

**UNA INVESTIGACION QUE GENERA ALTERNATIVA  
CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES**

**SARA MARIA OBANDO BUSTAMANTE  
CAROLINA CARDONA ARROYAVE**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL MEDELLÍN  
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**MEDELLIN**

**2014**

**UNA INVESTIGACION QUE GENERA ALTERNATIVA  
CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES**

**SARA MARIA OBANDO BUSTAMANTE  
CAROLINA CARDONA ARROYAVE**

**Trabajo presentado para optar al título de  
Psicólogos**

**Asesor  
Víctor Hugo Cano Bedoya  
Director (e) del CIAF**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL MEDELLÍN  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
MEDELLIN  
2014**

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Medellín, 06 de Noviembre de 2014

## **Dedicatoria y agradecimientos**

Principalmente dedicamos este trabajo a Dios quien nos permitió salud para poder lograrlo, nos regalo la oportunidad de llegar hasta donde estamos, derramando sus bendiciones, dedicamos este trabajo a nuestros padres que han sido nuestro apoyo económico para el recorrido académico que nos permitió sustentar teóricamente este trabajo.

También lo dedicamos a nuestro asesor VICTOR HUGO CANO, quien nos trasmitió sus conocimientos, nos corrigió nuestros errores y busco constantemente la calidad de dicho proyecto, cabe anotar que agradecemos su paciencia y reconocemos su gran capacidad como docente para hacer mas dinámico el aprendizaje de conocimientos, adicionalmente a los profesores que durante cinco años nos brindaron su sabiduría en varios campos del conocimiento ayudándonos así en varios aspectos que requerimos para el desarrollo de nuestro proyecto.

Por último y no por esto de menor importancia damos las gracias al CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES, que nos abrió las puertas en los momentos que así lo requeríamos, también a todo su personal de trabajo que estuvo dispuesto a resolvernos dudas e inquietudes, y finalmente a los usuarios que confiaron en nosotros sus opiniones, que fueron la base para las conclusiones finales de este trabajo.

A todas y cada una de las personas, nuestros hermanos, amigos, novios, que directa o indirectamente nos acompañaron, nos motivaron, trasnocharon con nosotros e hicieron de este recorrido; una experiencia increíble.

## **GLOSARIO**

CAD: Centro de atención al drogadicto

RESIDENTE: Persona que vive o se aloja en un lugar.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>1. PREGUNTA .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>2. PLAN DE INVESTIGACION .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.1. Objetivo general.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. HIPÓTESIS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 DISEÑO Y METODOLOGÍA.....</b>	<b>15</b>
<b>3. MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA.....</b>	<b>18</b>

<b>3.2. UBICACIÓN INSTITUCIONAL</b> .....	22
<b>3.2.1. Significado del logo</b> .....	23
<b>3.2.2. Información institucional</b> .....	23
<b>3.2.3. Pretende promover</b> .....	24
<b>3.2.4. Objetivos</b> .....	25
<b>3.2.5. Misión</b> .....	26
<b>3.2.6. Visión</b> .....	27
<b>3.2.7. Quienes somos</b> .....	27
<b>3.2.8. Proceso</b> .....	28
<b>3.3. INTERVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b> .....	37
<b>3.3.1. Terapia cognitivo- conductual</b> .....	37
<b>3.3.2. Técnicas de terapia cognitiva</b> .....	38
<b>3.3.3. Terapias usadas durante el proceso</b> .....	39
<b>4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO</b> .....	41
<b>4.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	41
<b>4.1.1. Encuentro individual</b> .....	41
<b>4.1.2. Diligenciamiento de descripción y análisis escrito</b> .....	42
<b>4.2. METODOLOGÍA Y/O TÉCNICAS</b> .....	42
<b>4.3. OBJETIVO GENERAL</b> .....	42
<b>4.4. RECURSOS HUMANOS</b> .....	42

<b>4.5. INVESTIGACION PREVIA.....</b>	<b>43</b>
<b>4.5.1. Entrevista semi-estructurada.....</b>	<b>43</b>
<b>5. INVESTIGACION FINAL.....</b>	<b>49</b>
<b>5.1. ENCUESTA .....</b>	<b>50</b>
<b>5.2. HALLAZGOS Y RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
<b>5.2.1. Análisis Descriptivo.....</b>	<b>53</b>
<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>56</b>
<b>6.1. TABLA.....</b>	<b>56</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>61</b>



## LISTA DE IMÁGENES

**Pág.**

<b>Imagen 1.</b> Ubicación Institucional .....	22
--	----

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Categorías.....	43
<b>Tabla 2.</b> Población.....	49
<b>Tabla 3.</b> Encuesta .....	50
<b>Tabla 4.</b> Comparación .....	56

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es una realidad creciente en Colombia, principalmente entre los jóvenes. El estado actual de la ética y el conocimiento, indican que esta práctica compromete el bienestar de la sociedad como un todo.

Las familias colombianas en su mayoría se han olvidado de la convivencia hogareña, la unión y el dialogo que debe existir entre todos los miembros de la misma; esto lleva a las personas a vivir una vida totalmente individualista, preocupándose solamente por llenar necesidades o placeres, olvidándose de los valores de comprensión, amor, tolerancia, respeto; entre otros. Esta pérdida total o parcial de los valores internos va ocasionando una destrucción integral en la moral de las personas y hace que se desvíen de su conducta, sus pensamientos y sus actitudes por canales inapropiados. De esta manera comienza la descanalización de la conducta humana y un punto más de interés para nosotras adentrarnos en todo el proceso de reeducación que se lleva a cabo en el CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES.

Actualmente la sociedad se enfrenta a una realidad difícil y cuestionable, que trae consigo problemas de índole grave y leve, así como mitos, teorías e historia que fundamentan, explican y analizan lo que actualmente se clasifica como un caos de vida.

Gracias a estudios porcentuales realizados en Colombia se llegó a la conclusión de que, el inicio del consumo de sustancias se da en edades

tempranas. Las edades más tempranas para el inicio del consumo de drogas se reportan en el alcohol y la marihuana, con un promedio más alto de inicio en la edad de los 14 años.

Poco a poco los estatutos gubernamentales y los centros de atención para el bienestar, como iglesias, clínicas, colegios, han venido considerando la necesidad de ayuda por parte de profesionales en el tema de adicciones, no se certifica la recuperación exitosa del adicto pero se trabaja en pro de su bienestar, es por eso que basadas en una historia de vida real y con la experiencia de un ser cercano a nosotras que paso por estos problemas, ha surgido un amplio interés por conocer el proceso de reeducación de estas personas en una institución específica.

Inicialmente la comprensión de muchos aspectos de este tema es errónea, por eso el hecho de introducirnos por completo en un campo real como lo es el CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES, trae para nosotras retos de investigación, que nos lleva a hacernos una pregunta.

## **1. PREGUNTA**

¿CUAL ES LA PERCEPCION QUE TIENEN LOS RESIDENTES, DE LA EFICACIA DEL PROCESO DE REEDUCACION EN EL CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES?

### **1.1. JUSTIFICACIÓN**

La sociedad se encuentra en un momento de crisis que siempre ha existido pero por aspectos culturales influenciados ha ido aumentando, y es hoy en día que se acepta como una realidad. Tiempo atrás ni la misma comunidad aceptaba la existencia del problema por lo cual las soluciones no eran muchas, y a pesar de muchos trabajos de concientización, promoción y prevención a las adicciones y más enfocados en la drogodependencia no existe todavía una solución 100% eficaz a esta problemática denominada enfermedad, pero que aún no muchos toman como tal. Por eso plantearemos información importante desde años atrás.

Es un tema de interés común y del cual no se tiene amplio conocimiento, esta enfermedad que no es reconocida por personas que no la poseen, es también poco identificada por quien la posee, lo que aumenta su gravedad y disminuye las posibilidades de salir de ella, por eso cabe anotar que en el CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES, se presta el servicio a las personas de manera involuntaria, que por medio de procedimientos legales, son sus familiares o responsables quien los interna.

## **2. PLAN DE INVESTIGACION**

### **2.1. OBJETIVOS**

#### **2.1.1. Objetivo general**

Conocer la eficacia del tratamiento de rehabilitación y re-educación del CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES, en personas con problemas de adicción a las drogas.

#### **2.1.2. Objetivos específicos**

1. Realizar un recuento histórico de la terapia utilizada en el CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES: Terapia Cognitivo-Conductual.
2. Comprender el por qué y el para qué del uso de esta terapia en personas con problemas de adicción.
3. Establecer una conclusión de la eficacia del tratamiento y de su función en la sociedad.
4. Realizar un comparativo entre otra metodología de intervención y la del CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES.

## **2.2. HIPÓTESIS**

La descripción de un proceso en comunidad incluye el desarrollo integral de la personalidad, que contiene el respeto y la consideración a los valores y a la integridad del ser humano; los cambios de actitudes y comportamientos son el resultado de este proceso, el cual responsabilizara a cada hombre de sus propios actos.

## **2.3 DISEÑO Y METODOLOGÍA**

La siguiente investigación está centrada en un recinto cerrado pero no ajeno a la realidad del país, el CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES es lo que se denominaría mas coloquialmente como UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: un grupo residencial, que vive en un medio cerrado o semi-cerrado, en el cual las personas no son tratadas como pacientes sino como individuos irresponsables, inmaduros e infantiles, que deben aprender a asumir responsabilidades y abandonar la costumbre de engañarse a sí mismo y de engañar a los demás. Las condiciones iniciales son generalmente duras, lo cual hace que muchos abandonen el tratamiento; pero para los que se quedan, las posibilidades de éxito son superiores a las de todas las otras formas de terapia. En la cual abarcaremos temas sociales y de interés común, sobretodo basadas en la terapia de conducta usada en la Comunidad durante todo el proceso de rehabilitación de un adicto, el cual es de un tiempo mínimo de 18 meses.

Usaremos aparte de la observación y la relación con la fundadora del CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO, las entrevistas a los residentes de

esta misma, lo que implica un análisis cualitativo que será tomado como conclusión del trabajo.

Utilizaremos la investigación cualitativa porque esta se caracteriza por indagar y comprender profundamente los hechos sociales, pregunta por qué, cómo y en qué circunstancias suceden las cosas y penetra en los significados de las decisiones y acciones; lo que en gran medida es la finalidad de nuestro trabajo.

La investigación cualitativa se interesa por la manera en que el mundo es comprendido, experimentado, producido, por la vida de las personas, por sus comportamientos, por sus interacciones, por aquello que las personas piensan y lo que ese pensamiento significa e implica; esto facilitara el logro de nuestros objetivos.

Es una investigación de tipo constructiva, en donde cada realidad es única e irrepetible; la investigación cualitativa da cuenta de las diferencias más que de la homogeneidad, lo que nos permite un estudio individual de las problemáticas del sujeto, sin aislarlo de su contexto, ya que este tipo de investigación utiliza métodos como: la entrevista y observación, que usamos en este caso y que nos permite como entrevistadoras estar y trabajar en el escenario natural.

Los resultados de esta investigación son creados durante el proceso, lo que da la oportunidad de producir hipótesis, generar respuestas y encontrar un diagnóstico. Los resultados de una investigación cualitativa no son revelados hasta el final, después de una larga descripción y un profundo análisis, lo que es el punto de cierre de nuestro trabajo.



Creswell (2006), considera que “la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas que examina un problema humano o social” (p. 2), que es precisamente el énfasis del trabajo, una problemática humana y social (LA DROGADICCIÓN).

### **3. MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA**

Consumo de psicoactivos en Colombia a partir de 1990 hasta comienzos del 2002

1) El consumo tiende al aumento

En el año de 1992 se estimó que el consumo de marihuana, cocaína, bazuco u opiáceos en el último año estaba cerca al 0,8% de la población general (Rodríguez, Duque, & Rodríguez, 1992. p. 18).

2) El consumo se inicia a edades cada vez más tempranas

Los jóvenes en Colombia tienden a iniciar el consumo de alcohol a edades tempranas y el consumo de marihuana y cocaína se presenta casi simultáneamente; las investigaciones indican que el consumo de drogas comienza en la época de educación secundaria o antes, lo que quiere decir que al pensar en la prevención debe trabajarse para prevenir el consumo en niños de edad colegial e insistir en universidades porque allí es donde se intensifica.

### 3) Las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres

Hasta hace unos años el consumo de psicoactivos era un hecho primordialmente masculino. Por ejemplo el hecho de que una mujer bebiera a la par de los hombres era francamente mal visto, menos aún se aceptaría que las mujeres consumieran drogas ilegales como los hombres.

En el estudio nacional de la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993, se encontró que 15,4 hombres habían consumido cocaína alguna vez en la vida y 1,2 mujeres por cada 1.000 habitantes entre los 12 y los 60 años. En el segundo estudio se calculó que 27 hombres y 5 mujeres de cada 1.000 habían consumido cocaína alguna vez en la vida. Es decir que en cuanto al consumo de esta sustancia había en 1993 12.8 hombres consumidores por cada mujer, mientras en 1996 había 5,4 hombres por cada mujer.

### 4) Aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas drogas

La oferta de drogas en Colombia era de por sí bastante variada , cuando en el segundo lustro de los años noventa aparecen varios indicios de aumento en el consumo de sustancias sintéticas provenientes de Europa y de heroína procesada en el país; la presencia del éxtasis en el país se hizo evidente en la década pasada como una droga asociada a las discotecas , a pesar de las controversias sobre los verdaderos efectos del éxtasis, hay cada día más investigaciones que demuestran su daño sobre el sistema nervioso.

El yagé cobro fuerzas en el medio urbano, por lo menos en Bogotá y sus cercanías, aunque todavía el consumo de esta sustancia no es generalizado, concentrándose en grupos de personas que buscan un contacto con raíces indígenas, curas para diferentes padecimientos o trascendencias personales.

Actualmente existen entidades encargadas de ofrecer a la comunidad soluciones de conocimiento orientado a la formación del ser humano, en sus diferentes ciclos de vida: como ser, como empleado, estudiante, hijo, entre otros, además de promover el mejoramiento de vida del ser humano y sus familias, como forma de contribuir en el desarrollo de la sociedad para asegurar una comunidad sana y un futuro mejor.

El núcleo central de la problemática tratada en el CAD SANTOS ANGELES es la de las adicciones en general (drogadicción, ludopatía, alcoholismo, ninfomanía, trastornos de la alimentación) trabajando con base en criterios como la responsabilidad, la pertenencia, la dignidad, el respeto, la equidad y la calidad humana, como una organización de alto reconocimiento en el ámbito nacional, por ser una empresa líder en la formación del ser humano.

Cerca de 200 millones de personas, lo que presenta el 5% de la población mundial en edades entre 15 y 64 años, han usado drogas en los últimos 12 meses y el 0.6% de la misma población, estimada en 25 millones de personas, presentan consumo de las que se han denominado drogas problemáticas, dentro de las cuales, ocupa el primer lugar la heroína y en segundo lugar la cocaína (Zapata y Segura, 2007, p. 15)

Por otro lado, el consumo de tabaco supera a la población con un 28%, causando aprox. 5 millones de muerte por año en el mundo y el consumo de alcohol, según la organización mundial de la salud, ocurre en 2 mil millones de personas en el mundo de las cuales 76.3 millones presentan alguno de los posibles diagnósticos de enfermedad consecuencia del consumo de alcohol y es responsable de 1.8 millones de muerte cada año lo que representa el 3.2% del total de las muertes.

Aunque el perfil de consumo de drogas varía de región en región, la prevalencia de mayores consumos tiende a ubicarse en los países de mayor ingreso. Sin embargo, la demanda de drogas en las naciones en desarrollo tiende a aumentar y el consumo de estas sustancias crece cada vez más en países productores de la misma.

La mayoría de veces en las que se evidencia el consumo de este tipo de sustancias, es porque la usan como mecanismo para enfrentar situaciones de conflicto, de rechazo, a nivel familiar o de abuso sexual. Las necesidades también de querer mostrarse ante los demás y tener una identidad entre los otros, deseando ser aceptados y pudiendo mantener esa cadena social y cultural que les rodea. El intento de no pasar desapercibidos por las personas, sintiéndose con un poco de autonomía e independencia y por otro lado el pensamiento de que creen ser inmortales ante cualquier riesgo. (Scopetta, 2010).

Dentro de los aspectos más importantes que desde años atrás se ha buscado sean mejorados en el ámbito de las adicciones es que la comunidad acepte el adicto y le ayude a entender que existen normas que cumplir y capacidades que explorar, que se acepte la persona pero se le rechacen sus

actitudes mal-adaptativas, que se trabaje de igual manera con el adicto y sus familiares, como forma de crearles bases más firmes para el futuro, brindarles confianza y seguridad en sus cosas tanto personales como sociales, que el adicto reconozca como herramienta esencial para su futuro: que llevar la norma de una mano y a dios de la otra; es su mejor opción y por último que se reconozca que si hay delincuencia juvenil haya aún más delincuencia paternal.

### 3.2. UBICACIÓN INSTITUCIONAL

**Imagen 1.** Ubicación Institucional



### **3.2.1. Significado del logo**

LAS ALAS: Significan la fe y la libertad espiritual que encuentran los usuarios para poder volar hacia un futuro mejor.

EL COLOR: Es la claridad que cada persona encuentra en la comunidad.

LA AUREOLA: Es el centro que reúne la familia como prioridad en la vida.

### **3.2.2. Información institucional**

EL CAD SANTOS ÁNGELES está orientado por un equipo clínico totalmente calificado y su filosofía está fundamentada en los principios familiares, el cual parte de una concepción humano-cristiana de la persona, de la vida y del mundo.

ES UNA PEDAGOGÍA DEL AMOR, CARACTERIZADA POR:

- La voluntad de estar entre los adictos, compartiendo su vida, mirando con simpatía su mundo, atentos a sus verdaderas exigencias y valores.
- La acogida incondicional, que se convierte en capacidad incansable de dialogo como expresión de acompañamiento.

- El criterio preventivo, que cree en la fuerza de bien que hay en toda persona y posibilita su desarrollo, mediante experiencias positivas.
- La razón que hace conocer las exigencias y las normas.
- La religión como desarrollo del sentido de Dios innato en toda persona.
- El amor, que se expresa como clima educativo que hace crecer y crea corresponsabilidad.
- Un ambiente de familia, vivificado por la presencia amorosa, solidaria y cercana de los educadores, con un estilo propio de animación, que busca potenciar las riquezas que hay en cada usuario.

### **3.2.3. Pretende promover**

- El pleno desarrollo de la personalidad de cada usuario mediante el enriquecimiento y maduración de sus dimensiones: corporal, psicológica, socio-cultural y trascendente.
- La formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de la convivencia.
- La adquisición de hábitos fundamentales para poder pertenecer a una sociedad.



- El desarrollo de actitudes que favorezcan la participación responsable, activa, crítica y creativa de la vida en sociedad.
- La disposición para comprometerse personal y solidariamente en la construcción de una sociedad en la que sean posibles la paz, la cooperación y la solidaridad entre los pueblos.
- La síntesis entre la fe, la cultura y la vida.

#### **3.2.4. Objetivos**

- Contribuir a la rehabilitación de las personas con problemas de consumo de drogas y/o comporta-mentales, promoviendo su desarrollo integral.

##### **3.2.4.1. Objetivos de la comunidad**

1. Que la comunidad acepte el adicto y le ayude a entender que existen normas que cumplir y capacidades que explorar.
2. Que se acepte la persona pero se le rechacen sus actitudes mal-adaptativas.
3. Que se trabaje de igual manera con el adicto y sus familiares, como forma de crearles bases más firmes para el futuro, brindarles confianza y seguridad en sus metas sociales y personales.

4. Que el adicto reconozca como herramienta esencial para su futuro: que llevar a Dios de una mano y la norma de la otra es su mejor opción.

5. Que se reconozca que si hay delincuencia juvenil hay aun más delincuencia paternal.

#### **3.2.4.2. Objetivos del tratamiento**

1. Crear un contexto libre de sustancias tóxicas, donde la persona logre conocerse a sí misma y enfrente su realidad.

2. Lograr que al tratamiento se adhieran las personas que conforman el núcleo familiar del usuario.

3. Permitir que el usuario logre identificar la causa de su problema y que aprenda a crear estrategias que lo protejan.

4. Resaltar los tres pilares básicos de cualquier comunidad terapéutica.

#### **3.2.5. Misión**

Somos una organización que ofrece a la comunidad soluciones de conocimiento orientado a la formación del ser humano. Es sus diferentes ciclos de vida; como ser, empleado, estudiante, hijo, entre otros.

Trabajamos con base en criterios como la responsabilidad, la pertenencia, la dignidad, el respeto, la equidad y la calidad humana.

Promovemos el mejoramiento de la vida del ser humano y sus familias como forma de contribuir en el desarrollo de la sociedad para asegurar una juventud sana y un futuro mejor.

### **3.2.6. Visión**

En el 2018 seremos una organización de alto rendimiento en el ámbito nacional, por ser una empresa líder en la formación del ser humano.

Tendremos cientos de personas con un imperio de respeto, dignidad, madurez y amor propio que estarán contribuyendo día a día a una sociedad más justa y equitativa.

### **3.2.7. Quienes somos**

Somos una institución privada que presta servicios de prevención, orientación y tratamiento en el campo de las adicciones psicoactivas y no psicoactivas, propiciando espacios para el encuentro consigo mismo, la ruptura con el pasado y la práctica constante de principios y valores, en un ambiente cálido, con el apoyo de profesionales especializados, idóneos y éticos.

### 3.2.8. Proceso

¿QUÉ ES LA REEDUCACION? Es un concepto utilizado para describir un proceso de desarrollo integral de la personalidad, que incluye el respeto y la consideración a los valores y a la integridad del ser humano; los cambios de actitudes y comportamientos son el resultado de este proceso, el cual responsabiliza a cada hombre de sus propios actos.

**EVALUACION Y PROMOCION DE LOS USUARIOS:** Las etapas de los usuarios están establecidas de acuerdo a los logros obtenidos dentro de su proceso de reeducación, estas van primero de manera descendente ya que entran en la etapa de destrucción de su personalidad actual y luego pasan a ser de manera ascendente ya que en estas etapas se contribuye una nueva estructura de personalidad que mantiene comportamientos adaptativos para vivir en sociedad.

**NOTA:** en caso de que el usuario incumpla con sus funciones de la etapa en la que se encuentre, este podrá ser devaluado en cualquier momento.

**ETAPAS DESCENDENTES:** En las siguientes etapas todos los usuarios estarán de mochos (pantalóneta) como simbolismo de inmadurez.

## PRIMERA FASE DEL PROCESO

- **COMPROMISO EXISTENCIAL:** Esta es la primera etapa del proceso donde se pretende que el usuario tome conciencia de su enfermedad y empiece su desintoxicación física y mental.

## SEGUNDA FASE DEL PROCESO

- **SEGUIMIENTO CUATRO:** En esta etapa se pretende que el usuario empiece a adquirir responsabilidades para con él y el resto de su grupo. Se identifican con una vela de color blanca. (Esta va colgada en el cuello).
- **SEGUIMIENTO TRES:** En esta etapa en la que el usuario ya ha adquirido un grado más alto de responsabilidad, se le delega un hermano menor para que guíe y enseñe lo aprendido hasta el momento, se identifican con una vela de color amarillo. (Está colgada en el cuello).
- **SEGUIMIENTO DOS:** En esta etapa el usuario comienza a adquirir responsabilidades tales como llamar a lista varias veces en el día, velar el grupo, sacar la basura etc. Este se identifica con una vela azul. (Esta va colgada en el cuello)
- **SEGUIMIENTO UNO:** En esta etapa los usuarios empiezan a orientar a sus compañeros y a adquirir responsabilidades tales como repartir el mercado, realizar educativas, contar el grupo, y enseñar a los nuevos las normas y derechos que tiene dentro del hogar.

**ETAPAS ASCENDENTES:** En las siguientes etapas todos se identificarán con corbata y pantalón largo lo que simboliza madurez.

### TERCERA FASE DEL PROCESO

- NIVEL UNO: En esta etapa el usuario comienza a devolver al grupo lo aprendido durante su proceso y comienza a ser un punto de apoyo para el staff dentro del grupo. ADEMÁS COMIENZA A CONSTRUIR SU NUEVA PERSONALIDAD.

Es posible que algunos usuarios no pasen por las siguientes etapas y de lo contrario se reeduquen en nivel uno.

- NIVEL DOS: Cuando un usuario entra en esta etapa es porque ha adquirido la conciencia y madurez suficiente como para tener responsabilidades tales como resolver los paquetes en las visitas, confrontar de manera directa a sus compañeros.
- NIVEL TRES: Cuando un usuario entra en esta etapa es porque ya ha adquirido estabilidad suficiente como para adquirir responsabilidades tales como contestar el teléfono, movilizar el grupo, tener liderazgo positivo para trabajar con todos en masa etc.

CUARTA FASE DEL PROCESO: Esta es la última etapa del proceso ya es donde se les hace el seguimiento como reeducados, algunos de manera ambulatoria y otros de manera interna.

MISTICA DEL TRATAMIENTO: es implementada por líderes ex adictos.

#### INFORMACION RELEVANTE DE LA CORPORACION SANTOS ANGELES NORMAS DEL HOGAR PARA RESIDENTES.

- La hora de levantada será a las 6:00 AM, se acostaran a las 9:00 PM en absoluto silencio.
- Cada residente es responsable de mantener su cama y su cuarto en excelente estado. Igualmente es responsable de que ningún otro residente se sienta o se acueste en su cama.
- Cada residente tendrá tareas asignadas, dichas tareas las determina el equipo clínico.
- Los medicamentos serán administrados y suministrados solo en la oficina.
- Ningún residente tendrá objetos de valor o dinero en su poder estas se entregaran en la oficina.
- Ningún residente deberá tener a su disposición más de \$ 25.000 pesos quincenales en caja.

- Al disfrutar de la televisión la mayoría decidirá y la minoría aceptara.
- Durante las horas de terapia, la televisión y radio estarán apagados, todo deberá estar en absoluto silencio.
- La limpieza del hogar deberá estar terminada a las 10:00 AM.
- Todo residente que ingrese no tendrá descanso hasta dos meses después. Esto será discutido y aprobado o desaprobado por el equipo terapéutico según el caso.
- Cuando se solicita una salida de emergencia se le concederá si las razones lo ameritan.
- Ningún residente deberá comunicarse con personas de la calle a través de los alrededores de la casa.
- Todo residente que abandone el hogar sin permiso del equipo terapéutico, ya sea por corto tiempo y regrese deberá empezar por desintoxicación y deshabitación.
- Lavaran la ropa día por medio y tendrán 30 minutos para esta actividad.
- Todo residente que salga de descanso y regrese con olor a licor o estimulado, automáticamente regresara a desintoxicación y deshabitación.
- Cualquier residente que le falte al respeto a cualquier compañero o terapeuta, será movilizado de etapa.



- El residente que salga de descanso y regrese más tarde de la hora admitida, estará restringido a descanso durante los tres meses siguientes.
- Todo residente deberá tener su uniforme completo, Las camisetas deben ir por dentro del pantalón.
- Cualquier residente que lleve algún problema por el piso será sancionado.
- Todos los residentes deberán respetar a sus compañeros, recordando que los derechos de uno terminan donde comienzan los del otro.
- Todo residente es individualmente responsable de sus actos, y conjuntamente responsable de cualquier anomalía del hogar.
- Están prohibidas las palabras soeces o callejeras.
- El comité de progreso es responsable de que se cumplan las normas.
- Está prohibido fumar en el hogar y fuera de él.
- Ningún residente podrá llamar por teléfono.
- Está prohibido usar diminutivos.
- No deben preguntar por personas del pasado o de la calle.

## NORMAS GENERALES DE LAS FAMILIAS.

- El día de visita será el domingo. (cada quince días).
- Todas las familias deben asistir a las visitas. (en caso de algún inconveniente informar al hogar).
- Las familias respetaran las normas del proceso y no interferirán en este, de lo contrario asumirán las ayudas pertinentes.
- Al llegar a la visita diríjase primero a la oficina para coordinar detalles con el Steffi, luego busque su residente y antes de salir del hogar visite de nuevo la oficina para comunicar las situaciones presentadas durante la misma.
- Dentro del hogar no se permiten minifaldas, ombligueras, escotes, estraples, transparencias, descaderados.
- En el momento de las visitas quien tenga olor a alcohol, esté enguayabado o bajo el efecto de cualquier sustancia psicoactiva, no podrá entrar a la visita y quedara automáticamente restringido por tiempo indefinido.
- Visitante que no sea familia directa del residente, deberá pedir primero permiso a la familia, luego a la directora clínica, asistir a los grupos de apoyo y a la maratón.
- El Steffi tiene la potestad de impedir el ingreso al hogar a quien considere no apto para visitar al residente.

- Todos los paquetes que se traigan, deberán pasar por la oficina, para ser revisados, censurados y luego serán entregados al residente.
- Toda la correspondencia se entrega a la directora clínica para ser evaluada.
- Las familias no deberán comentar frente al residente ningún problema o situación por la que estén pasando en la casa.
- Toda queja o comentario se discute con la directora del hogar; siempre se buscan los conductos regulares.
- Todo familiar que no respete las normas del hogar se le suspenderá el derecho a visita.
- No se permiten comentarios o diálogos sobre fiestas, chismes, drogas, alcohol ni palabras soeces ni callejeras tales como: vacano, parce, todo bien entre otras.
- Los residentes no deben tener en su poder joyas, dinero, cadenas o cualquier otro objeto de valor sin la debida autorización.
- Si se entera de que su residente o cualquier otro, su familia o cualquier otra está pasando por alguna situación deberá comunicarlo al Steffi.
- Los familiares no deberán crear ningún tipo de vínculo afectivo ni con los residentes ni con familias ni con ningún miembro del Steffi, no se podrán saludar ni despedir de beso con los operadores.

- Por favor pida orientación en cada visita al hogar, y un informe detallado de su residente.
- Todas las familias deben mantener una constante y buena comunicación con el Steffi, a fin de obtener mayores logros.
- Es obligación de cada familia asistir a la maratón mensual y a los grupos de apoyo semanal. En caso de no asistir quedaran restrictos a visitas.
- La familia debe pedir autorización para traerle a su residente ropa, zapatos, entre otros.
- La familia es responsable de los gastos médicos y hospitalarios.
- No se permiten negocios ni prestamos entre familias ni con el personal que labora en la corporación.
- Las familias no deben dejar dinero u objetos de valor asequible a su residente o a cualquier otro.
- Las familias deben cuidar de las plantas físicas e instalaciones de la corporación, hacer uso responsable de ellas y reportar cualquier daño.
- Las familias deben ser muy puntuales con los aportes mensuales.
- Las familias no deben crear alianzas negativas ya que en este caso recibirán sanciones.
- Todas las familias tienen que aprenderse la filosofía del programa.

- Los visitantes no podrán usar celulares delante del residente.
- Nadie podrá gravar o tomar fotos sin autorización.
- Las llamadas serán una por día, de cinco minutos de duración, los viernes y sábados de 6:00 PM a 8:00 PM.
- Ninguna familia podrá hablar o ver a su residente en tiempo no programado de visita.

### **3.3. INTERVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

#### **3.3.1. Terapia cognitivo- conductual**

DEFINICION: Según el Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia (s.f.),

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico orientada a la acción en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas. La Terapia Cognitivo-conductual asume que los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos causan un comportamiento desadaptativo (comportamiento contraproducente que interfiere con la vida diaria) y emociones “negativas”. Los terapeutas ayudan a los pacientes a superar sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional.

### **3.3.2. Técnicas de terapia cognitiva**

La primera entrevista; se deberían alcanzar tres objetivos durante la primera entrevista: una validación de experiencia del paciente, una explicación de la naturaleza de la terapia cognitiva y el comienzo de la evaluación del problema. Con el fin de que los pacientes consideren seriamente lo que el terapeuta tiene que ofrecerles, deben sentir primero que se les toma en serio.

La evaluación del problema :la primera parte de la evaluación consiste en la recogida de una historia de vida completa, un proceso por medio del cual el terapeuta desarrolla una comprensión del paciente y obtiene información sobre los acontecimientos, circunstancias o enfermedades significativas. Por la misma razón, los pacientes tienen una oportunidad de estar más cómodos con su terapeuta.

El estudio de los objetivos terapéuticos: “las conductas meta, o conductas objetivo, constituyen aquella clase de conducta a las que se dirige, o sobre las que se centra la intervención terapéutica” (Evans, 1985). “Una vez modificadas las conductas objetivo se supone que deben haber quedado igualmente satisfechas las quejas y demandas del paciente” (Baer, 1982). Sin embargo, no toda demanda o queja produce una conducta objetivo.

### **3.3.3. Terapias usadas durante el proceso**

**3.3.3.1.** Terapia que fortalece la confianza. Es la terapia INDIVIDUAL, consiste en aportes consejeros de persona a persona de orden temporero, para fortalecer la confianza del residente.

**3.3.3.2.** Terapia que fortalece la autonomía. Es la terapia de grupo que consiste en una dinámica de GRUPO donde el residente expresa sus problemas y presenta sus propias alternativas.

**3.3.3.3.** Terapia que fortalece la iniciativa. Es la terapia OCUPACIONAL que consiste en la participación supervisada del residente en todos los quehaceres del hogar, en las distintas brigadas de trabajo.

**3.3.3.4.** Terapia que fortalece la industriosisdad. Es la terapia EDUCATIVA que consiste en actividades didácticas para enseñarle al residente todo lo que fuese necesario para su reeducación.

**3.3.3.5.** Terapia que fortalece la identidad. Son:

- La terapia de VENTAS Y REPRESENTACIÓN, consisten en actividades de proyección de la nueva imagen del ex adicto en re-educación.
- La terapia de URBANIDAD es decir la práctica de los buenos modales.

- La terapia de RECREACIÓN y DEPORTES que consiste en la práctica de diferentes actividades.

**3.3.3.6.** Terapia que fortalece el compromiso. Son:

- La terapia de CONFRONTACIÓN y AYUDAS es el señalamiento y el recordatorio de fallas.
- La terapia de MARATÓN es la confrontación mensual extendida.

**3.3.3.7.** Terapia que fortalece la generatividad.

La terapia FAMILIAR es una dinámica de reconciliación.

La terapia GERENCIAL es la capacitación de líderes ex adictos.

**3.3.3.8.** Terapia que fortalece la trascendencia.

La terapia ESPIRITUAL son oraciones y conocimiento de la palabra de Dios.

La terapia de MEDITACIÓN la constituyen ejercicios mentales para tranquilizar.



## **4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

Realizaremos:

1. Un grupo de trabajo con el staff o equipo clínico del CAD, con el fin de conocer las formas de trabajo y la percepción de ellos respecto a la eficacia del tratamiento, por medio de respuestas a preguntas previamente preparadas, tanto cualitativas como cuantitativas.

2. Visita al centro para realizar una conversación individual con los usuarios con farmacodependencia y/o conductas adictivas residentes del CAD Santos Ángeles; espacio donde las Psicólogas practicantes, realizan trabajo de investigación y solución de cuestionarios previamente preparados, con el objetivo de indagar cual es su concepción de la eficacia durante el tratamiento.

### **4.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

#### **4.1.1. Encuentro individual**

Se acordaran con los usuarios elegidos, con el fin de que estos sean de diferentes edades, sexo y etapas del proceso.

#### **4.1.2. Diligenciamiento de descripción y análisis escrito**

Al finalizar de los encuentros y con los resultados obtenidos se deben realizar los registros en este trabajo, con el fin de dar solución a la pregunta inicial.

#### **4.2. METODOLOGÍA Y/O TÉCNICAS**

Se utilizaran técnicas como: Dialogo, entrevista semi-estructurada, registro de actividades, y aplicación de test previamente planeados por nosotros.

Indagar con los usuarios del CAD Santos Ángeles que tan alta ha sido la eficacia del tratamiento desde que ingresaron a dicha institución.

#### **4.3. OBJETIVO GENERAL**

Dar respuesta a la pregunta inicial de nuestro trabajo de grado

#### **4.4. RECURSOS HUMANOS**

Grupo interdisciplinario de la corporación Santos Ángeles, personal interno, practicantes de psicología y usuarios.

Recursos Materiales:

Consultorios, área social, papelería para registros de respuestas, pruebas escritas, bibliografía.

#### 4.5. INVESTIGACION PREVIA

##### 4.5.1. Entrevista semi-estructurada

Este tipo de entrevista cuenta con preguntas ya elaboradas, pero se pueden modificar o anexar otras en el momento de llevar a cabo la sesión. Con este método se obtienen mejores resultados, ya que permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información, a 4 residentes del hogar de los 25 a los 30 años, en la que abarcaremos los siguientes temas:

**Tabla 1.** Categorías

CATEGORIAS	
Vida antes de ingresar a la corporación	Comienzo y desarrollo de la problemática que vivencia.
Vida en la corporación	Su llegada a este lugar. Actividades que realiza. Experiencias positivas y negativas durante el proceso.
Eficacia y significado del proceso	Actitudes frente al proceso de reeducación. Mejoras desde el momento del ingreso Eficacia del tratamiento.

Tomamos una población de 4 personas que residen en la comunidad Santos Ángeles ubicada en la vereda Piedras Gordas en Santa Elena, corregimiento de Medellín. En un rango de edad de los 14 a los 19 años. Investigación realizada en el año 2012.

Número de participantes: 4

### **Análisis:**

El análisis de los datos o conclusiones de manera cualitativa, resumida y lógica como fin de dar un planteamiento descriptivo pero no definitivo al proceso de investigación, así pues se concluye la información de los datos recolectados. Además de esto y como objetivo importante, el análisis nos guía para la obtención de ideas significativas, de las distintas fuentes, lo cual permite expresar la información sin ambigüedades, con el fin de almacenarla y recuperarla.

### **Informe:**

El estado actual de la ética y el conocimiento, indican que esta práctica compromete el bienestar de la sociedad como un todo, a la vez que es un signo de complejas problemáticas sociales. Evidentemente los cuatro sujetos que investigamos, podían ser un peligro para la sociedad, empezando con el índice común de robo.

Las cuatro familias de los sujetos, eran familias disfuncionales, que presentaban pérdida de los valores y destrucción integral de la moral, lo que será un índice de la descanalización de los 4 residentes que se encuentran en la corporación Santos Ángeles.

Por un lado se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas, que de acuerdo a las investigaciones realizadas está en un promedio de edad entre los 10 y 19 años, con un promedio de edad de 14.4%. El 50% de los jóvenes tenía 14 años o menos y la edad más frecuente reportada fue también los 14 años. De acuerdo a las entrevistas que realizamos, podemos ver que el S1 inicio de consumo a los 14 años, el S2 a los 11, seguido del S3 quien comenzó su consumo a los 12 años y posteriormente el S4 quien inicio a los 10, lo que demuestra que existe completa concordancia con la teoría.

Por otro lado, los recientes estudios demuestran que el mayor consumo de sustancias ilegales entre los jóvenes escolarizados es la marihuana, la cual ha sido consumida en la vida por aproximadamente un joven de cada 5. Esto se evidencia, en cuanto a que los cuatro sujetos de nuestra investigación afirman consumir en mayor cantidad de este tipo de psicoactivo.

Dentro de estudios o las investigaciones previamente leídas por nosotras se argumenta que la mayor proporción de respuestas ante porque se da el inicio del consumo, fue relacionada con la curiosidad, le sigue la diversión, consumo en familia y por ultimo no menos importante motivos relacionados con quitar la timidez, salir de los problemas, presión de amigos, rendir en el sexo, en el trabajo, en el deporte o en el estudio.

Cuando se les pregunto a los participantes de nuestra investigación, sobre el motivo por el cual consumían este tipo de sustancias el sujeto S1 respondió “Cuando yo tenía como 8 o 9 años, yo veía a mi tío con pistolas, mucha plata, motos, carros, y yo decía ah que bueno ser así y mi papa era alcohólico, entonces yo siempre quise ser como mi tío pero nunca como mi papa, ni consumir ni beber nada entonces me crie con base en eso siempre atacando a mi papa y queriendo ser como mi tío. En realidad a mí la droga no me causa mucha cosa, lo malo mío son los comportamientos, por ejemplo, si me ponen una bolsa de marihuana y una cadena de oro, yo me quedo con la cadena de oro. Por conseguir las cosas se me pasaba hasta por la mente hacerles daño a las personas. Toda mi vida giro en torno a criticar a mi papa y lastimosamente uno no se da cuenta que a quien uno más crítica es a quien más se parece. Entonces yo no trabajaba pero le llevaba plata a mi mama y ella no me preguntaba de donde la sacaba, en mi casa habían muchas peleas por plata entonces yo me la conseguía, yo le llevaba cadenas, celulares y ella ni me preguntaba de donde me las sacaba solo me las recibía y me decía que gracias. Robaba mucho y para eso yo me trababa”.

El S2 afirmo “El consumo mío empezó, porque pues, yo era mecánico a raíz de eso empecé a conocer amigos, gente mala, empecé a tener motos, me decían ah vamos a hacer una vuelta y yo me iba por conseguir plata y como por meterme más en el ambiente empecé a consumir más cosas. Como todos fumaban yo tenía que ser aceptado entonces yo fumaba. Mi papa fuma marihuana y él me decía hágale fume y me metí tanto en eso que todos los días me mantenía era trabado. Parchado en el barrio todo el día, ya ni iba a la casa y ya en realidad fue más que todo por mi papa porque el consumía mucho, él me decía ah no mijo hágale fume vareta si quiere. Y todavía me dice no se porte mal, fume vareta pero no se porte mal. Me dice no ande con esos muchachos tan malos y así pro me dice fume vareta relajado. A lo último me degenere del todo. Yo nunca le llegue a decir nada a mi mama porque ella era muy nerviosa, pero por eso yo no iba a la casa mejor

me quedaba en la calle pa' que ella no me dijera nada y mi vida era solamente las motos”.

Seguido del S3 quien dijo “Cuando yo llegue acá, yo siempre decía que yo no consumía, yo creía que mis papas me iban a sacar, pero me toco decir la verdad porque a mí me echaron de un colegio porque ya estaba repitiendo 3 veces el año y no me recibían en ninguna parte. Me recibieron ahí en un colegio público y por los amigos yo empecé a probar cosas, además tenía un novio que quería mucho... yo no sé, pues me entiende... por el empecé. Yo llegue hasta trabarme en mi casa, mis papas nunca estaban entonces yo hacía lo que me daba la gana”.

Por último el S4 Voy a decirlo así... de cierta manera fue porque yo quise probarla, como en el ambiente empecé a vení dame, vení yo fumo, pero no porque tuviera problemas o quisiera refugiarme en ella. Ya cuando empecé a consumir todos los días todos los días... ya ahí si fue como por empezar ah... aunque lo veo como una justificación por buscar a mi papa y a mi mama.

De acuerdo a la teoría, se puede evidenciar que los cuatro sujetos pasan por cada uno de estos episodios, los cuales son la parte familiar, social, experimentación, sensaciones que produce y por presión de amigos

A manera de conclusión y con el fin de resolver nuestro objetivo de investigación, y de manera pronostica podemos plantear que el proceso de rehabilitación y reeducación de la comunidad terapéutica santos Ángeles, para personas con problemas de adicción a las drogas es eficiente y evidentemente,

con las descripciones dadas por nuestros entrevistados en lo que respecta al proceso y a una palabra para definirlo, las respuestas fueron: (S1: Lo mejor que me ha pasado en la vida, S2: ayuda, S3:Excelente, S4: positivo), es decir su percepción es positiva frente a este, sin dejar de lado que, (S2 Este proceso fue muy duro pa' que yo lo tire a la basura),(S1 Al principio triste pues como resignado pero ya más animado que un pu.. porque quiero terminar siendo lo mejor), es evidente que no es un tiempo de agrado para quienes están allá, pero que si se logra el propósito principal: REEDUCARSE.



## 5. INVESTIGACION FINAL

Cuestionario aplicado el día 20 de Mayo del 2014, entre las 10 am y 2 pm, a los residentes del Centro de atención al drogadicto Santos Ángeles con un total de 38 personas encuestadas, dando así por encuestado a la totalidad de población residencial en tratamiento del CAD.

Comenzaremos entonces por aclarar que tal encuesta fue aplicada únicamente con la finalidad de dar respuesta a nuestra pregunta inicial, todas las personas la han respondido de manera voluntaria, se da invalidez a 4 de las encuestas debido a que por situaciones psiquiátricas las respuestas de estas podrían ser parte de una muestra errónea.

**Tabla 2.** Población

<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
<b>11</b>	<b>27</b>
<b>1 (invalido)</b>	<b>3 (invalido)</b>

Plantearemos inicialmente conclusiones a las que se puede llegar debido a la cantidad de respuesta obtenidas basadas únicamente en una descripción que incluye también análisis personal del trabajo en campo (aplicación de cuestionario), para continuar mas adelante con la representación grafica y matemática de dichos resultados con la finalidad de obtener una respuesta también numérica de dichas encuestas.

## 5.1. ENCUESTA

**Tabla 3.** Encuesta

<b>SATISFACCIÓN GENERAL</b>									
<b>1. ¿Cuál es su grado de satisfacción general con los servicios que recibe dentro del CAD?</b>									
Completamente satisfecho	<b>9</b>	Satisfecho	<b>25</b>	Insatisfecho	<b>0</b>	Completamente insatisfecho	<b>0</b>		
<b>2. ¿Si conoce usted otros centros y servicios similares, la comparación con nuestro servicio es?</b>									
Mucho mejor	<b>10</b>	Más o menos igual	<b>3</b>	Mucho peor	<b>1</b>				
Algo Mejor	<b>4</b>	Algo peor	<b>2</b>	No lo sé	<b>14</b>				
<b>RECOMENDACION</b>									
<b>1. ¿Recomendaría usted el CAD a otras personas?</b>									
Sí	<b>20</b>	Probablemente sí	<b>10</b>	No estoy seguro	<b>4</b>	Probablemente no	<b>0</b>	No	<b>0</b>

<b>VALORACIÓN DEL CENTRO Y LOS SERVICIOS</b>									
Teniendo en cuenta su experiencia más reciente con el CAD y los servicios, por favor, valore su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:									
<b>1. Los servicios prestados por el CAD, en relación a los resultados, son:</b>									
Excelente	14	Bueno	19	Regular	1	Deficiente	0		
<b>2. El servicio recibido cubre mis expectativas.</b>									
Totalmente de acuerdo	6	De acuerdo	23	En desacuerdo	3	Totalmente en desacuerdo	0	No aplicable	2
<b>3. La ubicación del CAD permite el procedimiento esperado.</b>									
Totalmente de acuerdo	9	De acuerdo	19	En desacuerdo	3	Totalmente en desacuerdo	1	No aplicable	2
<b>4. El CAD ofrece servicios de calidad.</b>									
Totalmente de acuerdo	13	De acuerdo	20	En desacuerdo	1	Totalmente en desacuerdo	0	No aplicable	0

<b>VARIOS</b>			
<b>3. ¿Ha tenido usted algún problema a la hora de usar los servicios del CAD?</b>			
Sí	<b>5</b>	No	<b>29</b>
<b>4. ¿Se resolvieron esos problemas de forma satisfactoria para usted?</b>			
<b>12</b>	Sí, fueron resueltos por el CAD o por sus representantes		
<b>1</b>	Sí, fueron resueltos por alguien de fuera del CAD		
<b>1</b>	No		
<b>20</b>	No hubo ningún problema		
<b>5. La atención recibida.</b>			
<b>17</b>	Le ha servido para empezar a resolver sus dificultades		
<b>2</b>	No le ha servido para empezar a resolver sus dificultades		
<b>15</b>	Le ha permitido resolver sus dificultades		
<b>0</b>	No le ha permitido resolver sus dificultades		
<b>6. ¿Hay alguna cosa que le gustaría decirle al CAD sobre los servicios que presta o que no le hayamos preguntado en esta encuesta? Si es así, por favor, díganos de que se trata: Total encuestados: 38</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Me parece muy asertivo el servicio terapéutico, de mucha ayuda para los residentes”</li> <li>• “El estudio es fundamental, así que pienso que deberían intensificarse los esfuerzos para que continuemos con el bachillerato. el ambiente y los operadores son justos y asertivos a la hora de orientar, ayuda y corregir. Gracias”</li> <li>• “Que la terapia de reinserción a la sociedad no se demore tanto, también mas respeto hacia el residente cuando se encuentra mal”</li> <li>• “Estoy totalmente de acuerdo con sus servicios”</li> <li>• “Gracias por el cambio de vida que me brindaron y la posibilidad de superarme”</li> <li>• “Se trata de que no todo es basado en leña, también tiene que haber motivación”</li> <li>• “Pienso que el CAD debería de tener mas en cuenta a los residentes, no digo nada malo si no que a veces las sugerencias no sirven para mejorar, también la terapia de choque o confrontación no es para todos porque a mi personalmente me asusta y bloquean los gritos”</li> <li>• “No todo esta muy bien”</li> <li>• “Que es un buen hogar y que presta un buen servicio”</li> <li>• “Estoy muy agradecido por haberme ayudado a ser una buena persona y por abrirme los ojos, ante una realidad que muchos quieren evadir, por esto y mucho más. Gracias”</li> <li>• “Yo pienso que al principio que uno empieza proceso todo se hace difícil, pero a lo largo del tiempo el pensamiento cambia y ya la estadía aquí la veo necesaria, y me siento muy satisfecho y tengo un sentimiento de gratitud inmenso por el CAD”</li> <li>• “Me ha prestado que lo dejan a uno sin ver a sus padres a nosotros para aprenderlos a valorar”</li> <li>• “Han prestado un buen servicio “</li> <li>• “No hay que preguntar nada”</li> </ul>			

## **5.2. HALLAZGOS Y RESULTADOS**

### **5.2.1. Análisis Descriptivo**

No podríamos dar por consensado la completa satisfacción de los residentes del CAD, como las respuestas evidencian, existe satisfacción clara por todos y dando validez a las 34 encuestas, todas son de respuesta positiva, dando claridad a que solo 9 de ellos presentan una completa satisfacción; lo que indica un buen desempeño del CAD, en diferentes funciones.

En el caso de la pregunta numero 2, existe un limitante y es el hecho de que el residente conozca o no otro lugar y durante la aplicación de la encuesta y como se evidencia en las respuestas la respuesta de mayor uso fue (No lo sé), según manifestación de los residentes debido a que nunca han tenido contacto o conocimiento de otro Centro. Cabe indicar también que haciendo una sumatoria de las opciones que como respuesta son positivas para el CAD, obtendríamos un total de 17, lo que vendría siendo incluso más alto que la respuesta más usada. Índice que continúa siendo a favor de la satisfacción del usuario.

Es en este caso entonces donde se aclara que la respuesta de la pregunta anterior si se ve influenciada por el limitante, teniendo como mayor respuesta un SI y si sumamos las respuestas positivas más de 80% de la población respondió de manera proyectiva a una posible o a una total recomendación.

La consideración positiva de los residentes en cuanto a los resultados en muy clara y evidente en las respuestas el 99% de la muestra total que indican excelente y bueno y esa persona inconforme indica incoherencia con la respuesta inicial de satisfacción o quizás daría uso a posición satisfecho pero no completamente satisfecho. Es claro que toda persona al llegar a un lugar sea cual sea este, tiene expectativas frente a lo que pueda pasar allí, no aplicable dan como respuesta 2 personas que incluso se nos acercaron en el momento de la aplicación manifestando que ellos al llegar a ese lugar llegaron sin expectativas y en contra de su voluntad lo que haría para ellos invalida esta pregunta, criterio personal que es respetado.

Continuaríamos entonces con 29 personas que dan respuesta positiva al cubrimiento de expectativas sin dejar de clarificar que totalmente de acuerdo son solo 6 personas y 23 de acuerdo lo que continúa validando la pregunta inicial de satisfacción, como factor bueno pero no 100% positivo.

Cabe anotar que para la misma cantidad de personas en desacuerdo de cubrimiento de expectativas, esta la actual respuesta de desacuerdo con el lugar adecuado para llevar a cabo el procedimiento. Totalmente de acuerdo y de acuerdo indican comodidad del usuario en referencia al lugar donde se encuentra, pero 1 sujeto indica inconformidad lo que continúa indicando cierto nivel de insatisfacción puntual. Se obtienen 2 respuestas No aplicable, no es únicamente un interrogante si no también una posible deducción de que la ubicación no tiene relevancia en estos casos.

No sería contradictorio pero tampoco daría respuesta certera, el desacuerdo referente a la calidad de uno de los residentes, en referencia a la respuesta de

satisfacción inicial planteada positivamente por la totalidad de la muestra; pero si un total de 33 respuestas que indican servicios de calidad recibidos, por parte de los residentes dentro del CAD.

No existe conocimiento de ningún problema adicional del uso de los servicios, ya que es un procedimiento involuntario, y es clara la respuesta de 5 de los residentes que ha tenido problemas, sin embargo los otros 29 manifiestan no haber tenido ningún tipo de problema, respuesta que también puede estar influenciada por la cantidad de tiempo del residente en el CAD.

Estas respuestas no tendrían concordancia con la respuesta anterior de presencia de un problema, pero da una totalidad de 12 personas a quienes sus problemas fueron resueltos y 20 personas que no tuvieron ningún problema.

Existe un factor importante de en cuanto a para que le ha servido la atención brindada en el CAD y es el tiempo, de acuerdo al tiempo y a la cantidad de trabajo personal realizado por el residente dependen sus logros, es por esto que probablemente 2 de los residentes aun no les ha servido para resolver sus dificultades, y es claro como para 17 está empezando a servir y para 15 ha servido, respuesta que están completamente vinculadas al tiempo.

La mayoría de las manifestaciones escritas son positivas, un buen índice critico dentro de la satisfacción del servicio recibido. Existen también comentarios de crecimiento que pueden ser de buen uso para el equipo de trabajo del CAD, es por eso que dicho trabajo se les va a facilitar con el fin de que sirva positivamente para ellos en la corrección de su funcionamiento.

## 6. DISCUSIÓN

### 6.1. TABLA

**Tabla 4.** Comparación

ITEM	NUMERO DE RESPUESTAS ASERTIVAS PARA LA SATISFACCION DEL USUARIO		NUMERO DE RESPUESTAS NO BUENAS PARA LA SATISFACCION DEL USUARIO	
	CAD	CIAF	CAD	CIAF
Grado de satisfacción con el programa	34	16		
Comparación con otros centros y servicios similares	17	4	17	12
Recomendaría el centro a otras personas	30	8	4	8
El servicio ofrecido cubre mis expectativas	29	16	5	
La ubicación del centro permite el fácil acceso a los servicios	28	12	6	4
El centro ofrece servicios de calidad	16	33	1	
¿Ha tenido algún problema a la hora de usar los servicios del centro?	29	15	5	1
¿Se resolvieron esos problemas de forma satisfactoria?	33	15	1	1
La atención recibida	32	15	2	1

Haciendo un comparativo con la encuesta de satisfacción aplicada en el CIAF durante el primer periodo del 2014 a un total de 16 personas que han recibido o reciben el servicio y tomando únicamente el porcentaje de respuestas positivas, comenzaríamos por el grado de satisfacción con el programa el 63% responden completamente satisfecho, el 38% satisfecho lo que sumaría el 100%



de las respuestas siendo así claro que la población de dicho lugar mantiene un buen nivel de satisfacción, claramente la respuesta manifiesta de satisfacción es buena en ambas instituciones clarificando que en el caso del CIAF es mas alto el porcentaje de personas completamente satisfechas.

En referencia a la comparación con otros centros y servicios similares la respuesta de mucho mejor fue dada por un 25% de la población y no lo sé, un 75%, teniendo obviamente el mismo limitante de la encuesta aplicada en el CAD SANTOS ANGELES, ya que para esta respuesta es necesario que las personas conozcan otro lugar, y es claro que en ambas partes precisamente por eso la respuesta con mayor resultado es la de NO LO SE.

El personal encuestado da respuesta en su totalidad de manera positiva, distribuido así: seguro que si 56% probablemente si, 44% a la utilización de los servicios del CIAF en un futuro, lo que sería coherente con la respuesta que dan de sí recomendarían este lugar a otras personas, 81% dice si recomendaría 19% dice probablemente si recomendaría, en el caso del CAD no fue el 100% de la muestra quien daba respuesta asertiva a querer recomendar el centro a otros, lo que indica un nivel de poca acogida que genera desconfianza al personal que utiliza el servicio del CAD SANTOS ANGELES, debemos tener como factor limitante para el CAD el hecho de que es un lugar de tratamiento interno mientras el CIAF presta servicio ambulatorio, lo que impide una recomendación desde el pensamiento del adicto en recuperación (tanto encierro, ojala nadie tenga que pasar por esto para entrar en razón).

Ambas instituciones prestan servicio psicológico con una finalidad clara de reestructuración con la finalidad de la recuperación de un adicto, así como

también es paralelo el hecho de que se trabaja en grupo interdisciplinario, en lo que si difieren es en la metodología de trabajo interna en el CAD y ambulatoria en el CIAF, ya que el resultado que desean obtener está basado para el CIAF en la reducción del daño y para el CAD en la abstinencia y recuperación total del adicto; será incluso por esto que ambos procesos tienen diferentes tiempos de trabajo para el usuario.

EL SERVICIO CUBRE MIS ESPECTATIVAS, totalmente de acuerdo 6 personas, de acuerdo 23 personas, totalmente de acuerdo 0 personas y no aplicable 2 personas; estas son las respuestas obtenidas en el CAD, en el caso del CIAF totalmente de acuerdo 5 y de acuerdo 11, la masa que se evaluó en ambos lugares es diferente, pero cubre porcentajes necesarios para los resultados que desea analizar, pero ambos lugares indican.

La ubicación de ambos lugares da respuestas positivas que posibilitan el procedimiento indicado en cada lugar, trayendo a colación sin embargo que en ambos se da respuesta de desacuerdo con esto, claro que es lógico que teniendo en cuenta que las personas pueden vivir en lugares retirados o no contar con medios de transporte propios eso dificulta el fácil acceso a dichos lugares.

Hablando de porcentajes es mayor el porcentaje de respuestas positivas que consideran positivo el servicio en ambos centros, recalando que solo en el CAD una persona no está de acuerdo con que los servicios que ofrece el centro son de calidad.

## 7. CONCLUSIONES

Bajo un estudio primario de lo que es el CAD SANTOS ANGELES, como se desarrolla, cuál es su objetivo, misión y demás. Llegamos a la conclusión de que si bien se evidencian fallas, se evidencia también un trabajo incansable como equipo, que les permite cumplir con éxito su misión.

Sin nivel de calificación o premisas que cataloguen la eficacia y eficiencia y basados únicamente en las respuestas de los directamente implicados: los residentes, podríamos decir que el CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO brinda servicios de calidad que cumplen con el objetivo inicial en pro del bienestar de los usuarios.

La realidad de la investigación, a comprender por un analista cualitativo, no es un hecho que está esperando ser recolectada en mundo de objetos y estados de pura conciencia, sino que se trata de una producción del investigador sobre una perspectiva de un actor social que desde sus significaciones se sitúa e interpreta un mundo social ya preinterpretado. (Serbia, 2007).

El análisis de los datos o conclusiones de manera cualitativa, resumida y lógica como fin de dar un planteamiento descriptivo pero no definitivo al proceso de investigación, así pues se concluye la información de los datos recolectados no como una respuesta 100% asertiva si no como un punto más de partida para la identificación clara de la respuesta a la pregunta inicial, los residentes del CENTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES mantienen una perspectiva positiva frente a la eficacia del tratamiento que reciben.

Este análisis planteado durante todo el desarrollo de este proyecto ejecutado durante tres semestres de estudio, nos guía para la obtención de ideas significativas, lo cual nos ha permitido expresar la información con claros argumentos , con el fin de ir dando respuestas más claras no estandarizadas, si no flexibles pero con más puntos de apoyo.

## BIBLIOGRAFÍA

Ameigeiras, A., et al. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. [En línea]. Recuperado el 20 de octubre de 2014 en [http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015\\_1/investigacion\\_genero/u3/vas\\_ire.pdf](http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/investigacion_genero/u3/vas_ire.pdf)

Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España.

Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. (s.f.). *Terapia cognitivo-conductual*. [En línea]. Recuperado el 22 de octubre de 2014 en <http://www.ryapsicologos.net/Terapia-Cognitivo-Conductual.html>

Godoy, A. (s.f.). El proceso de la evaluación conductual. En: psicología clínica- el proceso de evaluación en la terapia cognitivo-conductual. [En línea]. Recuperado el 20 de octubre de 2014 en <http://www.metatutor.com/materiales/u3mat1.pdf>

González, A., et al. (s.f.). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. [En línea]. Recuperado el 21 de octubre de 2014 en <http://www.irefrea.org/uploads/PDF/Fernandez%20et%20al%202004%20Deteccion%20Evaluaci%C3%B3n%20Intervencion.pdf>

Obando, A. (2009). *Filosofía Comunidad Terapéutica Santos Ángeles*. Medellín.

Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: Características y tendencias*. [En línea]. Recuperado el 21 de octubre de 2014 en <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>

Serbia, J. (2007). *Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa*. Recuperado el 20 de octubre de 2014 en <http://www.cienciared.com.ar/ra/revista.php?wid=3&articulo=759&tipo=A&sid=136&NombreSeccion=Articulos&Accion=Ver>

Zapata, A & Segura, A. (2007). *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del municipio de Medellín año 2007 (tendencias del consumo y comparación regional)*. Medellín.