El Proyecto de Vida es el conjunto organizado de reflexiones acerca de lo que soy y deseo ser; se puede definir además como el conjunto de propósitos, aspiraciones y acciones coherentemente organizadas, que cada persona asume como propias e individuales, para darle un sentido a su existencia. Este plan es flexible, dinámico y evaluable, requiere de seguimiento y monitoreo.

**Datos personales:**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Documento de Identificación \_\_\_\_\_ Etapa \_\_\_\_\_  
 Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de elaboración \_\_\_\_\_

**Misión**

Se define como la razón de ser o el propósito fundamental y duradero que justifica la existencia, en última instancia constituye la columna vertebral del habitante interior en cada uno de nosotros. Las metas y las aspiraciones planteadas en el Proyecto de Vida, giran en torno a la Misión.

Mi Misión es:

---



---



---

**Visión**

Son los sueños, las "Utopías posibles" y alcanzables, la Visión precisa lo que se desea ser en el futuro a mediano o largo plazo

Mi Visión es:

---



---



---

**Principios**

Estos son los valores o pautas fundamentales que rigen el Proyecto de Vida; Son básicas para dar rectitud a las acciones y al estilo de vida, son un soporte para las metas y las estrategias al cumplir la Misión y alcanzar la Visión planteadas. Son su marco de referencia.

Mis principios son:

---



---



---

	<b>PROYECTO DE VIDA</b>	<b>Código: F-30</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 27/02/2006</b>

**Diagnóstico Personal:**

**Fortalezas:** Son los factores positivos o condiciones internas que favorecen mi desarrollo personal y el logro exitoso de mis metas. Ellas son:

---

---

---

**Debilidades:** Son los factores negativos o condiciones internas que obstaculizan o se oponen a mi desarrollo personal y al logro exitoso de mis metas. Ellas son:

---

---

---

**Oportunidades:** Son los factores positivos o condiciones externas que favorecen mi desarrollo personal y el logro exitoso de mis metas. Ellas son:

---

---

---

**Amenazas:** Son los factores negativos o condiciones externas que obstaculizan o se oponen a mi desarrollo personal y al logro exitoso de mis metas. Ellas son:

---

---

---

**Objetivos:** Son los resultados a corto, mediano y largo plazo, que se pretenden alcanzar teniendo presentes la Misión, la Visión y los Principios del Proyecto de Vida. Estos deben ser realistas, claros, razonables y precisos; cuando los objetivos se traducen en resultados cuantificables, evaluables o medibles se convierten en metas.

**Estrategias:** Son los medios o acciones planteadas de manera ordenada y en secuencia cronológica para obtener las metas. También están sometidas coherentemente a las políticas establecidas.

	<b>PROYECTO DE VIDA</b>	<b>Código: F-30</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Fecha: 27/02/2006</b>

**Mis objetivos a corto plazo son:**

**Personales:**

---

---

---

**Educativos y/o Laborales:**

---

---

---

**Sociales y Familiares:**

---

---

---

**Espirituales:**

---

---

---

**Mis estrategias para lograr lo anterior son:**

---

---

---

**Mis objetivos a mediano plazo son:**

**Personales:**

---

---

---



## PROYECTO DE VIDA

Código: F-30

Versión: 02

Fecha: 27/02/2006

Educativos y/o Laborales:

---

---

---

Sociales y Familiares:

---

---

Espirituales:

---

---

---

Mis estrategias para lograr lo anterior son:

---

---

---

Mis objetivos a largo plazo son:

Personales:

---

---

---

Educativos y/o Laborales:

---

---

---



## PROYECTO DE VIDA

Código: F-30

Versión: 02

Fecha: 27/02/2006

Sociales y Familiares:

---

---

---

Espirituales:

---

---

---

---

Mis estrategias para lograr lo anterior son:

---

---

---

Observaciones y otros:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Usuario: \_\_\_\_\_

Firma Tutor: \_\_\_\_\_

Firma Director: \_\_\_\_\_



# APENDICES

Pereira, 1 de septiembre de 2008

Hogar juvenil Vientos de Cambio

Informe: Ejercicio auditoria interna

Area: Pedagogía (Ana yansis)

José Luis Sánchez Ríos (psicólogo en formación)

El día jueves 14 de agosto de 2008, se realizo el ejercicio de auditoria interna al área de pedagogía Hogar juvenil vientos de Cambio, ejecutada por José Luis Sánchez Ríos (psicólogo en formación) del programa adultos mixto hogar nueva vida.

El objetivo del ejercicio de auditoria interna es orientar al funcionario del área con respecto a los procedimientos, los cuales son requisito fundamental para la certificación del sistema de gestión de calidad y también para cumplir con los estándares estipulados por el ICBF (instituto de bienestar familiar).

Es así, que para este ejercicio de auditoria interna se tienen en cuenta las funciones establecidas para el área de pedagogía tomando de base las siguientes:

Funciones Area de Pedagogía

- Objetivo area pedagogía
- Una intervención individual por mes
- Evaluación Pedagógica
- Orientación profesional
- Certificados SENA
- Certificados de vinculación INTECS
- Convenio interinstitucional
- Proyecto productivo: certificados AESCO, CROJ, PANADERIA, AGRICULTURA por usuario

Lo anterior es respondiendo al plan de tratamiento y al PLATINFA, instrumentos indispensable para dar respuesta a las necesidades y particularidades de los usuarios del programa juvenil (hogar vientos de cambio).



**OBSERVACIONES DURANTE EL EJERCICIO AUDITORIA INTERNA:**

Se tiene un adecuado conocimiento del objetivo central del área de pedagogía, cumple con las intervenciones individuales mensuales por usuario; también con las evaluaciones pedagógicas y la adecuada orientación profesional; cumple con los certificados INTECS; no se encuentran al día los certificados SENA; quedan pendientes los certificados CROJ; falta convenio interinstitucional; no se encuentran los certificados AESCO. No se encuentran al día con el formato de meditación trascendental cuatro usuarios y le falta el platinfa a uno de ellos; otro de los usuarios no tiene el diagnostico inicial y finalmente encontramos a otro joven que le hace falta la entrevista pedagógica, la orientación profesional y no presenta ninguna intervención individual.

NOTA: Se realizo la indagación estricta a cada uno de los records de los residentes que pertenecen al programa Comunidad terapéutica juvenil vientos de cambio.

**COMPROMISO:**

Presentar al día los certificados y procedimientos internos correspondientes al área de pedagogía el día 21 de agosto de 2008.

**PENDIENTES:**

- Certificados SENA
- Convenio CROJ
- Firmas convenio AESCO
- Entrevista pedagógica, diagnostico inicial, orientación profesional e intervención individual a los usuarios que lo requieren
- Fotocopias de los certificados anexadas a cada uno de los records de los residentes del programa juvenil vientos de cambio (AESCO, CROJ)

**VERIFICACION:**

La verificación de los procedimientos que quedaron pendientes estaba programada para el día 21 de agosto de 2008, sin embargo esta se realizó el día 30 del presente mes, encontrándose el área de pedagogía al día con estos.

**VICENTE ROMEL RIOS**  
Director del programa

**JOSE LUIS SANCHEZ RIOS**  
Psicólogo en formación

Informe tutoría

Usuario: Diego Alejandro Duque

13 agosto de 2008

Tutor. José Luis Sánchez Ríos (psicólogo en formación)

El usuario DAD quien lleva seis meses en proceso, se encuentra en etapa de elaboración, presentando dificultades a nivel comportamental que interfieren con el cumplimiento de algunos de los objetivos de etapa a la que pertenecen.

En los meses anteriores con el usuario se ha venido trabajando desde la tutoría dificultades como:

- La transgresión a la norma
- Patrones de personalidad dependientes
- Canales de comunicación familiar inadecuados
- Disfuncionalidad familiar

De las dificultades previamente enunciadas se encuentra que es prioritaria la de la transgresión a la norma, ya que para el tiempo que lleva el usuario en el proceso no se evidencia el adecuado cumplimiento de la norma e introyección de la misma, por lo tanto no se observa en el usuario el incremento de los valores de la comunidad terapéutica ni el ejercicio de llevar a cabo la aplicación del principio maestro; también se evidencia que debe trabajar mas en desarrollar habilidades relacionales.

Para la dificultad presentada por el usuario acerca de la trasgresión de la norma se ha realizado y aplicado el refuerzo negativo en diferentes oportunidades donde ha sido requerido, sin obtener modificación al respecto. Se continua indagando sobre estrategias que desde la tutoría contribuyan a la modificación por parte del usuario.

Con relación al desarrollo de habilidades relacionales se viene realizando a la par con las intervenciones individuales un entrenamiento asertivo, sin embargo se debe tener en cuenta para ambas dificultades antes mencionadas, los patrones de personalidad del usuario entre lo que se destaca la ira y la ansiedad, ya que es una persona que reacciona exageradamente frente a las desilusiones, el daño, los supuestos insultos o la conducta imperfecta de los otros, es decir se destaca la hostilidad. Este patrón de personalidad se caracteriza por el grado de responsabilidad atribuido a otra persona, esto es asociado al sentimiento de frustración; usuario en el que se evidencia poca tolerancia ante la frustración (PTF) siendo este el aspecto a abordar a nivel de intervenciones individuales psicológicas.

22 de julio de 2008  
Informe Taller de Sexualidad  
José Luis Sánchez Ríos (psicólogo en formación)

Los talleres presentados a la población del programa comunidad terapéutica adultos mixto se basan en el manual 1 titulado "tras la búsqueda... de la sexualidad responsable y gratificante" realizado por investigadores y docentes para el Programa Terapéutico Reeducativo de la Comunidad Terapéutica Convivencial Luis Amigó, el cual consta de tres capítulos fundamentales que permiten el abordaje de los 17 talleres que conforman este manual, cada uno de ellos consta de su objetivo principal, referente conceptual, el desarrollo del taller que consta de una sensibilización y profundización que se llevan a cabo por medio de actividades propuestas, y al finalizar se realiza una socialización.

El primer capítulo hace énfasis en "Reconociendo la sexualidad", con el que se busca, una identificación de la condición de persona desde la valoración y la autoestima, la autoimagen y el autoconocimiento.

El segundo capítulo se refiere al "Fortalecimiento de la sexualidad", realizando un acercamiento a los sistemas reproductivos masculino y femenino desde lo biológico en articulación con el manejo de la afectividad y con los roles que se asumen en lo personal y en lo social, para terminar con un acercamiento a los mitos y así poder aproximarse al disfrute de una sexualidad responsable.

Por último, en el capítulo tres, "Disfrute de la sexualidad responsable", se realiza un acercamiento a la vivencia de la sexualidad en pareja, haciendo énfasis dentro de esta relación a la maternidad y la paternidad, la llegada de los hijos, los métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual y la relación droga y sexualidad, aspectos que hacen parte de la vida cotidiana de las personas.

**Este manual consta de un objetivo general relevante el cual consiste en:** revisar, renovar y reafirmar aspectos de la sexualidad humana que lleven a cada persona a una adecuada relación consigo misma y con el otro, aceptando sus semejanzas y diferencias en busca de acciones responsables y gratificantes.

A continuación se presenta el contenido de los capítulos con los respectivos temas abordados en los talleres presentados a los usuarios del programa "comunidad terapéutica adultos mixto" regional Risaralda:

### **CONTENIDO**

#### **CAPÍTULO 1: RECONOCIENDO LA SEXUALIDAD**

- ✓ La identidad humana
- ✓ Autoimagen
- ✓ Autoconcepto
- ✓ Autoestima
- ✓ Valoración personal
- ✓ La afectividad

#### **CAPÍTULO 2: FORTALECIENDO LA SEXUALIDAD**

- ✓ La Sexualidad humana
- ✓ El lenguaje de lo sexual
- ✓ Aspectos biológicos de la sexualidad: Los sistemas reproductivos masculino y femenino
- ✓ Roles: sexuales y de género
- ✓ Los mitos en la sexualidad

#### **CAPÍTULO 3: AL DISFRUTE DE LA SEXUALIDAD RESPONSABLE**

- ✓ Sexualidad en pareja
- ✓ Maternidad y paternidad
- ✓ La llegada de los hijos
- ✓ Métodos anticonceptivos
- ✓ Drogas y sexualidad
- ✓ Enfermedades de transmisión sexual

A la fecha 22 de julio de 2008, hemos abordado los tres capítulos llevando a cabo actividades correspondientes para cada uno los temas previamente mencionados, en este momento actual estamos finalizando el capítulo 3 (al disfrute de la sexualidad responsable) abordando los referidos a las (drogas y sexualidad) taller dictado la semana pasada el día miércoles 16 de julio de 2008 en horas de la mañana; por lo tanto para esta semana el día miércoles 23 de julio de 2008, se llevara a cabo la profundización de dicho taller haciendo énfasis en los procesos cerebrales a nivel neurotransmisor relacionado con el consumo de drogas, esto se realiza debido a que los usuarios se mostraron interesados en el tema y quisieran conocer y aprender mas al respecto. Es así que para la próxima semana el día miércoles 30 de julio de 2008, estaremos finalizando la presentación completa de los talleres con el tema que trata de las enfermedades de transmisión sexual (taller # 17).

Como logros encontramos que se brindo información valiosa a los usuarios y se realizo una orientación adecuada en cuanto a los temas ya que se evidencia que en su mayoría los usuarios ignoraban muchos de los aspectos que abordan la sexualidad, empezando por que no conocían el concepto central (sexualidad), es decir, que con estos talleres se contribuye no solo al proceso de aprendizaje de los usuarios, si no, al mejoramiento de su calidad de vida.

Como dificultad considero la inasistencia de algunos de los usuarios a los talleres ya que se pierden la continuidad de los temas lo cual es relevante para su formación generando dificultades en su proceso de aprendizaje.

---

José Luis Sánchez Ríos  
Psicólogo en formación

---

Jorge Hernán Jaramillo  
Psicólogo