



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"NUESTRA PRACTICA: EL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
DENTRO DE UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA PARA
FARMACODEPENDIENTES"

TRABAJO RECEPCIONAL
INFORME DE SISTEMATIZACION
DEL SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
MARIA SARA AMEZAGA CASTRO



DIRECTOR DEL TRABAJO:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL ANA CECILIA SANCHEZ FABELA

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo, es producto del esfuerzo de muchas personas, cuya contribución merece el más significativo reconocimiento por la importancia de cada una de ellas en el logro de esta meta, la cual simboliza el compromiso adquirido como Universitaria, como hija, como hermana, como amiga... Como ser humano, ante una realidad tan cambiante, tan compleja y tan difícil.

A mi madre: Emma Castro.

Por estar siempre aquí, por dejarme ser, junto con mis hermanos, su prioridad en la vida; por enseñarme a soñar y a perseverar, hasta realizar cada uno de mis sueños.

A mi padre: Inocencio Amézaga.

Por mostrarme el trabajo, como camino para lograr una mejor realidad; que los obstáculos pueden ser grandes, pero el esfuerzo siempre debe ser mayor para superarlos.

A mis hermanas: Teresa, Adoración, Sofía, Guadalupe y Cristal.

Por ayudarme a no desistir, a ser paciente, pero firme y constante. El camino es largo y hay que caminar para llegar. Que la clave no está en no caerse, sino en saber levantarse y continuar.

A mis hermanos: Pedro y Gabino.

Ambos, por ser digno ejemplo de voluntad, coraje y capacidad de entrega en cada tarea que emprenden en la vida.

A mis sobrinos: Mauricio, Andrea, Diana, Eduardo, Rocío y Marco Antonio.

Por existir y hacer con su sonrisa, más grande el compromiso en la búsqueda de un mundo mejor.

A mis amigos.

Que han permanecido a mi lado, compartiendo momentos de lucha y desaliento.

A ti,

Por representar un sueño, por que ahora que se cumple, es un sueño compartido.

A Ana Cecilia,

Por su guía, paciencia y motivación, en la construcción de este trabajo.

A Hogar Integral,

Por permitirme formar parte de ellos durante todo este tiempo, porque la experiencia de compartir momentos de trabajo juntos ha sido importante para mi crecimiento como Profesional y como ser humano.

CONTENIDO**PAGINA**

INTRODUCCIÓN.....	3
1.- LA FÁRMACODEPENDENCIA: UN FENÓMENO SOCIAL	6
1.1 Visión Histórica de la Fármacodependencia	6
1.2 Propuestas de atención a la Fármacodependencia	10
1.3 Hogar Integral de Juventud, Comunidad Terapéutica para Fármacodependientes, una alternativa de Tratamiento individual y familiar ..	22
1.4 Programa de Servicio Social en Hogar Integral de Juventud.....	29
2.- FARMACODEPENDENCIA, COMPRENDERLA DESDE LO SOCIAL	38
2.1 Teoría de la Complejidad	40
2.2 Representaciones Sociales.....	45
2.3 Teoría de Sistemas	49
2.4 Familia, grupo, naturaleza gregaria del Individuo.....	53
3. LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION	57
3.1 Proceso metodológico en el área de Recepción	58
4.- INFORME DEL SERVICIO SOCIAL EN EL PROYECTO: PREVENCIÓN PRIMARIA, REDUCCIÓN DEL DAÑO Y TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS EN CONTEXTOS COMUNITARIOS.....	73

4.1 En cuanto a la Formación Profesional.....	76
4.2 En cuanto a la Práctica	78
4.3 Los resultados del Servicio Social	90
5.- ANÁLISIS GLOBAL DEL SERVICIO SOCIAL	110
5.1 Las Bases Teóricas.....	112
5.2 Instrumentación y desarrollo del Proyecto de Servicio Social: Como aportar sin transgredir el encuadre metodológico.....	120
5.3 La metodología de intervención.....	123
5.4 Aportes, productos y alcances.....	132
6.- CONSTRUIR LA INTERVENCIÓN DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA FÁRMACODEPENDIENTES	139
ANEXOS	150
BIBLIOGRAFÍA.....	171

INTRODUCCIÓN

Muchas son las situaciones problema que enfrenta la sociedad en este tiempo, ninguna de ellas simple y todas entrelazadas por el hecho innegable de incluir como protagonista al hombre, sujeto de toda ciencia social. La fármacodependencia, una más de estas situaciones, es la que ahora y durante mucho tiempo ha sido objeto de investigaciones, diseño de modelos de intervención, que obedecen al desarrollo de estrategias para contrarrestar los efectos derivados. El fenómeno se asocia a diversas situaciones, como la violencia intrafamiliar, la ruptura conyugal, la delincuencia, el abandono del hogar por parte de los hijos... que tienen en la fármacodependencia no una causa, sino un medio de expresión acerca de que algo está pasando, no sólo dentro de los sistemas familiares que es donde se expresa con mayor énfasis, sino en la comunidad y en todo el entorno social.

La experiencia reportada en este informe, pretende describir de manera sustancial, la tarea de una institución cuyo modelo de intervención representa, para el prestador del Servicio Social, una experiencia nueva muy rica e interesante; y que a su vez pretende aportar no sólo los principales aspectos para poder conocer el fenómeno en esencia. Sino ante ello, incorporar los conocimientos y procesos propios de la Licenciatura en Trabajo Social, que permitan enriquecer la tarea y ampliar el impacto Social que esta ha tenido.

Resulta necesario, entonces, mirar en dirección a esta experiencia, permitimos, conocer el fenómeno desde una perspectiva diferente y aplicar nuestros conocimientos, haciendo posible el enriquecimiento de la formación metodológica del Lic. en Trabajo Social en materia de Fármacodependencia, en pro de una mejor intervención profesional.

Se presenta la experiencia vivida en Hogar Integral de Juventud como modalidad de prestación del Servicio Social, dentro de una alternativa de tratamiento individual, familiar y de Red que pretende involucrar a los mencionados actores sociales: individuo, familia, comunidad y sociedad en general, en pro de la comprensión y solución de las situaciones de fármacodependencia enfrentadas. El Lic. en Trabajo social refrenda su quehacer profesional en este ámbito, proporcionando elementos de trabajo teórico, metodológico que permitan la comprensión e intervención de la profesión en materia de adicciones.

El presente informe, se desarrolla en siete momentos esenciales, desarrollados a lo largo de 6 capítulos, descritos a continuación:

A) Contextualización histórica, situacional, teórica y epidemiológica, del fenómeno de la farmacodependencia.

B) Contextualización espacial, histórica y descripción de la institución donde se desarrolla el servicio Social: Hogar Integral de Juventud, Yulini I.A.P., además del proyecto específico en que se participó y cuyas tareas formaron parte esencial de las actividades realizadas por el prestador de Servicio Social.

C) Ubicación del fenómeno de la Farmacodependencia desde la teoría de la complejidad, teoría de Redes y Teoría de la Representación Social. Las cuales funcionan como base teórica del trabajo realizado en Hogar Integral de Juventud. Además su ubicación como fenómeno complejo que involucra al individuo, a su sistema familiar y cómo es que toma la dimensión de Fenómeno Social.

D) Informe de los procesos, las actividades y los resultados que dieron forma al Servicio, con base al proyecto de Servicio Social.

E) Se describe el proceso metodológico, con que se operó durante la experiencia de Servicio Social.

F) Se analiza los diferentes momentos descritos con anterioridad: las bases teóricas, la instrumentación del Proyecto de Servicio Social, la metodología utilizada y los aportes realizados por la prestación del Servicio Social.

G) Se aborda la captación de demandas de los servicios de la Institución por parte de los beneficiarios, como una de las principales dificultades para el cumplimiento de metas. Se propone la estructuración de una Red de Servicios institucionales como estrategia de ampliación de la captación de demandas.

Además se dan algunas sugerencias operativas en cuanto al desarrollo de los diferentes momentos que se vivieron.

Esperando cumplir con uno de los objetivos primordiales de esta experiencia, la prestación del servicio social y el contenido del presente informe, pretenden colaborar en el enriquecimiento de la intervención de trabajo Social en materia de Fármacodependencia.

CAPITULO 1
LA FÁRMACODEPENDENCIA:
UN FENÓMENO SOCIAL.

1. LA FÁRMACODEPENDENCIA: UN FENÓMENO SOCIAL.

1.1 Visión histórica de la Fármacodependencia

1.1.1 Tradición, uso y abuso: el consumo de sustancias.

El consumo de sustancias a lo largo del tiempo ha sido objeto de ilimitadas investigaciones por parte de diferentes enfoques teóricos y epistemológicos.

En la misma lógica ha sido testigo y génesis de incontables teorías cuya modificación y desarrollo se ve en constante movimiento, lo que se explica al explorar y conocer el fenómeno mismo del consumo de sustancias y su cronificación: la Fármacodependencia, siendo que su naturaleza lo coloca al centro de la intervención de diferentes e incontables actores “sociales”.

El fenómeno mismo ha sufrido modificaciones constantes en todos sus aspectos:

Las referencias más antiguas datan del año 6,000 A.C., y se refieren al opio, que es quizá la más antigua de las drogas conocidas y con un gran potencial adictivo.

Refiriéndonos a los usos que se le daba en culturas antiguas de todo el territorio mundial, ha pasado de ser un consumo “permitido” y hasta jerarquizado con un estatus de relevancia sagrada.

Utilizando sustancias psicoactivas en rituales religiosos como parte de las costumbres, en las cuales el consumo tenía como finalidad la comunicación de las

autoridades espirituales con el mundo cósmico, el consumo, construía el puente de comunicación entre Dios (o los Dioses) y el hombre.

Se sabe que en México se hacía uso de hongos alucinantes desde tiempos precolombinos como parte de los ritos ceremoniales; a estos hongos se les denominaba teonanácatl y sus efectos tóxicos fueron descritos por Fray Bernardino de Sahagún en su "Historia General de las Cosas de la Nueva España".

Posteriormente los diversos usos y administraciones convirtieron a las sustancias en medicamentos casi indispensables para la población adulta en diversos países de Europa, esta modalidad del consumo, permitió que las sustancias fueran vistas como algo necesario para elevar la calidad de vida de las personas, se dio el uso generalizado de diversos fármacos, provocando una actitud permisiva y con ello, la distribución, producción, administración y consumo sin límites, ni normas que la regularan y que a su vez propició la dependencia de un número importante de personas. Este consumo no era visto hasta entonces como un problema.

En el siglo XVIII, se inició la producción de ginebra con fines diuréticos. A mediados del siglo XIX, en la India se conoció el uso de Cannabis en el tratamiento de epilepsia, reumatismo y rabia.

Cabe mencionar también la relación estrecha que tuvo con el consumo el movimiento contracultural e inconformista (hippie) que surgió en la segunda mitad de la década de los 60's.

El cambio en la población consumidora, que en un principio había involucrado a adultos entre 30 y 40 años, tardó tres décadas en ver entre sus clientes preferidos a los jóvenes menores de 20 años y hasta la fecha que avanza involucrando a la población más joven cada día, los adolescentes y se inicia en niños

La distribución no normada, da cuenta de las grandes cantidades que se consumían, El crecimiento en el número de dependientes propició que se iniciara la creación de normas diferenciando por un lado la distribución como un delito y el consumo como permitido; situación que aún en la actualidad permanece. El código penal establece, por ejemplo que se actuará conforme a la ley cuando se encuentre a una persona en posesión de sustancias, siempre que esté destinada para venta y

distribución, no así con quien se encuentre en posesión de sustancias para su propio consumo.

Otra situación de la misma relevancia, es la diferenciación que se ha establecido entre las drogas lícitas (no llamadas como tal, pero sí reconocidas en el ámbito de la medicina como “medicamentos” bajo prescripción médica) y que muy distante de ser vistas como problema, lo eran y son, como solución administradas en estudiantes, adultos y grupos militares, o las llamadas no ilícitas pero tampoco nombradas propiamente como lícitas, ya que estando conscientes y existiendo campañas de prevención también existe una gran parte de la economía fundada en las industrias del alcohol y el tabaco.

Las ilícitas a diferencia de las anteriores de manera supuesta afectan a la población y la hacen dependiente, con sus consecuentes situaciones de las que hablaremos más tarde y que propician en gran parte el surgimiento de la legislación en materia de fármacos a nivel internacional.

Se puede hablar ahora de la modificación de situaciones asociadas al consumo, que si bien en un principio disminuían riesgos (me refiero al uso terapéutico y medicinal de algunas sustancias), poco a poco, como ya se ha mencionado, el consumo se ha asociado a situaciones “críticas” que no sólo mantienen una relación de reproducción recíproca entre sí, sino que lo cronifican: La marginación, la exclusión, la violencia, incluso la muerte misma, que involucran de manera lógica (considerando las dimensiones sociales del fenómeno) a incontables actores: entre consumidores, familiares de consumidores, distribuidores, familiares de distribuidores, autoridades, delincuentes, víctimas de delitos, y un etc. que de interminable se ha convertido ya en un proceso cíclico involucrando a los mismos actores más de dos veces en lógicas y papeles siempre diferentes, pero que terminan afectando de manera grave ya a un gran número de personas.

1.2 Propuestas de atención a la Fármacodependencia

El número creciente de consumidores a nivel mundial, tanto como nacional y los efectos sociales e individuales que lo acompañan, así como las situaciones que se hacen evidentes mediante la cronificación del consumo (las cuales se abordarán más adelante), justifican el que se considere al consumo como un problema social y se le otorguen diferentes conceptos que hacen alusión a la dependencia de sustancias: Fármacodependencia, drogadicción, drogodependencia.

Para dar cabida a los datos que explican mi afirmación, en este apartado, hago referencia a la concepción general que se tiene sobre la fármacodependencia, a las estadísticas acerca del consumo, y posteriormente a las concepciones teóricas con que operan las instancias que ofrecen tratamiento a consumidores de sustancias.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Abuso de sustancias: El abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, define por lo general un patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia, y se caracteriza esencialmente por el uso continuo de una sustancia a pesar de que el sujeto está consciente de tener un problema causado o desencadenado precisamente por su uso. En el ámbito de este punto, la persona sabe que determinada sustancia puede poner en peligro su integridad psicofísica y los síntomas derivados de ello pueden presentarse repetidamente por un tiempo prolongado, no menor a un mes.

Habitación: Designa la dependencia de tipo psicológico, caracterizada por el uso compulsivo de una droga o fármaco sin desarrollo de dependencia física. En este tipo de dependencia no se producen alteraciones fisiológicas al suspender bruscamente la droga, sin embargo el individuo siente la necesidad de tomarla para experimentar sus efectos, para evitar el dolor psicológico y para contender con los problemas de la vida cotidiana¹

Fármacodependencia: "estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continúa o periódica, a fin de

¹ Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta nacional sobre adicciones 2002.

experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirla."²

Síndrome de Dependencia o Adicción: "El Síndrome de Dependencia a sustancias psicoactivas, es sinónimo de adicción y consiste en un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control que muestra una persona sobre el consumo habitual de tales sustancias.

Establecida la dependencia a la sustancia, el individuo continúa utilizando las drogas a pesar de los efectos que éstas ejercen en su organismo. Otra característica que se presenta es un patrón de consumo compulsivo, en el que el usuario emplea gran parte de su tiempo, en consumir la sustancia, en recuperarse de sus efectos o en el despliegue de conductas dirigidas a conseguirla; además de experimentar síntomas de intoxicación o abstinencia mientras lleva a cabo sus actividades cotidianas, las cuales quedan subordinadas al consumo de la sustancia modificando sus formas de relación y hábitos sociales.³

Al hablar de la Fármacodependencia como la dependencia a sustancias psicoactivas se hace obviamente necesario conceptuar a éstas últimas.

Fármaco: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones; es una sustancia ajena al organismo, que al interactuar con él, altera algunas de sus funciones normales.

Psicotrópicos: Son todos aquellos compuestos naturales o sintéticos cuyos efectos se manifiestan particularmente en el Sistema Nervioso Central; y que, por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto al consumo recurrente.

Droga: Es toda sustancia simple o compuesta, natural o sintética que por su naturaleza química altera la estructura o el funcionamiento de un organismo vivo.

La palabra droga proviene de la voz holandesa droog, que quiere decir seco. La palabra inglesa drug deriva a su vez de dry, seco o crudo. Por ese origen, la palabra droga también es usada como sinónimo de fármaco y principio activo, y por ello, también connota cualquiera de las múltiples sustancias que el ser humano ha usado, usa o usará a lo largo de su historia, con capacidad de alterar las funciones del

² www.opcionperu.org. Notas sobre adicción.

³ Dirección de Prevención Centros de Integración Juvenil. Drogas y Juventud. México 2002.

organismo vivo asociadas a su comportamiento social, razonamiento, percepción y/o estado anímico. No denota si son buenas o malas, legales o ilegales, asumidas por la cultura o novedades, usadas adecuadamente o bien siendo objeto de abuso.

Sustancias psicoactivas: Sustancias que afectan, cuantitativa o cualitativamente, el sistema nervioso central. Según Kramer y Camerún, son "sustancias que por estimular o deprimir considerablemente el sistema nervioso central, o perturbar la percepción el estado de ánimo, el pensamiento, la conducta o la función motora. Se consideran capaces de provocar, en determinadas circunstancias de uso, problemas sanitarios y sociales de carácter individual o comunitario". Término que surge para eliminar las confusiones derivadas de los conceptos droga, fármaco, sustancia toxicomanígena, etc..

El término, ha sustituido al concepto "droga", que quedó en desuso. Denota aquella sustancia que ejerce su acción sobre el sistema nervioso central y que tiene la capacidad de producir alteraciones en el psiquismo del usuario.

Narcóticos: Término empleado para nombrar a la sustancia química que inhibe al sistema nervioso central. El uso de este concepto a veces se torna impreciso por cuanto varía de manera arbitraria de autor en autor. Agrupa a los derivados del opio, anestésicos, hipnóticos, sedantes, antitusígenos, etc., de éste proviene el término "narcotráfico"⁴.

⁴ Ibidem

TIPOS DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

Dentro del tema de fármacodependencia es importante definir a los actores sobre los que generalmente se centra la atención, en el apartado anterior se hizo referencia a la sustancia, en este apartado se hará referencia al consumidor.

A) Experimentadores. Son usuarios que toman drogas por simple curiosidad, a instancia de sus compañeros y son el grupo mayoritario de acuerdo a las encuestas.

B) Sociales. Consumen droga solamente cuando están en grupo. El consumo de drogas tiene como finalidad un deseo de pertenencia al grupo, de rebelión contra las normas sociales establecidas, para resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente para seguir la moda.

C) Funcionales. Son aquellos que necesitan tomar drogas para poder desempeñar sus funciones sociales. Se trata de personas que han creado una dependencia tal a la droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen; sin embargo, a pesar de su dependencia siguen funcionando en la sociedad y sólo presentan trastornos cuando no utilizan la droga o cuando consumen una mayor cantidad y se intoxican.

D) Disfuncionales. Son personas que han dejado de funcionar en la sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y sus actividades se centran en la consecución y consumo de la sustancia.⁵

En este informe se denominará *Fármacodependiente* a los consumidores tipos B y D, cuyas características obedecen a la población atendida en la institución donde se desarrolló el Servicio Social.

Entendiendo, entonces, que el consumo de una sustancia afecta psicológica, biológica, física y socialmente, para efectos de este informe se llamará fármacodependencia al consumo de sustancias, refiriendo una relación estrecha establecida por el consumidor con la sustancia y existe dependencia, será llamado fármacodependiente al consumidor de sustancias que cumple con los patrones de dependencia ya definidos.

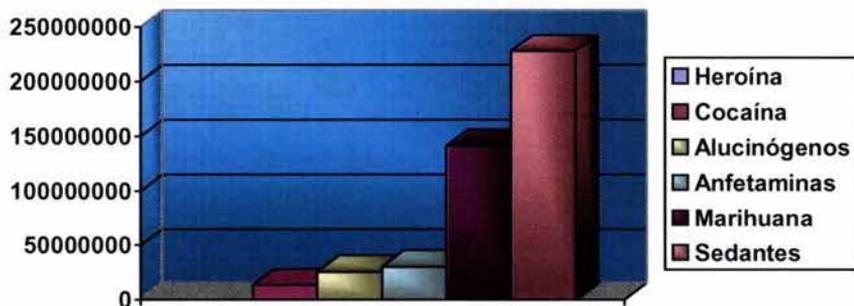
⁵ Los consumidores de sustancias. Revista bimestral del consejo Nacional contra las adicciones. Junio 2002.

1.2.1 Situación epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas:

Consumidores de sustancias psicoactivas ilegales estimados a nivel mundial:

Se presenta un cuadro y su gráfico correspondiente donde a través de los datos estadísticos, se observan las principales sustancias psicoactivas ilegales consumidas a nivel mundial, así como el número de consumidores estimados. (Sin diferenciar entre consumidores de tipo experimental, social o fármacodependiente.).

Heroína	8000,00
Cocaína	13,300,000
Alucinógenos	25,500,000
Anfetaminas	30,200,000
Marihuana	141,200,000
Sedantes	227,400,000



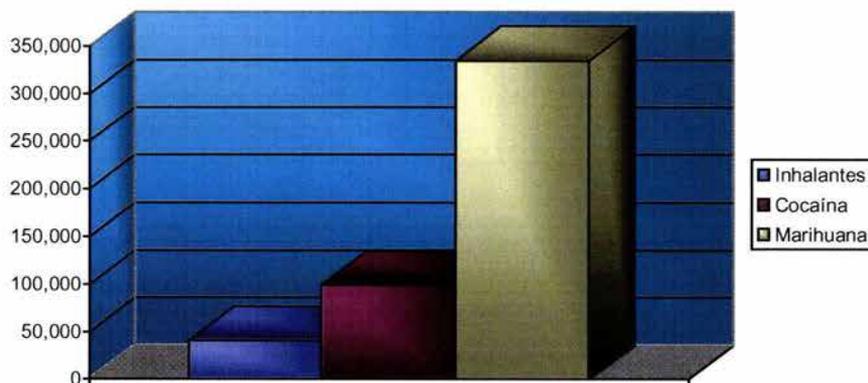
La sustancia más consumida a nivel mundial son los sedantes, seguidos por la marihuana.

Fuente: Consejo Nacional contra las Adicciones. México 2002

Consumidores de sustancias psicoactivas estimados a nivel Nacional:

En México La marihuana presenta el mayor índice de consumo, seguido por la cocaína y los Inhalantes. A diferencia de la década pasada, en la cual, eran los Inhalantes los que ocupaban el primer lugar de consumo entre la población joven de nuestro país.

Inhalantes	40,925
Cocaína	99,202
Marihuana	334,731



El consumo de marihuana presenta una situación similar a la mundial, en donde ocupa el segundo lugar.

Fuente: Consejo Nacional contra las Adicciones. México 2002

De cada 100 Mexicanos entre 12 y 65 años de edad que habitan en la población urbana :

5.27% han consumido drogas ilegales alguna vez

1.23 Lo hicieron durante el último año

0.83% lo hicieron en el último mes.

El uso en el último mes de cualquier droga fue registrado en **0.83% (403,510 personas)** de la muestra estudiada y representa menos de la quinta parte de los que consumieron alguna vez en su vida, es decir, **el 5.27% de la población (2.5 millones de personas)**.

Las drogas de mayor consumo en nuestro país son:

Marihuana: **0.70% (334,731 personas)** la usaron en el último mes.

Cocaína: **0.21% (99,202 personas)** la usaron en el último mes.

Inhalantes: **0.09% (40,925 personas)** la usaron en el último mes.

“De los casi 100 millones de mexicanos que somos, cerca de 400 mil personas pueden considerarse como usuarios constantes de drogas ilegales.”⁶

⁶ Consejo nacional contra las adicciones. Encuesta Nacional sobre adicciones 2002. México 2002.

El tratamiento de las Fármacodependencias es un proceso prolongado y difícil, por medio del cual se intenta romper la dependencia a drogas lícitas o ilícitas (llamémosle lícitas al alcohol y otros fármacos administrados como medicamentos).

En México las personas que acuden a solicitar tratamiento, en general, son jóvenes, varones entre 10 y 25 años de edad, con promedio de escolaridad de secundaria. La mayoría de ellos vive con su familia de origen.

Las tres drogas de mayor consumo, entre las personas que acuden a tratamiento, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 son:

- a) marihuana.
- b) Solventes inhalables y
- c) Cocaína (pasta o base)

La atención puede aplicarse en centros especializados para el tratamiento de cuadros agudos, en comunidades terapéuticas, en consultorios privados y en grupos de autoayuda, entre otros; el proceso de tratamiento depende esencialmente, de la concepción teórica de la cual parte la institución a la que se acuda.

1.2.2 Concepción de la Fármacodependencia, los enfoques del tratamiento.

Las teorías sobre la concepción de la Fármacodependencia se pueden dividir en: Biológicas, psicoanalíticas, conductuales, sociales, de automedicación y sistémicas. Estas, como se ha señalado, son los enfoques con los que operan algunas instituciones especializadas en el tratamiento de fármacodependientes. Sin entrar a detalle, se resume cada una de ellas, para dar cabida así a la concepción de la cual parte Hogar Integral de Juventud, contexto Institucional de la prestación del servicio Social.

TEORIAS BIOLÓGICAS:

Se refieren a la posible existencia de condiciones fisiológicas innatas o adquiridas que hacen vulnerable al individuo para que este inicie y progrese en él el consumo de alguna sustancia. El principal fundamento del que parte, fue el descubrimiento de las endorfinas, sustancias del cuerpo humano similares a la morfina, dicho descubrimiento, indujo a especulaciones acerca de que los trastornos del sistema endorfinico pudieran conducir al consumo de sustancias parecidas a las endorfinas. Según esta afirmación, las endorfinas pueden estimular un comportamiento de autoinyección, por lo que se considera que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la conducta del individuo consumidor.

TEORIAS PSICOANALÍTICAS:

“La dependencia del efecto de la sustancia consumida y su implicación en el estilo de vida puede ser considerada como una adaptación a un desarrollo dañado del ego...

...Un adicto padece efectos en el desarrollo de su personalidad, particularmente en la etapa de separación-individuación, periodo en el que los sentimientos de autoestima se desarrollan junto con el control de los impulsos y la función del super-yo, se puede encontrar un periodo crítico en la situación de su familia. Normalmente es cuando el niño ha recibido mensajes inconsistentes y cuando los límites establecidos son imprecisos a su comportamiento; sus padres se

hallaban con frecuencia ausentes y se daba a menudo una seria privación emocional. El niño, entonces contrae sentimientos de culpa y piensa que él causa la pérdida de afecto. Con frecuencia aparece una ansiedad extrema de separación en ausencia de una internalización de relaciones positivas objetales y entonces resulta inevitable un desarrollo dañado del super-yo.

El uso de sustancias puede satisfacer la necesidad de controlar esta fase crítica de la vida, de una manera narcisista. Los sentimientos asociados de culpa, se hallan entrelazados con la noción de no tener derecho a los buenos sentimientos y al afecto. La miseria inevitable, desencadena al uso de sustancias en una solución simbólica para dicho conflicto interno. . (Hollidge 1980).

Dentro de sus postulados, considera al consumidor como incapaz de pedir ayuda directa, que controla su situación mediante una conducta manipuladora, defendiéndose en contra del rechazo. Su conducta va encaminada hacia una gratificación inmediata; los consumidores no confían en el futuro, sienten desconfianza hacia sí mismos, se les puede considerar como personas que buscan inconscientemente volverse niños, dependientes por completo y sin responsabilidades: La regresión a un estado narcisista caracterizado por una gratificación inmediata de las necesidades primarias, es el resultado de las tempranas experiencias de la niñez en que la individuación y separación no pudieron desarrollarse en una atmósfera de confianza y seguridad básicas.

TEORIAS CONDUCTUALES O DE CONDICIONAMIENTO:

“Las respuestas conductuales y emocionales lo mismo se pueden aprender que olvidarse”.

Las reacciones ante una conducta pueden reforzar el comportamiento o ser castigadas.

En las terapias con este enfoque se trata de entender que es lo que refuerza la conducta adictiva, la idea es desaparecerla, reemplazándola por otro comportamiento.

Se basa en dos definiciones centrales: El refuerzo farmacológico y el directo. La euforia producida por los narcóticos y el temor a los estados aversivos abstinentes no resultan suficientes para explicar el consumo crónico.

Existe una interacción por otras fuentes de reforzamiento llamadas refuerzo directo (No unido a la droga). Se consideran las actitudes y las normas sociales como los principales determinantes del intento de alcanzar cierto tipo de conducta. La meta en un tratamiento con este enfoque, es hacer que el individuo desaprenda la elección del comportamiento *adictivo*, en una situación concreta asociada con el consumo de droga o alcohol y que la reemplace por otra conducta.

TEORIAS SOCIALES:

El abuso de drogas puede contemplarse como resultado de una sociedad que funciona mal. La gente consume drogas a fin de escapar de la presión ejercida por la sociedad o como protesta contra las normas establecidas por ella. Los consumidores de droga son estigmatizados por esa sociedad. Los adictos son utilizados como chivo expiatorio de todo lo que va mal en ella, por quienes están adaptados.

Zinberg (1984) postuló que la adicción y el consumo controlado están relacionados entre sí. Los ritos y las sanciones modulaban su interacción, el entorno social desempeña un papel importante en inducirles al consumo.

Biernacki (1986) coloca la Teoría Social dentro de marco de la identidad social y dentro de otros procesos cognitivos que fijan al consumidor al entorno social y que ofrecen a otros, posibilidades y obstáculos para la recuperación. Aquellos consumidores que se identifican a sí mismos como "*adictos*", resultan más difíciles de recuperarse de su "*adicción*", que aquellos cuya identidad se basa en oficios, relaciones u otros roles sociales que no tienen relación con el consumo.

TEORIA DE LA AUTOMEDICACION:

*"A los adictos se les puede considerar pacientes psiquiátricos"*⁷.

Cuando consumen sustancias sus síntomas disminuyen y la depresión o esquizofrenia desaparece.

La tendencia a recaer, conduce al concepto de que la *adicción* es una enfermedad crónica de por vida, tal como aparece caracterizada por los grupo de autoayuda como Alcohólicos Anónimos: *Adicto una vez, adicto para siempre*.

TEORIAS DE ORIENTACION SISTEMICA:

Consideran la adicción como resultado de un equilibrio "*patológico*" en un sistema de relaciones o sistema familiar. En una relación, el consumidor crea la posibilidad de que el otro sea más fuerte de los dos. En un sistema familiar distrae la atención de la familia de otros problemas y la mantiene unida, convirtiéndose en el foco de atención.

Partir de las concepciones que se refieren a la Fármacodependencia de maneras diferentes, no lleva a concluir en que la adicción sea una enfermedad. Concepto con el que opera la mayoría de instituciones especializadas en el tema. El concebirla como enfermedad implica considerar a las personas como susceptibles de drogadicción, lo que sería atribuible a un defecto genético o metabólico o a un daño psicológico ocurrido durante la niñez. Cuando una persona susceptible se encuentra expuesta a la sustancia y a la vez al estrés ambiental, hace mayor su probabilidad de existencia de la drogadicción y además que ello induzca a un comportamiento problemático. Esto es ignorar los efectos que tienen sobre el individuo el cúmulo de relaciones que este establece con su medio, con sus semejantes y con la misma sustancia.

⁷ Hill W. tres Charlas a sociedades médicas. 10ª. Ed. México 2003.

1.3 Hogar Integral De Juventud, Comunidad Terapéutica Para Farmacodependientes, Una Alternativa De Tratamiento Individual Y Familiar.

1.3.1 LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las Comunidades Terapéuticas se desarrollaron a partir de la segunda Guerra Mundial, con la fundación del Day Top lodge en Nueva York en 1963 (rebautizado Day top Village en 1964) cuando un sistema de tratamiento conforme al modelo de Synanon, una comunidad de vida y trabajo de antiguos adictos recibió el nombre de "Comunidad Terapéutica". Daniel Casriel, psiquiatra que había sido uno de los fundadores de Day Top, identificó esta forma de tratamiento como un proceso similar a las comunidades terapéuticas desarrolladas para pacientes psiquiátricos y cuyo principal concepto es el aprendizaje social mediante la interacción social en un espacio cerrado donde se desarrolla el tratamiento con base a la cotidianidad como recurso base.

En 1975 se constituyó la organización de: Las Comunidades Terapéuticas de América, la cual estableció 10 estándares mínimos para el trabajo en CT:

- 1.- Comprender y promover la auto-ayuda y ayuda mutua.
- 2.- Comprender y practicar un modelado de rol positivo.
- 3.- Comprensión del aprendizaje social versus el aprendizaje didáctico.
- 4.- Comprender y promover el concepto de "no existe dicotomía entre nosotros-ellos".
- 5.- Comprender y promover un sistema de ascensos y privilegios.
- 6.- Comprender y practicar el concepto de "actuar como si".
- 7.- Comprender la relación entre pertenencia al grupo e individualidad.
- 8.- Comprender la necesidad de un sistema de creencias dentro de la comunidad.
- 9.- Capacidad de mantener registros precisos.
- 10.- Comprender y facilitar el proceso de grupo.

En 1980 partiendo de la 5ª. Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas, celebrada en Holanda, organizada por la sección Terapéutica del consejo Internacional sobre el alcohol y Adicciones, se fundó la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas.

“Desde sus principios el principal objetivo de las comunidades Terapéuticas ha sido fomentar el crecimiento personal del paciente, dicho crecimiento personal se alcanza mediante el cambio de un estilo de vida individual, a otro comunitario de personas interesadas, que trabajan unidas para ayudarse a sí mismas y a las demás dentro de un ambiente cotidiano.”⁸

En sus inicios la comunidad Terapéutica representaba un ambiente sumamente estructurado con límites precisos, claros y explícitos, tanto morales como éticos. Haciendo uso de sanciones y castigos comunitariamente impuestos, lo mismo que de una mejora conocida de estatus y privilegios como parte del proceso de recuperación y maduración. Bajo la premisa: *Ser parte de algo superior a uno mismo resulta un factor especialmente importante para facilitar un crecimiento positivo.*

“Las personas dentro de la comunidad terapéutica son miembros, como sucede en cualquier familia, y de ningún modo en pacientes como en una institución. Dichos miembros desempeñan un papel importante en la marcha de la comunidad y realizan una función positiva como modelos a quienes los otros emulen.”⁹

Los miembros y el Equipo Operativo funcionan como elementos de apoyo, subrayando la responsabilidad personal de cada uno por su vida y su automejora. Los miembros del grupo en tratamiento son apoyados por el equipo y servidos por él y existe una coparticipación en el trabajo de tal modo que haya una verdadera entrega dentro de la comunidad.

La presión entre sí de cada uno de los miembros en un nivel de igualdad actúa a menudo de catalizador convirtiendo la crítica y la introspección personal en un cambio positivo. Las grandes expectativas y la gran entrega por parte de los miembros y del equipo sostienen este cambio positivo.

⁸ Kooyman, Martien. La comunidad terapéutica para drogodependientes. Bilbao mensajero 1996.

⁹ Id.

La introspección de los problemas propios se obtiene mediante el grupo y la interacción individual, pero el aprendizaje a través de la experiencia, con sus fracasos y éxitos y experimentando las consecuencias se considera la influencia más poderosa para un cambio verdadero.

La comunidad terapéutica enfatiza la integración del individuo dentro de la comunidad y el progreso se mide, dentro del contexto de la misma, contrastándola con sus expectativas. Es esta comunidad, junto con el individuo y su comunidad que se resuelve finalmente a favor del individuo y esta transición se considera como una medida importante de la disposición hacia la integración diferente en la sociedad. La autoridad se entiende en un sentido horizontal y vertical, reforzando el concepto de responsabilidad compartida y apoyando el proceso de participación en la toma de decisiones cuando ésta sea factible y esté de acuerdo con la filosofía y objetivos de la comunidad.

La mayoría de las Comunidades Terapéuticas (CT's) para Fármacodependientes mantienen un programa altamente estructurado.

“La **Comunidad Terapéutica** es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de adictos a sustancias psicoactivas. Tiene lugar en un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que el residente “actúe” su patología frente a sus pares...”¹⁰

La Comunidad Terapéutica (CT) es una modalidad, de tratamiento de Fármacodependencias, no siempre es residencial, en algunas situaciones puede ser semi-residencial (el paciente pasa el día en la CT y por la noche regresa a su casa, siguiendo el programa de la Comunidad, para que el espacio no provoque desfase en el tratamiento) o bien de modalidad ambulatoria (el paciente acude a citas una vez por semana). La modalidad se determina de acuerdo a las características del caso y del modo de operar de la CT.

“...La organización de la CT está altamente estructurada con límites precisos, funciones muy bien delineadas, roles claros, afectos controlados...”

¹⁰ Goti, Maria Elena. La Comunidad terapéutica, un desafío a la droga.. Buenos aires 1990.

...Todos los movimientos, los gestos, las actividades de cada residente, son controlados durante las 24 horas del día, hasta en el más lejano rincón de la CT. No hay ninguna posibilidad de escapar de este sistema de control destinado a ejercer presión continua y constante sobre el residente...

...Todo el sistema de presión, está deliberadamente activado para que el residente no crea que está descansando o veraneando. Es fundamental que se sitúe continuamente en tratamiento. La presión le hará expresar mediante actitudes sus aspectos positivos y negativos, siendo sobre estos últimos sobre los que se trabajará...

...Cada acción, cada actitud, cada gesto de un miembro del grupo de pacientes de la CT, es observado por el resto, quien le señalará en cada instante qué efecto produce en su entorno. Es una retroalimentación social continua inescapable y permanente...

...En una CT se vive un clima emocional muy intenso. Todos los presentes vienen de vivir experiencias muy traumáticas que no se atrevían a sentir. En el medio arropado de la CT van poco a poco sacando afuera sentimientos durante mucho tiempo negados, y esto provoca que los afectos sean de un alto tenor emocional..."¹¹

El método terapéutico de CT se basa en el cambio individual y del sistema relacional (formas de relación que establece el fármacodependiente), con presión constante y diaria hacia sí mismo. Su meta es lograr un completo cambio en el estilo de vida incluyendo la abstinencia y pautas conductuales más adaptadas.

La CT es un medio ambiente sin droga, estructurado de manera que representa una sociedad en miniatura, de la que el residente se apoya para ser agente activo de su propio proceso terapéutico. Las actividades de la CT, están enfocadas a la Reeducción y Rehabilitación Social del Paciente para su posterior reinserción Social. La experiencia de vida comunitaria es un elemento de aprendizaje y confrontación con la realidad y de relación con los demás.

¹¹ Ibidem

1.3.2 HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD, COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA FÁRMACODEPENDIENTES.

Historia de Hogar Integral de Juventud Yuli-Ni, I. A. P.

Para conocer el contexto institucional donde se desarrolló la Prestación del Servicio Social que se reporta, resulta necesario rescatar el desarrollo Histórico de la Institución.

En 1980, el actual director general de Hogar Integral de Juventud (Joaquín del Bosque Cortázar) a partir de una experiencia vivida en la sierra Tarahumara con un grupo étnico, se pone en contacto con misioneros de la orden Jesuita, y congrega, a un grupo de personas dependientes de sustancias psicoactivas, con el fin de promover su rehabilitación. En esta etapa, la modalidad de intervención es de índole religiosa, y se sustenta en la lectura asidua de la Biblia, y en el establecimiento de relaciones con los habitantes del lugar.

Después de un año, Joaquín regresa a la Ciudad de México, en donde se da a la tarea de recorrer barrios marginales para entrar en contacto con fármacodependientes, en estos lugares la confluencia de actores sociales como: pandillas, grupos familiares, instituciones de distinta índole, líderes informales, y personas en general, crean y activan “espacios de reflexión” destinados a atajar el problema del consumo. De esta manera, se percata de que las comunidades cuentan con recursos que logran conformar un frente activo cuyo fin es el de combatir la problemática del uso de sustancias.

Durante 1973, se inicia la primera etapa de labor del Hogar Integral de Juventud (HIJ), caracterizada por:

- Establecer contacto con usuarios, en la calle.
- Brindar apoyo relacional.
- Dar albergue en departamentos a fármacodependientes.

En 1980, en un local facilitado por el gobierno de Hidalgo, se hace posible continuar con la labor realizada desde la creación de Hogar Integral. Dicho local contaba, entre otras cosas, con dormitorios, terrenos para la siembra y todos los servicios.

En este tiempo, HIJ desarrolla la modalidad de intervención denominada como "Comunidad Terapéutica con estructura residencial".

Dicha modalidad de intervención facilita el desarrollo de la labor de HIJ en dos vertientes::

1) Favorece acciones de prevención primaria como: la organización de conferencias y debates, los cuales se realizaron en las instalaciones de distintas instituciones y contaron con la participación de grupos formales y organizaciones no gubernamentales.

2) Contar con la capacidad de brindar acogimiento en una estructura residencial, en la cual se pudieron llevar a cabo distintas iniciativas de rehabilitación psicosocial, como son: grupos de autoayuda, de discusión y de apoyo relacional, entre otros.

Para 1982, Hogar Integral de Juventud, se constituye legalmente como Asociación Civil y da inicio formalmente el "Trabajo en Comunidad". Esta modalidad de intervención se enfoca en el trabajo con pandillas. Por medio de la inserción en la vida de estos grupos, y en sus relaciones con su barrio de origen, Hogar Integral de Juventud busca favorecer el mejoramiento de la calidad de vida en la localidad.

En 1984, Hogar Integral adquiere el estatus legal de Institución de Asistencia Privada (I. A. P.), continúa trabajando con pandillas e inicia el proceso de vinculación con diversas instituciones cuya función consiste en abordar problemáticas similares.

En 1989, tras padecer la pérdida del primer local, Hogar Integral de Juventud recibió la donación, por parte de la institución Cáritas Italia, de una nueva residencia.

Con ello, inició la construcción del modelo de intervención con el que opera actualmente la institución: “La Comunidad Terapéutica Fármacodependientes” (CTF), mismo que contó con las modalidades “residencial”, “semi-residencial” y consulta externa. En este año, Hogar Integral, deja el trabajo con pandillas.

A partir de 1990, Hogar Integral se avocó a la tarea de organizar las premisas metodológicas y las bases de sistematización del modelo de intervención denominado Comunidad Terapéutica para Fármacodependientes.¹²

(Fuente: Historia de Hogar Integral de Juventud, Víctor Alejandro Polanco Frías, HIJ 2002.)

¹² Polanco Frías Víctor alejandros. Historia de Hogar integral. México 2002.

1.4 PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD

Es esencial conocer el contexto institucional donde se desarrolló la experiencia, en el siguiente capítulo se presenta el programa general institucional, el cual integra los proyectos realizados por la institución y de manera particular el proyecto en el que se participó de manera directa.

PROYECTO: PREVENCIÓN PRIMARIA, REDUCCIÓN DEL DAÑO Y TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS EN CONTEXTOS COMUNITARIOS.

“Hogar Integral de Juventud es una Institución de Asistencia Privada, que tiene como objetivo, incidir en el fenómeno Social de la Farmacodependencia a través del desarrollo de un programa Integral de prevención primaria, Reducción del Daño y Rehabilitación Psicosocial, investigación, Formación y capacitación especializada...”¹³

Dicha institución a lo largo del tiempo se ha dado a la tarea de desarrollar estrategias de tratamiento, prevención e investigación a través de diferentes proyectos:

1.- **Comunidad Real Local:** Acciones y estrategias de prevención primaria en la Comunidad Real Local de Alfonso XIII y Santa María Nonoalco.

2.- **Proyecto de tratamiento no institucionalizado en el Centro Histórico: “La Carpa”.** Es un proyecto de acciones de prevención primaria y secundaria, tratamiento no institucionalizado y Diagnóstico en la plaza de la soledad, donde se tiene contacto con diferente población: sexoservidoras, comercio ambulante, distribuidores y consumidores de sustancias, en situación de calle.

3.- **Comunidad Terapéutica para fármacodependientes.**

4.- **Formación de operadores en el ámbito de la farmacodependencia y las situaciones críticas asociadas,** a través de la especialidad con el mismo nombre y dos diplomados dirigidos a profesionales en la materia.

¹³ Hogar integral de Juventud. Lineamientos operativos 1995-1996 HIJ. México 1996.

Dentro del Proyecto Prevención primaria, Reducción del Daño y Tratamiento de Fármacodependientes y sus familias en contextos comunitarios, específicamente La comunidad Terapéutica para Fármacodependientes y en el área de Tratamiento y reinserción Social y Profesional son el escenario en el que se desarrolló la prestación de Servicio Social, es necesario hacer explícito el hecho de que este se abocó a las tareas de la Recepción en dicha área.

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA FÁRMACODEPENDIENTES (CT).

“...La CT está constituida por un escenario específicamente diseñado y experimentado para la realización de un proceso de Tratamiento de personas dependientes de sustancias psicoactivas y de los familiares de éstos, este escenario está compuesto por los siguientes elementos:...”¹⁴

➤ **Las personas:**

- Los operadores de la Comunidad Terapéutica Fármacodependientes, organizados en un grupo de trabajo multidisciplinario : educadores de calle y de comunidad, psicólogos, psicoterapeutas, supervisores, asesores de talleres.

- Los usuarios de la comunidad Terapéutica de fármacodependientes, subdivididos en dos grupos : el de los pacientes designados (Consumidor de sustancias) y el de los familiares de éstos.

➤ **Los procesos operativos:**

Constituidos por las actividades/ iniciativas que se desarrollan, las secuencias y las estrategias que se organizan. Actividades y estrategias elaborativas y ocupacionales orientadas principalmente a la rehabilitación.

➤ **- Las Reglas y las Normas:**

- Reglas y normas que fijan los criterios de participación de los usuarios en las diferentes fases del programa y su permanencia en él.

- Reglas y normas que fijan los criterios, las modalidades, las tareas y los roles de los operadores de la CTF

¹⁴ Ibidem.

- Indicaciones para la ejecución de tareas específicas: primeros contactos, diagnóstico, admisión en las fases del programa, etc. De los tiempos de permanencia en cada fase y en el programa en su conjunto, etc.

- Indicaciones para la evaluación de las fases de tratamiento y de la participación de los operadores en el programa.

➤ **los recursos materiales:**

Una construcción con cuartos y salones para dar atención residencial, semiresidencial y ambulatorial; materiales e instrumentos para recopilación de información y tratamiento de la misma.¹⁵

¹⁵ Id.

El proceso operativo dentro de la CTF se configura de la siguiente manera:¹⁶

CONTEXTO	FASES	PASAJES	OBJETIVOS
COMUNIDAD TERAPEUTICA	RECEPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Primer Contacto - Primeros Coloquios - Grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Contactación y Diagnóstico - Diagnóstico. - Diagnóstico e inserción en Cura y Rehabilitación.
FÁRMACO DEPENDIENTES	CURA Y REHABILITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Pertenencia. - Individuación. - Socialización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertenencia a un grupo - Elaboración de la historia personal. - Experiencias de manejo de vida en un grupo. - Preparación a la Reinserción
	REINSERCIÓN	Autonomía	Vida autónoma.

¹⁶ Ibidem.

RECEPCIÓN:

Representa la estrategia de abordaje y acogida con la población en situaciones relacionadas con el fenómeno de la Fármacodependencia.

Se constituye de dos momentos:

- El primer acercamiento a la estructura terapéutica, constituida por los primeros contactos.

Los objetivos en este momento son:

- Identificación de la demanda.
- Orientación de las personas (en función de su situación y demandas) hacia estructuras/agencias/servicios, que cuenten con los recursos para hacerse cargo de participar en una relación de ayuda.

- La admisión de los usuarios en el programa de tratamiento de la CTF de HIJ. Constituida por un proceso de coloquios y Fase Formación de Grupo.

Los objetivos en este segundo momento son:

- Realización de un Diagnóstico individual, familiar y de Red.
- Diseño de un programa terapéutico.
- Transmisión y explicitación a los usuarios de la información acerca del funcionamiento y las actividades, normas, reglas y objetivos del programa terapéutico de Hogar Integral de Juventud.

CURA Y REHABILITACIÓN:

El tratamiento residencial o semi-residencial, es un proceso articulado en cuatro pasajes (pertenencia, individuación, socialización, separación.). Tiene como objetivo, favorecer la transición de un estado de dependencia pasiva y limitante a uno de autonomía, de un estilo de vida simplificado a uno más complejo.

Los cuatro pasajes constituyen una modalidad, un instrumento operativo, que tiene como finalidad la modulación de las experiencias de los usuarios en el contexto de dos parámetros: de la dependencia pasiva y limitante a la autonomía participante, de lo sencillo a lo complejo.

Las actividades están organizadas en diferentes grupos:

- Actividades de servicio a la comunidad. Limpieza y aseo de la estructura, preparación de los alimentos, aseo personal, mantenimiento ordinario de la casa, etc.
- Actividades productivas. Talleres de maquila con objetivos productivos u otras actividades con los mismos objetivos.
- Actividades lúdico-recreativas.
- Actividades educativo-formativas. Recuperación y completamento de la escolaridad, talleres de capacitación y formación, etc.
- Actividades expresivo-manuales. Taller de teatro y expresión corporal, taller de pintura, etc.
- Actividades elaborativo-formativas: Aquellas donde se trata de poner al pensamiento en conexión con la acción y la acción en conexión con el pensamiento; reuniones de grupo para la programación y la evaluación de las actividades, reuniones de grupo para la elaboración de los aspectos relacionales y emotivos de la vida en grupo (grupos de discusión autocentrados, grupos de psicoterapia) grupos para la elaboración del proceso de tratamiento, etc.

- Tiempo Libre. Es una ocasión en la cual cada persona puede utilizar una parte del tiempo en la vida comunitaria para realizar actividades no programadas y concertadas con los demás.

La organización del proceso de tratamiento pone a prueba cuatro hipótesis operativas desarrolladas por el Equipo Operativo de Hogar Integral, estas son:

- Las modificaciones en la organización de la personalidad y en los procesos de elaboración de las personas (procesos psíquicos), se reflejan o manifiestan, en las modalidades de relación con el dispositivo comunitario, y que estas se explicitan en conductas (entendidas como secuencias complejas de acciones verbales, no verbales y combinadas) dirigidas hacia uno mismo, hacia los elementos del encuadre y hacia las personas.
- La participación activa y conciente de un estilo de vida organizado y complejo favorece que, también los procesos de pensamiento se hagan complejos y más adecuados para manejar de forma realista la participación en la vida social. Es por ello, que las cuatro fases significan periodos de transición, pasaje de lo más sencillo a lo más complejo.
- Estos procesos de integración, de complejización, de autodeterminación tienen un reflejo, una forma específica de manifestarse en las modalidades operativas de participación de los operadores educadores en el dispositivo comunitario del cual son parte.
- En la medida en la cual los jóvenes pasan de una fase a otra del tratamiento, experimentan o viven experiencias personales en relación a su mundo interior, a las relaciones con los demás y con el dispositivo comunitario que favorecen el acceso a dimensiones diferentes de su propia vida psíquica (afectos, emociones, sentimientos, etc.). Son estas experiencias y sus contenidos, los que son elaborados de diferente manera en el contexto de las actividades elaborativo-formativas.

REINSERCIÓN SOCIAL Y PROFESIONAL

La Reinserción Social y Profesional a partir de las estructuras de la Comunidad terapéutica Fármacodependientes, implica la separación de la Red comunitaria y la reinserción en la Red Social.

El proceso de Reinserción Social y Profesional se caracteriza por los siguientes elementos:

- Gradualidad: El proceso de reinserción debe ser organizado con tiempo, de manera que la persona no se encuentre arrojada, sino que su experiencia de regreso al contexto social del que provenía, sea gradual.

- Separación: Significa alejamiento, construcción de una red personal fuera de la Comunidad terapéutica Fármacodependientes, en la cual encuentre un lugar nuevo, integrando las relaciones que se han construido en el proceso de cura y Rehabilitación.

- Pertenencia: Implica generar un nuevo sentimiento de pertenencia al interior de la comunidad social a la que se está reinsertando.

- Autonomía: La persona toma pertenencia de las decisiones de su vida en el medio en que se empieza a desarrollar.

El desarrollo del servicio social se llevó a cabo en este proceso, específicamente dentro del área de Recepción, actividades que se reportan en capítulos posteriores.

CAPITULO 2
FÁRMACODEPENDENCIA,
COMPRENDERLA DESDE LO SOCIAL.

2.-FÁRMACODEPENDENCIA, COMPRENDERLA DESDE LO SOCIAL.

Hasta ahora, se ha abordado a la fármacodependencia a partir de los datos epidemiológicos, que justifican la tarea de instituciones especialmente creadas para prevenir el uso, abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas. Se han mencionado las concepciones con que operan la mayoría de instituciones cuyos programas se enfocan al tratamiento de situaciones de consumo de sustancias. Además se ha definido a la comunidad terapéutica como opción de tratamiento para situaciones de fármacodependencia, en este caso específico Hogar Integral de Juventud, escenario de la experiencia vivida por el prestador de Servicio Social, después de ello, se halla abierto el espacio para abordar las bases teóricas que dan sustento a la tarea operativa realizada en dicho espacio institucional.

Sin perder de vista que todo individuo es diferente de los que le rodean y que por ello cada situación es única. Cuando se habla de casos de fármacodependencia, se debe analizar cada caso como único, ya que no existe receta o tratamiento estándar. En esta misma lógica, es importante considerar que en una realidad donde encontramos muchos mundos relacionados entre sí, los cuales podemos entender sólo a través de la existencia de sus interrelaciones, un fenómeno tal, no puede ser aislado por una sola corriente de estudio; puesto que ello induciría a atribuir la acusa del consumo a un solo factor, el cual no sería suficiente ni objetivo, el fenómeno para ser explicado, necesita ser entendido desde su *complejidad*.

2.1 Teoría de la Complejidad

La manera más accesible de comprender la complejidad, es pensar en el número de las posibles relaciones que pueden establecer los individuos existentes; de los posibles acontecimientos y procesos que se pueden generar a partir de ellas, en un espacio definido. Cada organismo, cada formación social tiene siempre un entorno aún mas complejo que ella misma, este entorno o contexto ofrece más posibilidades que las que el *sistema* puede procesar o reconocer.

Luhman define a “lo complejo”, como “aquella suma de elementos con capacidad de relacionarse entre sí, de tal manera que resulta imposible que cada elemento se encuentre desvinculado en algún momento dentro del sistema.”¹⁷

El concepto de complejidad se puede definir entonces mediante los términos de *elemento y relación*, a partir de los cuales se deben considerar los elementos posibles y las relaciones posibles que entre éstos se puedan desarrollar, dentro del espacio, considerando su dinamicidad en el tiempo, la que los hace susceptibles al cambio.

Comprender el término complejidad, es considerar tres constantes en movimiento e interacción permanente:

- elementos
- relaciones
- entorno.

El hablar de elementos, relaciones y entornos, nos lleva a deducir que un elemento establece varias relaciones con diferentes elementos en contextos siempre diferentes. Las relaciones producen otras más y a su vez permiten su coexistencia en los distintos contextos. **Los elementos** establecen relaciones dentro del entorno, el tiempo les da la posibilidad de cambiar los procesos.

¹⁷ Luhman. Introducción a la Teoría de Sistemas. Ed. Universidad Iberoamericana. México 1996.

Entendiendo a los fenómenos como producto de las formas de relación que producen los sujetos en sus entornos, pueden conceptualizarse como complejos, con la consecuencia de no poder originarse, desarrollarse o desaparecer simple ni aislado, puesto que sus interconexiones con otros elementos lo hacen necesario para su existencia y viceversa, estos son necesarios para la existencia del fenómeno que abordamos.

Ubicar un proceso dentro del **contexto** que incluye espacio, tiempo, sujetos, relaciones... Y ubicar a la vez dicho contexto en un nivel de mayor complejidad, que involucre a más actores, donde se entretengan más relaciones, en espacio y tiempo más grandes; y éste a la vez en uno mucho más complejo, hace evidente, que a nivel macro o micro, es imposible identificar de manera simple la naturaleza y existencia del fenómeno, del proceso, ni del sujeto mismo.

Si se parte de la idea de que “Cualquier cosa está en relación para existir. Todo existe en función de una relación”. Y que La existencia de un sujeto se hace evidente mediante la manifestación de un síntoma, visto éste como la expresión de ciertas formas de relación entre el sujeto y su entorno y que expresa una situación problemática que afecta al sujeto, a quienes lo rodean y con quienes interactúan, así como al contexto en general.

Se puede entonces considerar que, para hacerse manifiesto el síntoma es necesaria la existencia de un **contexto**. Los elementos del contexto no determinan al sujeto, ni este determina a los primeros, pero de manera recíproca se influyen a través de un proceso de aprendizaje que inicia desde el primer año de vida del sujeto, donde mediante el contacto con el entorno el sujeto se identifica y se diferencia de y con los demás, a este proceso se le denomina individuación.

La aparición de un síntoma en una persona como señal de que algo está pasando, permite visualizar claramente la existencia de los demás actores involucrados en la situación, y el contexto ayudará a conocer más de cerca como es que se desarrolla el síntoma y la situación en general, qué actores intervienen, con qué otras situaciones se asocia, etc. Mediante el análisis de las relaciones producidas dentro del entorno relacional.

Las relaciones como parte esencial del desarrollo de la vida de un complejo, definen la influencia recíproca que ejercen los elementos del complejo, esto es la capacidad de influir y verse influido, aceptando cambio y logrando cambios en el otro de manera que cada elemento cambia y se transforma en la medida de sus relaciones y necesidades con y del contexto.

Entre los elementos que se pueden identificar como factores que inciden en la existencia de la situación de la que forma parte el fenómeno de la farmacodependencia se pueden citar:

- El consumidor de sustancias en el que se hace explícita la existencia de la situación ante la cual la familia quiere actuar, de la cual se deriva que el sujeto consumidor desarrolle el síntoma y sea parte del fenómeno de la Farmacodependencia.
- El espacio, en el que vive este sujeto consumidor y en que por ende se evidencia la situación problema tal como es vista la Farmacodependencia. Este espacio puede corresponder a un espacio familiar, o comunitario.
- El tiempo, la época histórica en que tienen lugar el consumo y que está estrechamente ligado al contexto cultural.
- El contexto cultural que incluye, además de otros: ideas, costumbres, prejuicios; que a su vez permean la forma de pensar y de ser de la sociedad la familia y el mismo consumidor.
- El contexto relacional: Que define las relaciones más importantes, establecidas por el consumidor.
- La Familia del consumidor.
- Su pareja.
- Su grupo de pares.
- La sustancia, que sirve como medio de expresión al ser consumida.

Aún cuando haciendo mención de estos elementos de una manera separada, sin aislarlos, teniendo en cuenta las relaciones que establecen entre ellos para la existencia del fenómeno, es importante mencionar que no son los únicos, para explicar su relación, estos no pueden ser vistos en aislado, es más, en la medida en que se involucra el uno con los otros, el fenómeno adquiere una dimensión de mayor complejidad. Las relaciones posibles entre los elementos aumentan cuando el entorno o fenómeno de análisis crece.

Cuando un individuo nace (aún desde antes, pues ya existe un **entorno**, físico y social del que va a formar parte) y entra en contacto con sus padres, hermanos, los espacios y así sucesivamente; inicia la *complejización* de su vida, el número de elementos del contexto con los que empieza a relacionarse, aumenta. Las formas de conocer, el mismo proceso cognoscitivo se complejiza. Los objetos, las imágenes, las circunstancias y sujetos que conoce se vuelven menos abstractos, pero más complejos.

La Fármacodependencia, como fenómeno, involucra a los elementos relacionados con el sujeto tanto como los relacionados con la sustancia: su producción, procesamiento, distribución, venta, compra... El significado que tiene dentro de los contextos sociales, sin olvidar el desarrollo de la relación establecida por el consumidor con esta. Los objetivos del consumo, como se mencionó anteriormente, varían desde fines rituales, curativos, místicos, incluyendo la situación de dependencia, excluida, rechazada y estigmatizada por los patrones culturalmente, vista como situación 'problema, pues afecta la vida de quienes forman parte del entorno del consumo: el consumidor, el familiar, el vecino, el amigo.

Situaciones que tienen como característica la relación estrecha establecida por el consumidor con la sustancia, la cual es más fuerte y significativa que cualquiera establecida con alguna persona. Las relaciones que el individuo establece con su medio circundante favorecen en gran medida la formación de un ser social, con capacidades de interactuar, relacionarse, producir y reproducir estas mismas formas de relación que a su vez favorecen la estabilidad y permanencia de un cierto modo de vida, sin embargo, cuando un individuo consumidor se hace dependiente de una sustancia, su rol social se modifica, la dinámica relacional que surge se da ahora de manera limitada entre éste y la sustancia, de tal manera, que las actividades del sujeto giran en torno a la consecución y consumo de la misma; buscando los

medios que aseguren su obtención, sin importar lo extremos que éstos resulten, desde robar objetos y venderlos, pedir prestado, robar o pedir sustancias, sembrarlas, comprarlas y distribuirlas. Sus actividades se centran en torno a la sustancia: desde conseguirla hasta consumirla, de manera tal que su vida se modifica y su identidad se centra en ser consumidor, drogadicto, o como se le quiera llamar.

2.2 Representaciones Sociales:

La interconexión de conceptos teóricos, permite encontrar el sentido a lo fenómenos sociales, como se explicó, es imposible con una sola teoría explicar la complejidad de los fenómenos sociales. En este sentido, se hace necesario citar las principales premisas de la teoría de Representaciones Sociales.

“En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales. son todo ello junto...”

“... una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, *una forma de conocimiento social*. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por los individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas...”

“...Así pues, la noción de representación social nos sitúa en el punto donde se interceptan lo psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera cómo nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras, el conocimiento «espontáneo», «ingenuo»... *conocimiento de sentido común*, o bien *pensamiento natural*, por oposición al pensamiento científico...”

“...Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación

social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un *conocimiento socialmente elaborado y compartido*. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen de él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. En otros términos, se trata de un *conocimiento práctico*. Al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la *construcción social de nuestra realidad...*¹⁸

La Representación Social, posee dos caras interdependientes e indisociables:

- Simbólica: que es el símbolo al cual se le da sentido.
- icónica: El sentido que se quiere transmitir al símbolo u objeto,

Donde se hace corresponder a toda figura o imagen un sentido, idea o significado y viceversa a todo sentido, un símbolo. El sentido siempre lleva implícito un juicio de valor: bueno-malo, correcto-incorreto, de acuerdo a los comportamientos que la misma sociedad desea producir o reproducir.

Estas dos, estrechamente ligadas a los procesos de anclaje y objetivación, los cuales, son parte de la construcción de la Representación Social:

La **objetivación** tiene como función hacer concreto, lo abstracto, materializar la palabra, dándole al *sentido una imagen*.

El anclaje es el proceso en el cual se le da *sentido o significado y utilidad al objeto o la imagen*.

Estos procesos de anclaje y objetivación le dan a la representación social la característica de dinamicidad, en la que existen conjuntos de acciones o comportamientos que pueden ser sustituidos por otros y desaparecer trabajando

¹⁸ Moscovici serge . Representaciones Sociales. 1997.

sobre la representación social ya que además son estructuras dinámicas que trabajan sobre las de relaciones y comportamientos que aparecen y desaparecen junto con la misma representación.

La fármacodependencia vista como el estilo de vida de algunos miembros de la sociedad, no involucra al consumidor y la sustancia como aislados, sino como elementos de la relación que establece el primero con la segunda. Las relaciones que el sujeto establece con su entorno en los diferentes contextos en que se desarrolle, deben satisfacer sus necesidades primarias y obedecer a las exigencias de los patrones establecidos, esto es, cooperar en el moldeamiento de las conductas esperadas por la sociedad en el individuo, la aparición del síntoma (el consumo y las conductas asociadas a este), en varios de los miembros del sistema social, así como que prevalezca y se cronifique, son la señal de que algo está ocurriendo.

Resulta importante conocer cómo contribuyen las relaciones que se establecen con las personas más cercanas al individuo consumidor, si se ha establecido una relación con la sustancia, más significativa que las que se han establecido con las redes familiar y de amigos más cercanos, esto quiere decir que el individuo ha encontrado en la sustancia, lo que sus redes más cercanas no le proporcionan. Sin embargo, esta carencia de “algo”, los conflictos no resueltos, etc. generalmente son negados por el sistema familiar, ya que el reconocerlos origina angustia y miedo al cambio.

“ La manera más evidente es depositando los aspectos negativos, existentes en el sistema familiar, en el individuo consumidor, convirtiéndolo en el chivo expiatorio de la familia, estigmatizándolo y creando una representación social del fármacodependiente como algo desviado, lo que origina no sólo que la situación se cronifique en los ya consumidores, sino su aparición en otros más, la vulnerabilidad la generan las condiciones de vida y de estructura personal de cada miembro.”¹⁹

Es innegable acotar también la participación del sistema social, económico y político, no sólo al hablar de proveedores, productores, distribuidores, etc. De sustancias, al igual lo es, lo que representa este sistema en el tratamiento y el cambio de representación social que se tiene de ella, llámese ayuda profesional, programas de autoayuda y otras modalidades no oficiales, que *promuevan el cambio en el estilo de vida de las personas que enfrentan situaciones de*

¹⁹ Milanese Efreem, Et.al. Prevención y cura de la Fármacodependencia. México 2001.

sufrimiento social. No hay que olvidar que la fármacodependencia es producto de las relaciones establecidas entre los miembros del sistema y que la consideración de esta como un problema social, *es construcción de un punto* de vista “normal” en la sociedad.

2.3 Teoría de Sistemas:

La teoría de sistemas señala que todo ente, la sociedad, la familia, el individuo mismo, operan como un sistema, dentro de otros sistemas. Afirma que los individuos en colectividad, no son totalmente libres para proceder como lo deseen, su comportamiento está regulado por las relaciones que tienen entre sí sus elementos.

El sistema social, se define como un complejo de elementos directa o indirectamente relacionados por conexiones causales, cada componente se relaciona con una más o menos estable dirección, durante un periodo de tiempo concreto.

De tal manera que todos los fenómenos pueden ser organizados como conjuntos o entidades en los que los componentes están interrelacionados como subsistemas, interconexionados con el ambiente.

Hablar de la **totalidad** de un sistema enfatiza como los elementos de este interactúan entre sí y producen algo diferente a la suma de sus partes, ya que cada elemento está condicionado por los demás. Y el todo es más que la suma de sus partes.

La **morfoéstasis** en un sistema explica la tendencia del mismo a tener equilibrio y estabilidad, a recibir los fenómenos y hechos, manteniendo su naturaleza, la creación de **normas** que procura el contexto de equilibrio entre lo aceptado y lo no aceptado, entre lo perteneciente al sistema y lo no perteneciente.

El concepto de **morfogénesis** ayuda a entender el crecimiento o cambio del sistema, permitidos ambos, por la capacidad de equilibrio del mismo, con la ayuda de contención que le proporcionen sus instituciones. La estabilidad dentro del sistema, se da a la par de la flexibilidad, que le permite aceptar los cambios, siempre que estos garanticen su permanencia y no por el contrario la amenacen.

El concepto de **homeostasis** permite entender la capacidad del sistema para mantener su equilibrio y al mismo tiempo poder evolucionar y transformarse.

Para que un sistema cambie, es preciso cambiar las normas, introduciendo nueva información, este cambio en el sistema implica cambios en todos sus elementos, de tal manera que al cambiar uno solo de los elementos cambiará la **totalidad**.

Los sistemas se relacionan entre sí de tal manera que:

- La estructura debe ser la de un sistema sociocultural abierto a un proceso de transformación, garantizando siempre la continuidad del sistema social, esta característica de permeabilidad de los sistemas, obedece a la necesidad por producir seguridad dentro de sus contextos para garantizar continuidad.
- Cada sistema muestra un desarrollo desplazándose por medio de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración, nacen, crecen y se transforman.
- Cada subsistema se adapta a las circunstancias ambientales, un sistema está condicionado por su entorno, puesto que tiene características ecológicas.

Todos los sistemas por definición tienen **límites** que los diferencian de su entorno y de otros sistemas, por lo que pueden ser considerados como recubiertos por otros sistemas.

En los sistemas sociales, los límites son ampliamente permeables, pueden ser penetrados por diferentes puntos. El límite más permeable es el más abierto y flexible del sistema.

Dentro de un sistema, los fenómenos mantienen interconexiones, relaciones e interacciones dinámicas, por lo que la influencia a un nivel afecta a todo el sistema, este hecho le da al sistema una característica **jerárquica**.

El análisis del sistema implica tomar en cuenta una de sus características principales: El todo es más que la suma de sus partes. Las propiedades de las partes del sistema, sean elementos, subsistemas o relaciones, se explican desde las

propiedades del sistema. El paradigma del que parte es “totalizador y generalista de los hechos sociales”.

Analizar la Fármacodependencia desde el enfoque sistémico, involucra a la familia como un sistema, un complejo de elementos directamente relacionados, donde cada miembro de ésta se relaciona con los demás en una más o menos estable dirección, teniendo en cuenta el proceso natural de todo sistema: nacer, crecer, cambiar para poder permanecer. El individuo como parte del sistema familiar nace dentro de este, el primer contacto que tiene es precisamente el contexto familiar y sus primeras relaciones establecidas son con los miembros de la familia. El proceso de socialización e individuación e identidad, mediante los cuales el individuo aprende las normas y patrones de conducta a seguir, están dados dentro del sistema familiar, el cual va a ayudar a definir el desarrollo de sus miembros.

“El sistema familiar, se adapta al ambiente de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada uno de sus miembros, esto a través de la socialización, donde mediante la transmisión del sentimiento de identidad y paralelamente del sentido de separación, ayudan a moldear al individuo y favorecen el crecimiento de los integrantes: El sentido de separación e individuación”²⁰

De tal manera, que el desarrollo de la Fármacodependencia dentro del sistema familiar involucra a cada uno de sus elementos, no sólo como afectados por la situación de consumo, sino como factores condicionantes en la existencia de este, las formas de relación, la interdependencia entre ellos y la definición de los límites entre los subsistemas determinan el desarrollo de sus miembros. Los sistemas familiares están permeados a su vez por otros sistemas sociales, de mayor jerarquía, que afectan la concepción del consumo a su interior. El manejo de los límites al interior y al exterior del sistema define el espacio de desarrollo, primero del sistema por sí solo y segundo el espacio de desarrollo de los miembros de los subsistemas al interior del sistema.

Considerar a la familia como un sistema dentro de un sistema aún mayor que es el sistema social, permite involucrar a otros sistemas como el cultural, económico, político, etc. Los cuales como se ha visto influyen y se ven

²⁰ Quiroga Ana. *Crítica de la vida cotidiana*. 5ª. Ed. Argentina 1996.

influenciados por el sistema familiar, en esta lógica el fenómeno de las fármacodependencia se ve como resultado de la interacción de los sistemas dentro del sistema social, ya que no es producto de una relación única entre dos sistemas relacionados en aislado de los demás.

Ver por ejemplo: cómo las características del sistema económico permiten que exista gente con condiciones económicas precarias y que para algunos de ellos, tanto por cuestiones geográficas donde los lugares son propicios para la producción, distribución y “narcotráfico” resultan favorables, así como por cuestiones económicas donde la venta de sustancias tiene una retribución económica importante. Propicia a su vez una situación que motiva a la gente a verse involucrada como vendedor, distribuidor o productor. O si las capacidades económicas de la gente son tan precarias como se supone, la misma posibilidad de “tener más sin mucho esfuerzo”, aparece como atractiva...

Pensar en cómo el sistema político posibilita la existencia de grupos de gran distribución, producción y venta de sustancias, con los cuales no se puede combatir, sino al contrario crecen y nacen nuevos e involucran a muchos actores más.

Comprender cómo las formas de concepción acerca de las dependencias giran más en torno a la sustancia, que a las carencias relacionales a las cuales obedece el consumo, y que estas concepciones obedecen a un sistema de normas y creencias, creadas por el sistema social, nos invita a reflexionar acerca de la construcción de un fenómeno que no nace crece y desaparece, sino que existe, por que es producto de las relaciones las cuales no tienen principio ni fin, de tal manera que el fenómeno es producto de algo ya dado, sólo que de manera distinta a como se han dado las demás relaciones entre diferentes individuos, en diferentes sistemas, con fines diferentes y roles distintos; comprender la interrelación entre los miembros de un sistema y las interrelaciones de este sistema con otros más, da la pauta para comprender cómo un fenómeno de la magnitud de la Fármacodependencia es producto de relaciones dadas y de esta manera el buscar soluciones a las situaciones problema que parten de él, implica considerar al igual a los sistemas y sus relaciones involucrados.

2.4 Familia, Grupo, Naturaleza gregaria del Individuo.

Partiendo de las concepciones dadas acerca del fenómeno de la Fármacodependencia como un fenómeno complejo que involucra no sólo al individuo consumidor, a la sustancia con la que ha establecido su relación más significativa, al sistema familiar, social, cultural, económico, político, etc. Aunque estos últimos solo hayan sido mencionados, se ha visto la complejidad del fenómeno y la multiplicidad de actores involucrados.

Pensar en la naturaleza social del individuo y su necesidad de agruparse, hace necesario iniciar un recorrido por el proceso de agrupamiento que le permite al individuo nacer, crecer y desarrollarse, de manera tal que el medio le dota de identidad y de sentido de pertenencia para existir con y a diferencia de quienes le rodean.

Pensar en el individuo como sistema abierto a las influencias de otros sistemas con los que está en contacto y a la vez al mismo grupo del que forma parte considerarlo como un sistema, de manera tal que el grupo se conforma por individuos reunidos, por un objetivo común, colaboran para su realización y tienen recíproca intervención, con el fin de procurar el cumplimiento de ese objetivo. Ello implica considerar que establecen constantes relaciones, que interactúan y se influyen unos a otros de tal manera que cada uno de ellos es un ente producto no de los demás, sino de las relaciones que entre ellos establecen, es decir, de la totalidad que generan, que como se mencionaba en la teoría de sistemas, el grupo como sistema, es más que la suma de sus partes.

Se sobreentiende entonces, que cada conjunto de individuos tiene un fin común, sea mediato o a largo plazo, mientras el objetivo los mantenga unidos, el grupo permanecerá.

Una familia es un conjunto de individuos, que aparte de compartir un fin (la permanencia de esta), en un mismo espacio, se caracteriza por estar relacionados consanguíneamente. La familia como grupo adopta las características de sistema abierto, abierto a la influencia y acción conjunta con otros sistemas.

La búsqueda del objetivo que une al sistema familiar obvia la existencia constante y permanente de relaciones entre sus miembros, así la familia se considera:

“...el sistema relacional primario en el proceso de individuación, crecimiento y cambio del individuo”²¹

El conjunto de individuos interrelacionados obtiene su primer contacto con el medio social dentro del sistema familiar y entra en contacto con las formas de comportamiento y los patrones de conducta establecidos mediante las normas habladas y no habladas que existen dentro del seno familiar. La familia es un sistema inmerso en el sistema social, compuesto a su vez por sistemas de menor complejidad involucrados entre sí influenciándose de tal manera, que el individuo (elemento de cada sistema) es resultado de esta interacción. El proceso de socialización que el individuo vive dentro de la familia le permite tener identidad y a su vez, mediante el espacio que le sea permitido como individual, podrá diferenciarse de quienes le rodean y con quienes convive. De esta manera el proceso de socialización es paralelo al de individuación.

La Familia opera como un sistema, el individuo procede de acuerdo a lo que ha aprendido dentro de ella, regulado este aprendizaje, por la relaciones que establecen sus miembros. Se compone a su vez de tres subsistemas:

- Conyugal: Relaciones entre Padre y Madre, pone límites ante las interferencias, demandas y necesidades de los hijos. Los Padres deben poseer un espacio psicosocial propio, que emocionalmente los haga sentirse bien.

- Parental: Relaciones entre Padres e Hijos, define figuras de autoridad y límites entre Padre o Madre e Hijo.

- Fraternal: Formado por las relaciones entre hermanos, inicio de la socialización.

Cada subsistema dentro del sistema familiar se relaciona como otro sistema, de tal manera que se influyen uno al otro permitiendo la estabilidad del total.

²¹ Yubero Santiago. Drogas y drogadicción. La mancha 2001.

Mediante el crecimiento del espacio individual del sujeto, se inicia el proceso de agrupación con otros en contextos y sistemas diferentes a la familia, ya que sus necesidades se han diversificado y se hace necesaria la ampliación de los contextos puesto que las relaciones se multiplican.

El cómo un individuo cuyas conductas debieran obedecer a lo socialmente establecido como correcto, inicia el consumo de sustancias, permanece con este consumo y además se cronifica, haciendo evidente esta situación mediante conductas que afectan su vida tanto como la de quienes lo rodean, tiene su explicación, tal como se ha venido definiendo, en el desarrollo dentro del sistema familiar, sociocultural y grupal, puesto que como un individuo no nace, crece ni satisface sus necesidades en aislado, tampoco puede ser posible que un fenómeno que involucre a un multiplicidad de actores, se dé en aislado.

Si se hace mención de que la sustancia ha sustituido la mayoría de las relaciones establecidas por el sujeto con su medio, es porque el medio ya no le ha sido suficiente para satisfacer sus necesidades prioritarias, y si las necesidades que la sustancia satisface en el individuo, difieren mucho a las que socialmente consideramos como primarias (habitación, alimento, vestido), entonces, hace necesario, preguntarse a qué necesidad está satisfaciendo esta sustancia, que resulta aún de mayor prioridad que la que cualquier otro satisfactor pueda significar.

Esta necesidad la define Efreem Milanese, como la necesidad de consideración, la que el sujeto consumidor no ha encontrado en los demás y encuentra entonces en la sustancia.

El hecho de que el consumir alguna sustancia sea considerado como incorrecto o como anormal, considera las características tanto del contexto cultural desarrolla el consumo, como de los fines con que se consume.

La situación donde el consumo se ha cronificado obedece a carencias en el sistema relacional, principalmente al primario, donde no se han alcanzado a cubrir las necesidades prioritarias del ahora dependiente de sustancias, el convertir al consumo en una situación incorrecta y hasta penalizada, obedece a la representación social creada por el mismo sistema cultural en el que se vive, buscar tratamiento para el consumidor, en busca únicamente de la supresión del consumo, es un respuesta de la sociedad a no involucrarse como actor decisivo en la existencia de la situación, a no ver cómo el consumo forma parte de las conductas

existentes y que la "Fármacodependencia" vista como problema es un fenómeno complejo que involucra a todos los actores sociales que se ven a sí mismos como afectados. El problema es otro, ya que el consumo sólo es la señal, el síntoma del verdadero problema, buscarlo implica considerar la multiplicidad de casos y el estudio focal de cada caso considerando su interrelación con los sistemas involucrados.

CAPITULO 3

LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION

3. LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION

3.1 Proceso Metodológico en el área de Recepción.

La Recepción es considerada como la primera fase de la compleja estructura del modelo de Comunidad Terapéutica y funciona como un filtro de entrada para los procesos de Rehabilitación.

OBJETIVO GENERAL DEL AREA DE RECEPCION:

“Desarrollar una estrategia de intervención y acogida con la población en situaciones relacionadas con el fenómeno de la Fármacodependencia. Por medio de la elaboración de un diagnóstico individual, familiar y de red que permita la toma de desiciones para iniciar un tratamiento en la Comunidad Terapéutica para Fármacodependientes”²²

OBJETIVOS ESPECIFICOS²³:

1.- Construir un continente de seguridad para los jóvenes y sus familias que solicitan el ingreso a tratamiento. Mediante su inserción en una experiencia de grupo organizada, que permita completar el diagnóstico individual, familiar y de red. Y a su vez movilice la red inmediata, en pos de la construcción y desarrollo de alternativas de rehabilitación.

2.- Incidir sobre la representación social y revertir la exclusión que padecen los consumidores de sustancias psicoactivas.

3.- Formalizar la relación terapéutica entre los consumidores y el Equipo Operativo.

Se constituye por las acciones que comprenden el contacto y el vínculo con las personas asistidas en las diferentes modalidades de atención que ofrece la institución, esto es el primer acercamiento entre la institución y los beneficiarios. (Ver cuadro 1 de este apartado).

²² Hogar Integral de Juventud I.A.P., Manual Operativo del área de recepción, HIJ 2003. México 2003.

²³ Ibidem.

Se define en dos momentos principales:

1. Establecimiento del **Primer Contacto** por parte de los beneficiarios (demanda de ayuda) y, a partir de ello, se puede concretar en una cita o bien la derivación a otra instancia (si es que la demanda no puede ser atendida en la institución).

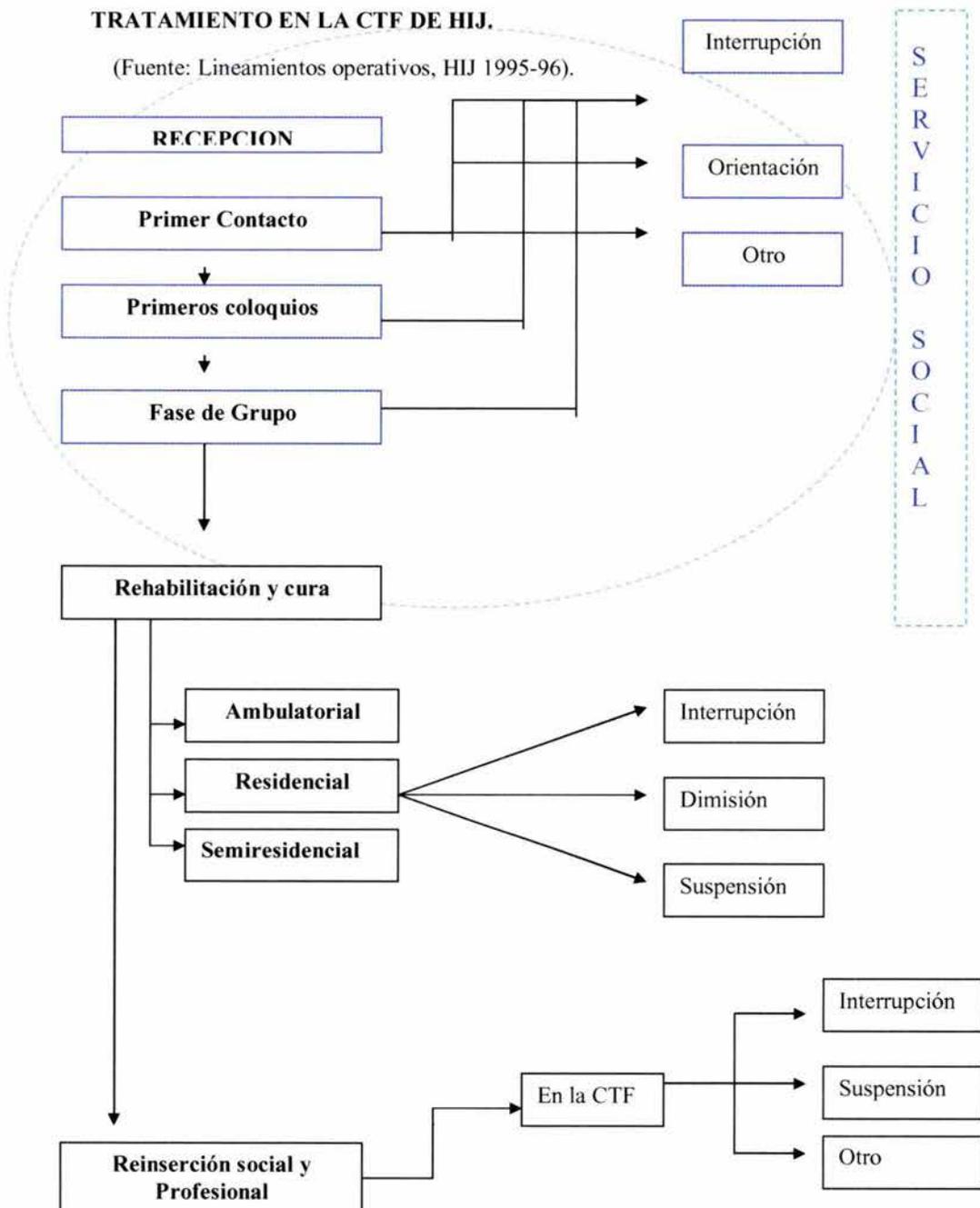
2.

3. El segundo pasaje está constituido por una serie de entrevistas de evaluación diagnóstica a los que se denomina **coloquios**, que pueden concluir en la participación en la **Fase de Formación de Grupo** o ser derivados a otras instancias de la misma institución, dependiendo las características de cada caso. Una vez que se vive la Fase de Grupo, se formaliza la relación terapéutica por medio de la firma de un contrato y se da el pasaje al **Área de Rehabilitación y Cura** (en donde se continúa con el proceso, en sus diferentes modalidades)²⁴.

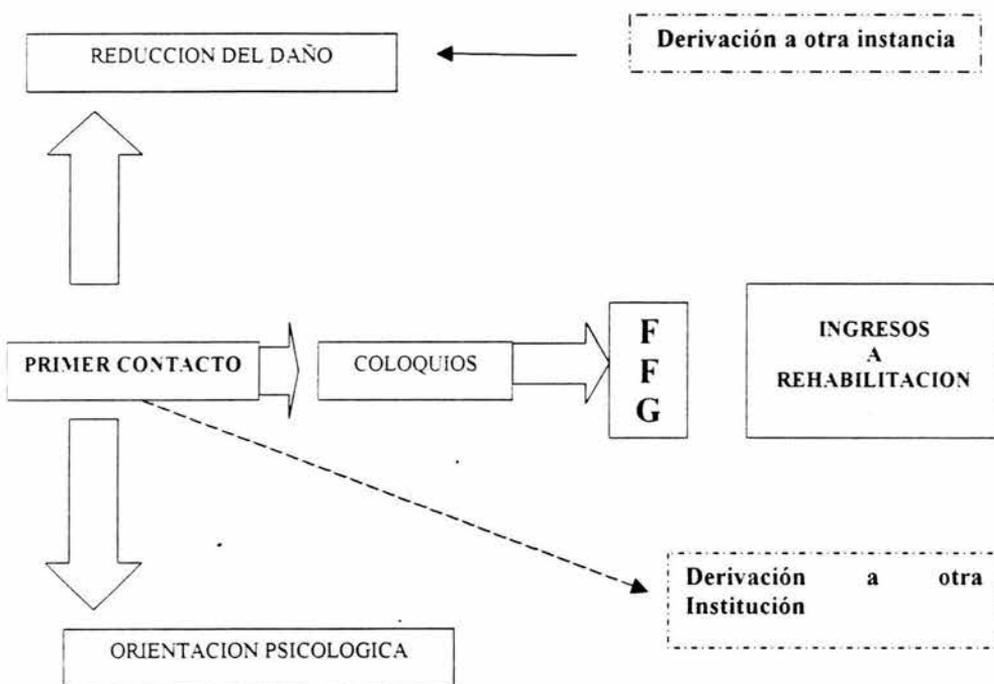
²⁴ Hogar integral de Juventud, Lineamientos operativos 2002. México 2003.

**UBICACIÓN DE LA RECEPCIÓN EN EL PROCESO OPERATIVO EN LA CTF.
TRATAMIENTO EN LA CTF DE HIJ.**

(Fuente: Lineamientos operativos, HIJ 1995-96).



PROCESO OPERATIVO DEL AREA DE RECEPCION



3.1.1 PRIMER CONTACTO

Se nombra **Primer Contacto** al acercamiento por parte de los beneficiarios a la estructura terapéutica; mismo que se puede dar en las siguientes modalidades:

- a) Vía telefónica: las personas se comunican vía telefónica.
- b) En la estructura: las personas asisten personalmente a la institución.
- c) En la calle: a partir del trabajo en la Comunidad Real Local, las personas se acercan y establecen el contacto.
- d) En su casa: se realizan estrategias de acompañamiento domiciliario y puede surgir como efecto el establecimiento de una demanda.
- e) Por medio de otras instituciones: las instituciones con las cuales se tienen vínculos, derivan a sus beneficiarios, o bien es ahí donde surge la demanda (p. e. en la escuela).
- f) Otras: cualquier modalidad diferente a las anteriores (un foro, en el transporte, por carta, correo electrónico, etc.).

OBJETIVOS:

- Saludo y presentación entre quien recibe la demanda y el solicitante.
- Posibilitar que la persona que solicita el servicio haga manifiesta su problemática.
- El operador proporciona la información que introduce al demandante en el proceso operativo de la Recepción.
- Se delimitan las bases sobre las cuales la persona logra hacer explícita su demanda
- Para este momento, el operador tiene los elementos suficientes para dar una respuesta y/o tomar una decisión.
- Si las demandas solicitadas se encuentran dentro de los parámetros de atención de la institución, se establecen las condiciones para dar continuidad al proceso.
- Por medio de este primer acercamiento se realiza la convocatoria familiar

3.1.2 COLOQUIOS.

Una vez que los beneficiarios demandan una cita, inician los **Primeros Coloquios**. Donde se determina la continuidad y la articulación del Primer Contacto. Para este momento, se tienen identificados diferentes aspectos, a saber:

- Primera hipótesis acerca de la demanda.
- Convocatoria familiar, incluyendo al Paciente Designado; en caso de que él acceda.
- Programación de la primera entrevista.
- El instrumento de primer contacto está concluido.
- Se decide si los pacientes pasan al proceso de Recepción, o bien, si desde el primer contacto son derivados a otra instancia de acuerdo a sus características: partiendo del criterio de edad (mayores de 30 años), o a problemáticas diferentes al consumo de sustancias.

OBJETIVOS:

- Generar la posibilidad de establecer formalmente la relación de los operadores y los usuarios de servicio, en el contexto de la Comunidad Terapéutica
- Establecer el encuadre de trabajo durante el desarrollo de las sesiones (número de coloquios, duración de los mismos, cuota de recuperación, programación de las citas, participación de la familia y/o visitas domiciliarias, etc.).
- Favorecer la explicitación de una demanda de tratamiento.
- Elaborar los diagnósticos individual, familiar y de red
- Orientar la toma de decisiones con respecto al inicio del tratamiento en la CTF, el Área de Reducción del Daño o la derivación hacia otras agencias que brindan servicios especializados.
- Incidencia y complejización de la representación social de la farmacodependencia y los farmacodependientes.

- Determinar la modalidad de Rehabilitación (Residencial, Semi-residencial, Ambulatoria).
- Convocar y ampliar la red familiar que participa en el proceso.
- Evaluar las condiciones del contexto familiar, y llevar a cabo un trabajo de sensibilización con miras a favorecer la realización de las visitas domiciliarias.

La permanencia de un usuario en los primeros coloquios genera en él una sensación de incertidumbre, que lo hace perder de vista los objetivos de la relación establecida. La finalidad es, entonces, tener los elementos para deducir si se continúa el proceso mediante la inserción en una experiencia de grupo organizado, si se deriva a Reducción del Daño (por las condiciones del caso), si se interrumpe el proceso, o si se canaliza a otras instancias.

El propósito del manejo técnico y metodológico de la entrevista consiste en establecer las alternativas de contención, e individuación, mediante la aparición de situaciones asociadas al fenómeno de la fármacodependencia y los diferentes conflictos en el contexto familiar y la red social. Así, una de las principales tareas del operador de esta fase consiste en profundizar, reconstruir y registrar (de manera detallada) la dinámica del sistema familiar. El operador determina el número de coloquios necesarios para la continuación del proceso, y también decide el rumbo que pueden tomar las diferentes demandas.

Así los Primeros Coloquios pueden concluir en:

- La inserción en la experiencia de grupo organizado (Fase formación de Grupo <FFG>).
- Incorporación al grupo de contención de Reducción del Daño.
- Derivación a otras agencias y servicios.
- La interrupción del proceso por parte de los demandantes.
- La suspensión de proceso con el acuerdo de ambas partes (operador y usuario).

Para determinar el pasaje de los primeros coloquios a la **Fase de Grupo** el operador tendrá que haber concluido con el registro de la información requerida en todos y cada uno de los instrumentos.

Instrumentos de registro (Sistema de Diagnóstico Terapéutico <SiDiTer>)

Los instrumentos de registro y de diagnóstico constituyen una de las partes esenciales para la programación de estrategias, hipótesis, evaluación y para la comprobación científica del proceso operativo de la Recepción.

Instrumentos:

- Expediente.
- Genograma familiar.
- Diario de proceso.
- Instrumentos de diagnóstico de personalidad.
- Ficha de estudio socioeconómico.
- Síntesis de caso.
- Hipótesis de intervención e indicaciones operativas para la Fase de Grupo.

Para dar continuidad al proceso es necesario haber concluido el llenado de los instrumentos antes mencionados, además de haber construido las condiciones de trabajo entre el sistema familiar, el paciente y los operadores.

3.1.3 FASE FORMACIÓN DE GRUPO

El operador informa en el último coloquio, a cada una de las familias, las conclusiones a las que se han llegado hasta este momento. Éstas pueden tomar diferentes rumbos, dependiendo de las características del caso y de la respuesta que los operadores hayan diseñado para este.

Se realiza un programa para las sesiones de trabajo, un registro de las presencias y una descripción de lo que acontece al interior del grupo.

Se verifica la apertura de la FFG en “grupo mixto”, en donde, tanto las familias como los jóvenes están presentes. La tarea es propiciar un encuentro entre los diferentes grupos de familias.

Por otro lado, el grupo realiza un breve intercambio que consiste en narrar los diferentes acontecimientos y estados de sufrimiento relacionados con el fenómeno de la farmacodependencia. Este ejercicio provoca, en el interior del grupo, una experiencia en la cual los participantes descubren que no son los únicos que se encuentran en una situación desfavorable. Como resultado del ejercicio se hacen evidentes, también, las diferentes representaciones sociales que el grupo tiene del problema y, de esta manera, se abre la primera tarea de trabajo en los grupos familiares.

Otra de las finalidades de esta fase tiene que ver con el establecimiento del “encuadre” y la “designación de responsabilidades” tanto para las familias como para los jóvenes. Se informa en los grupos (por separado) el día, los horarios de inicio de trabajo y su duración.

OBJETIVOS:

- Introducción al contexto de vida organizada de la CTF, normas y reglas.
- Conducción y análisis de la demanda.
- Estrategias de intervención con las familias, destinada a favorecer la inducción y conducción al tratamiento.
- Experiencia de vida organizada en grupo.
- Profundización de la información contenida en el expediente.
- Reflexión sobre la “representación social” de la fármacodependencia.

Encuadre:

- Los espacios de trabajo con el grupo son de Lunes a Viernes de 9:00 a 1:00 p.m.
- Los espacios de trabajo con las familias se llevan a cabo en el “Grupo de Familias”, de 18:00 a 19:30 p.m., lunes y jueves
- En los espacios de trabajo con Pacientes designados (Pds) no se pueden consumir alimentos, ni salir a comprar cigarrillos u otros enseres.
- Se fuma en los espacios abiertos, únicamente durante los tiempos libres programados.
- No se acepta el ingreso a la CTF de aquellos Pds que asistan intoxicados.
- Si no se llevó a cabo el “acompañamiento” se citará a coloquio para revisar la situación.
- El PD elaborará un “Diario”.
- Se pagará una cuota de recuperación por la FFG. Que deberá ser cubierto en su totalidad en el transcurso de la primera semana de FFG.

El trabajo en la FFG tiene como finalidad la de favorecer la complementación y profundización de los diagnósticos individual, familiar y de red. Y esto se logra por medio de la estructuración de un programa de actividades con objetivos específicos.

La coordinación de trabajo grupal, es realizada por un operador experimentado en el manejo técnico de grupos, con capacidad de contención; que sepa hacer lecturas grupales y con capacidad en la toma de decisiones.

Responsabilidades:

Familias:

- a) Acompañamiento familiar.
- b) Participación en los grupos familiares.
- c) Respetar los horarios.
- d) Pagar cuotas en tiempo y forma.
- e) Brindar acompañamiento a los PD en su visita al Toxicológico.

Jóvenes:

- a) Elaboración de un “diario personal”.
- b) Cumplir con el acompañamiento familiar.
- c) Observar y respetar tanto los horarios como la programación de actividades elaborada por el EO.
- d) Asistencia a un proceso de desintoxicación y revisión médica.

Paralelamente a la participación en la FFG, el equipo realiza un estudio socioeconómico por medio de una visita domiciliaria. La cual funge como una suerte de instrumento, que no sólo permite fijar la cuota de recuperación, sino que favorece un acercamiento a la dinámica interna de la familia.

3.1.4 VISITAS DOMICILIARIAS

Representan una estrategia que además de la realización del estudio socioeconómico mediante la aplicación de un instrumento específico, permite profundizar en el conocimiento de las condiciones relacionales generadas al interior del sistema familiar; así como visualizar con mayor certeza el grado de permeabilidad del sistema y la posibilidad de incorporación de otros miembros de la familia dentro de un proceso de tratamiento familiar.

Bajo este entendido, resulta necesario conocer el espacio físico en donde se manifiestan ordinariamente las relaciones familiares.

La visita domiciliaria se realiza antes o durante la Fase Formación de Grupo, ya que significa actuar la convocatoria a la red Familiar. Esta estrategia, inicia la formalización de un contacto recíproco, el sistema ha acudido a la institución a expresar su demanda, la institución lo acoge y responde mediante varias acciones que dan forma a dicha respuesta: coloquios unifamiliares, sesiones de FFG y Visita domiciliaria.

OBJETIVOS:

- Conocer las condiciones económicas del sistema familiar mediante la aplicación de la Ficha de Estudio Socioeconómico (FESE) para la asignación de una cuota en caso de ingreso a tratamiento.
- Identificar características del espacio ordinario en el que la familia interactúa para profundizar en el diagnóstico familiar.
- Favorecer el acercamiento de la Institución con la Red familiar convocada.

El operador encargado, debe conocer el caso al cual se realizará la visita: las personas involucradas en la demanda, las convocadas y quien será el referente, puesto que así se logrará tener una visión concreta de las situaciones que se van a observar. Sin embargo, el entrevistador no debe limitarse a observar sólo lo planeado, puesto que pueden surgir elementos importantes para el cumplimiento del objetivo.

1.- Antes de llegar al domicilio.

- A) Tomar en cuenta las características del ambiente social:
- B) Características del lugar y relaciones que Pd ha establecido con el ambiente:

2.- Aplicación de la Ficha de Estudio Socioeconómico (FESE).

Es necesario realizar en forma concreta cada uno de los tópicos contenidos en el instrumento.

3.-Término de la visita domiciliaria:

Al finalizar la aplicación de la FESE es importante aclarar las dudas del sistema familiar, sólo acerca de la próxima cita., para no permear el objetivo de la visita con el intento de manejo de la visita por parte de la familia.

Los datos obtenidos en la visita se registran:

- A) En el Diario-expediente del Paciente Designado (Pd).
- B) En el diario de Campo correspondiente a la visita domiciliaria, que se anexa al expediente del Pd.
- C) Los datos de la FESE, se registran en el tabulador de asignación de cuotas.

Establecida la cuota y completados los instrumentos del Siditer , se da término a la FFG.

Los resultados que se obtienen al término de la FFG determinan el pasaje a la Rehabilitación. Para este momento del proceso, la Recepción habrá finalizado su intervención. El responsable de Recepción fijará la fecha y horario específico para dar una respuesta de tratamiento y llevar a cabo la firma de contrato.

Al finalizar la FFG, se habrán alcanzado los siguientes objetivos:

- Llenado de instrumentos de registro y diagnóstico.
- Expediente terminado.
- Genograma familiar.
- Presentación de los casos, definiendo las diferentes modalidades de tratamiento.
- Reunión del *staff* para el análisis de casos.
- Análisis de la visita domiciliaria y fijación de una cuota basada en el estudio socioeconómico realizado.
- Síntesis de caso (integra todos los instrumentos)
- Síntesis de proceso FFG. Se elabora un diagnóstico del funcionamiento y de la dinámica grupal, de las diferentes posturas de cada paciente al interior del grupo y de su desenvolvimiento personal.
- Indicadores de evaluación grupales e individuales: participación, autonomía, disposición, etc.

Instrumentos de registro y diagnóstico:

- Expediente.
- Genograma familiar.
- Diario de proceso.
- Instrumentos de diagnóstico de personalidad.
- Síntesis de caso.
- Hipótesis de intervención e indicaciones operativas para la Fase de Grupo.
- Bitácora de las sesiones de grupo.
- Mapa familiar.
- Cartografía social.
- Reporte de la Fase de Formación de Grupo.
- Ficha de estudio socioeconómico y visita domiciliaria.
- Instrumento de evaluación mensual y de pasaje.

LA FIRMA DE CONTRATO.

El sentido simbólico que persigue:

- Formaliza la relación terapéutica.
- Establece condiciones de seguridad y continuidad o discontinuidad del proceso.
- Establece un escenario propicio para lograr los objetivos.
- Crea un ambiente de solemnidad.
- Da claridad en el discurso que da inicio a la relación terapéutica.
- Respeto a los silencios, como una forma de hacer emerger, contener y manejar las situaciones de angustia que produce el inicio del proceso.
- Propicia que se hable en primera persona, de tal manera que no se depositen responsabilidades ni compromisos en alguien más.

Con el fin de dar continuidad a la incorporación de nuevos Pacientes designados (Pds), El Área de Rehabilitación se encuentra íntimamente relacionada con el proceso de la Recepción que, a su vez, es el espacio que evalúa y verifica las condiciones indispensables para incorporar a los pacientes y a sus familiares a las distintas modalidades de tratamiento.

El operador de área, junto con el resto del equipo de operadores, ha discutido y profundizado cada uno de los casos, con el objetivo de programar, metodológicamente, la incorporación de los PDs a la nueva área. Para lo cual, se plantean estrategias específicas de intervención por caso, no hay que olvidar que por similares que parezcan, cada caso es único.

El equipo de operadores ha definido la incorporación de las familias y pacientes en las diferentes modalidades del programa, a través de los resultados obtenidos por el Área de la Recepción.

Es importante no perder de vista que el proceso de la Recepción esta constituido por tiempos lógicos en relación con cada caso, y no determinado por un tiempo cronológico. El proceso de Recepción dura, aproximadamente, dos meses.

CAPITULO 4

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL EN EL PROYECTO: PREVENCIÓN PRIMARIA, REDUCCIÓN DEL DAÑO Y TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS EN CONTEXTOS COMUNITARIOS.

4. INFORME DEL SERVICIO SOCIAL EN EL PROYECTO: PREVENCIÓN PRIMARIA, REDUCCIÓN DEL DAÑO Y TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS EN CONTEXTOS COMUNITARIOS.

PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL EN HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD

JUSTIFICACIÓN

El fenómeno de la fármacodependencia ha sido en mucho tiempo, objeto de estudio de diversas formas metodológicas sujetas a los cambios propios de la naturaleza social del fenómeno, el cual adquiere características similares pero no iguales en contextos temporo-espaciales diversos que lo complejizan de manera constante.

Converge con este proceso, la necesidad de ampliar los horizontes metodológicos de las áreas de cuyo quehacer profesional, forma parte el perseguir la modificación de los problemas de uso, abuso y dependencia de sustancias, áreas como el trabajo Social. Lo que responde a la incorporación de pasantes de la Licenciatura, en instituciones como HIJ, como parte del proceso de formación teórico-metodológica en el área.

Mediante esta experiencia, se pretende una articulación entre los conocimientos del licenciado en Trabajo social y las estrategias metodológicas empleadas en HIJ, en el proyecto **"Prevención, Reducción del Daño y Tratamiento de Farmacodependientes y sus familias en contextos comunitarios"**, con miras a un enriquecimiento recíproco:

1.- Para la formación del Lic. en Trabajo social al incorporar el análisis de la realidad desde la perspectiva de HIJ.

2.- Para HIJ en el enriquecimiento del trabajo operativo mediante la incorporación de los conocimientos de trabajo social y la definición del área de Trabajo Social.

La fármacodependencia es un fenómeno complejo, cuyos actores se ven involucrados de distintas maneras, desde el consumidor, la familia del mismo, el vendedor o distribuidor de sustancias, los códigos que penalizan su distribución, el personal judicial encargado de vigilar el cumplimiento de estos últimos, los programas que buscan prevenir el consumo o dar tratamiento a consumidores, en fin... es aquí, donde la tarea nos demanda como profesionales en Trabajo Social, mirar intervenir en un fenómeno cuya complejidad produce, reproduce y se asocia a situaciones que deterioran la calidad de vida del sujeto.

Es Hogar integral y el Servicio Social, quienes conforman el escenario para realizar, en este caso específico de prestación de Servicio Social, la tarea de intervenir en la problemática citada, dentro de una Comunidad Terapéutica para Fármacodependientes en el área de Recepción dentro del programa de Tratamiento: En el proceso de acogida de la población, el vínculo que se construye entre los beneficiarios y la institución mediante la externación de la demanda y de los servicios.

La participación del pasante en esta institución ha contribuido al enriquecimiento de las capacidades del Trabajador Social a través del manejo de las teorías de base con que opera Hogar Integral de Juventud en el fenómeno de la fármacodependencia.

4.1 En cuanto a la Formación Profesional

4.1.1 Objetivos Generales

- Participar en el desarrollo de estrategias de intervención con la población en situaciones relacionadas con el fenómeno de la farmacodependencia por medio de la elaboración de diagnósticos individuales, familiares y de red que permitan la toma de decisiones para iniciar un tratamiento en la CTF o bien la derivación a otras instancias. Dentro del programa "Prevención, Reducción del daño y Tratamiento de Farmacodependientes y sus familias en contextos comunitarios", en Hogar Integral de Juventud IAP. Durante el periodo del 29 de Abril al 29 de Noviembre de 2003.

- Enriquecer la formación profesional del prestador de Servicio Social como lic. en Trabajo Social en el trabajo con Farmacodependientes y su red familiar inmediata.

4.1.2 Objetivos Especificos

- a) Conocer el modelo teórico metodológico que trabaja hogar Integral de Juventud, en el abordaje de la fármacodependencia.
- b) Intervenir en los tres niveles de atención (prevención, tratamiento y rehabilitación) de salud pública.
- c) Realizar diagnósticos de casos individuales familiares y de red.
- d) Llevar a cabo el seguimiento de casos que permitan investigación en cuanto al análisis de la estructura familiar y patrones adictivos.
- e) Revisar los estilos de relación y modificación de patrones familiares adictivos.
- f) Identificar zonas de riesgo con alto índice de consumo.
- g) Establecer contacto con instituciones que sean recurso para el trabajo de la recepción, ya sea en el aspecto médico o en el espacio de contención del paciente durante el proceso de recepción.
- h) Enriquecer el proceso de formación teórico-metodológica del profesional de Trabajo Social en el contexto de la problemática en cuestión.

4.2 En cuanto a la Práctica

4.2.1 Metas

La determinación de las metas del presente proyecto, corresponde a las planteadas en el área de recepción, comprendiendo el periodo del 29 de Abril al 29 de Noviembre de 2003.

- ❖ Capturar y analizar 350 primeros contactos en 7 meses. Los cuales corresponden a la captación de demandas y los datos de identificación correspondientes a los beneficiarios.

- ❖ Participar en la elaboración del diagnóstico de 50 casos que solicitan ayuda a la institución. Los cuales corresponden al 15% del total de primeros contactos realizados.

- ❖ Atender a 400 personas en el área de recepción en diferentes niveles: prevención, reducción del daño y diagnóstico.

- ❖ Participar en el diseño, realización y sistematización de 1 proceso de Fase Formación de grupo bimestralmente, dando un total de 4 procesos de FFG.

- ❖ Acompañar como observadora y co-conductora en 10 sesiones con pacientes en cada fase formación de grupo cada dos meses, siendo 40 sesiones el total de las participaciones que se tendrá a lo largo de los siete meses.

- ❖ Acompañar como observadora y co-conductora en 6 sesiones con familias en cada fase formación de grupo. Dando un total de 24 participaciones a lo largo de los siete meses.

- ❖ Acompañar como observadora en 5 sesiones de respuesta y firma de contrato por Fase Formación de grupo. En total 20 sesiones de respuesta y firma de contrato.

- ❖ Ingreso de 10 familiares y 2 pacientes a rehabilitación por cada Fase de Grupo realizada. En total 40 familiares y 8 pacientes designados.

- ❖ Realización de 3 seminarios de análisis de casos y estrategias de cura por cada Fase de Grupo realizada.

- ❖ Realización de 5 visitas domiciliarias y estudios socioeconómicos cada 2 meses, paralelamente al desarrollo de la Fase Formación de Grupo realizada.

- ❖ Realización de 5 contactos interinstitucionales en 7 meses.

- ❖ 4 seminarios de evaluación y análisis de la estrategia de recepción a lo largo de 7 meses.

4.2.2 Límites de tiempo y espacio

Las actividades de Servicio Social se realizarán en un periodo de duración de 7 meses comprendidos a partir del lunes 28 de Abril de 2003, concluyendo el sábado 29 de noviembre de 2003, cubriendo un total de 840 hrs.. De lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs. en la CTF (área de recepción). Ubicada en la calle Franz Hals núm. 105, Col. Alfonso XIII, Delegación Álvaro Obregón.

Universo de Trabajo

La población beneficiaria del programa en el que se participa es aquella cuya problemática individual, familiar y social tenga características de uso, abuso y adicción a sustancias adictivas y que demanden tratamiento en la CTF. Las características de la población atendida son:

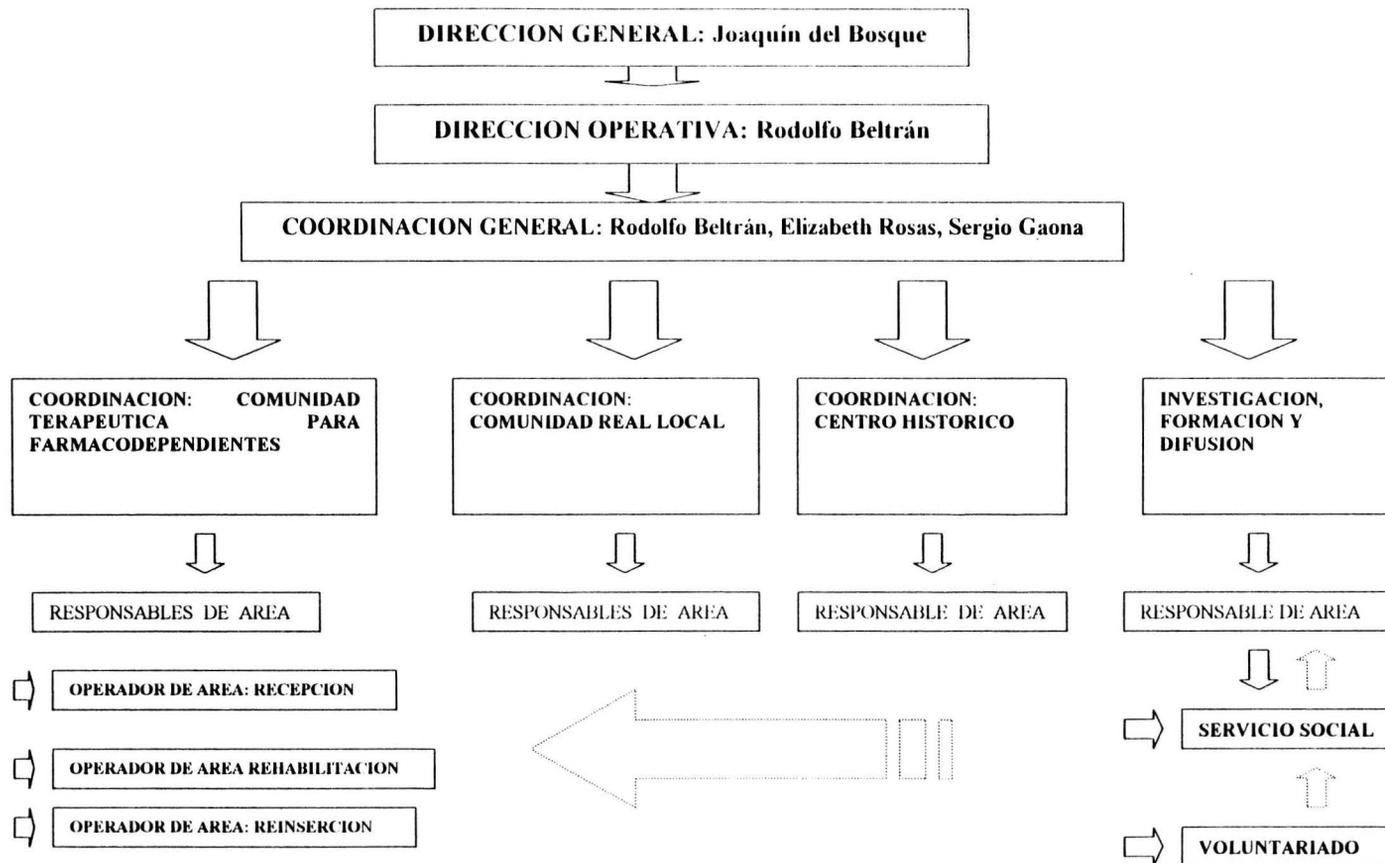
- Menores de 17 años para Orientación psicológica (incluye también casos en que Paciente designado, no es menor de edad, pero su problema no está relacionado con el consumo de sustancias).
- Edad de 17 a 30 años para Rehabilitación.
- Mayores de 30 años para Reducción del Daño.
- Familiares de usuarios de sustancias psicoactivas, de edad y sexo indistintos.
- Personas con problemas relacionados con situaciones de consumo de sustancias.

4.2.3 Organización

RECURSOS HUMANOS

NOMBRE	CARGO	TELEFONO
Bernardo Tarango Esquivel Lic. en Psicología Social	Coordinación Área: Investigación, Formación y Difusión.	56153737 y 56632588
Elizabeth Rosas Tapia Lic. Sociología, especialidad en psicoanálisis	Coordinación Área: Rehabilitación.	
Fernando Montoya	Responsable de área: Reducción del Daño	
Mireya Lechuga Sánchez Lic. en Psicología	Responsable de área: Recepción.	
Iraís Salazar páez. Pasante de Lic. en Trabajo Social.	Prestador de Servicio Social Área: Recepción.	
Sandra Domínguez Ugalde Pasante de Lic. en Trabajo Social	Prestador de Servicio Social. Área: Reducción del Daño.	
Sara Amézaga Castro Pasante de Lic. en Trabajo Social	Prestador de Servicio Social Área: Recepción.	

En el siguiente esquema se muestra la organización de los recursos humanos dentro del proceso operativo en la institución.



4.2.4 Recursos

RECURSOS ESPACIALES

Estructura física compuesta por una sala de Recepción, seis dormitorios, 1 sala de usos múltiples, 1 sala de reunión para operadores, 1 sala de espera 2 baños, 1 taller de carpintería, 1 biblioteca.

RECURSOS MATERIALES

- Computadora de escritorio materiales de impresión Internet fotocopias teléfono

RECURSOS METODOLOGICOS:

Sistema de Diagnóstico Terapéutico (SIDITER)

- Instrumentos de recopilación de datos
- Instrumentos de análisis de casos.
- Instrumento de elaboración de estudio socioeconómico

4.2.5 Estrategias

- a) Investigación bibliográfica de inducción al modelo metodológico
- b) Lectura de instrumentos de primer contacto.
- c) Lectura individual de casos
- d) Lectura de genogramas familiares.
- e) Planteamiento de hipótesis de intervención con la población atendida.
- f) Revisión y construcción teórica sobre las estrategias de intervención y atención.
- g) Crear y reforzar vínculos interinstitucionales que permitan la atención integral en cuanto a la fármacodependencia.
- h) Reuniones de área para análisis de casos
- i) Análisis de la estructura doméstica del sistema familiar.
- j) Acercamiento al contexto comunitario del sistema familiar.
- k) Planteamientos de hipótesis para la planeación de estrategias de intervención en casos específicos.
- l) Reuniones del equipo operativo para análisis del desarrollo del proceso en CTF y las diferentes áreas involucradas en el programa de HIJ.

4.2.6 Actividades

- ◆ Captura y análisis de primeros contactos

- ◆ Elaboración de expedientes de farmacodependientes y sus familias que solicitan ayuda a la institución.
 - Asistir a coloquios unifamiliares.
 - Recabación de información sobre la Red familiar.

- ◆ Análisis de casos y construcción de hipótesis y estrategias de intervención.
 - Participar en seminarios de análisis de casos.

- ◆ Elaboración y análisis de Genogramas.

- ◆ Participación en la elaboración del diagnóstico individual, familiar y social de farmacodependientes y sus familias.

- ◆ Realizar visitas domiciliarias y estudios socioeconómico.
 - Revisión del caso específico.
 - Realizar entrevista unifamiliar en el domicilio del sistema familiar.

- ◆ Participar en el diseño, realización y sistematización de 4 procesos de Fase Formación de grupo.
 - Programar las sesiones de Fase Formación de Grupo (FFG).
 - Sistematización de las sesiones de FFG.

- ◆ Participar como observadora activa (interviniendo en devoluciones y retroalimentaciones cuando se requiera) en grupo de 70 personas en los cinco procesos de fase formación de grupo

- ◆ Participación en la realización de 40 sesiones con pacientes en fase formación de grupo.

- ◆ Participación en la realización de 24 sesiones con familias en fase formación de grupo.
- ◆ Participación en la realización de 20 sesiones de respuesta y firma de contrato

ACTIVIDADES ABRIL-NOVIEMBRE 2003

META	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.
Primeros contactos	350							
Diagnósticos individuales familiares y de Red	13		13		13		11	
Atención a 400 personas en el área de Recepción.	400							
Fase Formación de Grupo (FFG)	1 FFG		1 FFG		1 FFG		1 FFG	
40 sesiones de FFG con Pacientes designados (Pd)	10 sesiones		10 Sesiones		10 sesiones		10 Sesiones	
24 sesiones de FFG con familias	6 sesiones		6 sesiones		6 sesiones		6 sesiones	
20 sesiones respuesta y firma de contrato		5 sesiones		5 sesiones		5 sesiones		5 sesiones
Ingreso de 40 familiares a Rehabilitación		10 ingresos		10 ingresos		10 ingresos		10 ingresos
Ingreso de 8 Pacientes designados a Rehabilitación		2 ingresos 2 Pd		2 ingresos		2 ingresos		2 ingresos
12 seminarios de análisis y estrategia de cura	3 seminarios		3 seminarios		3 seminarios		3 seminarios	
20 visitas domiciliarias	5 visitas domiciliarias		5 visitas domiciliarias		5 visitas domiciliarias		5 visitas domiciliarias	
5 contactos interinstitucionales	5 contactos interinstitucionales							
4 seminarios de evaluación y análisis de la estrategia d recepción.		1 seminario		1 seminario		1 seminario		1 seminario

4.2.7 Supervisión

La institución cuenta con un equipo operativo conformado por distintas licenciaturas y perfiles profesionales especializados en el ámbito de la farmacodependencia y las situaciones críticas asociadas. Es el responsable de área de Recepción: Mireya Lechuga, quien será asesor y supervisor directo del prestador de servicio social durante el desarrollo de sus actividades.

En el proceso operativo, se trabaja a partir del marco de la investigación – acción, lo que implica una constante y permanente revisión de las estrategias del proceso operativo, lo que requiere de la realización de las reuniones de área y las de Equipo operativo se realicen una vez por semana.

A) En las reuniones de equipo operativo, se revisa la estrategia general con que opera la institución en los diferentes proyectos.

B) En las Reuniones de área se revisa la estrategia operativa de cada área.

C) Seminarios de análisis de casos, donde se revisa la estrategia diseñada para casos concretos y el seguimiento de la misma.

En cada sesión se realiza la bitácora correspondiente, la cual contiene los puntos esenciales de la reunión, ello permite tener una memoria de la reunión.

El proceso de incorporación, permitió que el Operador en Formación, tuviera la oportunidad de conocer el trabajo íntegro que realizaba, a su vez, dio cuenta de su propio desempeño así como la posibilidad de la realización de aportes con mayor sustento.

Por otra parte se encuentra la supervisión realizada por la institución de procedencia: **La Escuela Nacional de Trabajo Social- UNAM**. Dicha supervisión, se realiza de acuerdo al desarrollo de prestación del Servicio Social, se basa en los informes que se entregan al Departamento de Servicio Social de la escuela bimestralmente.

Evaluación

La evaluación del desarrollo del servicio Social se realizó en dos momentos:

A) Evaluación continua: Como parte de las actividades propias de la institución en:

-Reuniones de área, donde se analiza el proceso de recepción continuamente, así como el papel de los actores que están a cargo de dicha área, es decir: responsable Psic. Mireya Lechuga y Servicio Social Irais Salazar y Sara Amézaga; con la finalidad de plantear aciertos y errores, además de planear nuevas estrategias para el mejor desempeño del área.

-Reuniones del Equipo Operativo, donde se realiza el informe de la situación de cada área, incluyendo Servicio Social y el avance de los proyectos que se desarrollan en cada una de ellas. Se da información general. Sobre la situación de Hogar Integral de Juventud a nivel interinstitucional y su relación con las instituciones con que se tiene contacto y con la Comunidad Local.

B). Evaluación. Sumativa: Se presentará un reporte parcial de las actividades realizadas en la institución transcurridos los primeros tres meses del Servicio Social, así mismo se presentará un informe final, al término del mismo, que dé cuenta del trabajo realizado; requerida por los lineamientos establecidos en el Depto. De Servicio Social de la ENTS-UNAM, institución de procedencia del prestador de Servicio Social, dicha evaluación también es importante como reporte de experiencia de Servicio Social en la Institución.

Programación.

La programación inicial del proyecto de servicio social incluye como actividades fijas las reuniones de Equipo operativo, las supervisiones del mismo Equipo operativo y las reuniones de área.

La programación de las actividades propias del área, corresponden a la programación anual correspondiente. Se ha presentado con anterioridad el cronograma de actividades correspondientes al periodo de prestación de Servicio Social, periodo del 28 de Abril al 29 de Noviembre.

4.3 Los resultados del servicio social

PROGRAMADO	REALIZADO
Captura y análisis de 350 primeros contactos	289 Primeros Contactos
Participación en la elaboración del diagnóstico de 50 casos	Participación en 26 diagnósticos
Atender a 400 personas en el área de recepción en diferentes niveles: Prevención reducción del daño y diagnóstico.	400 personas atendidas en el área de recepción
Participar en el diseño, realización y sistematización de 3 FFG	Participación en 3 Formación Fase de Grupo (FFG)
30 Sesiones en FFG, con Pacientes	22 Sesiones en FFG, con pacientes
18 sesiones con familias en FFG	10 sesiones con familias en FFG
20 Sesiones de respuesta y firma de contrato	13 Sesiones de respuesta y firma de contrato
Ingreso de 30 familiares y 6 Pacientes a rehabilitación	Ingreso de 58 familiares y 12 Pacientes a rehabilitación
12 seminarios de análisis de casos y estrategias de cura	11 seminarios de análisis de casos y estrategias de cura
20 visitas domiciliarias y estudios socioeconómicos	11 visitas domiciliarias y estudios socioeconómicos
4 Seminarios de evaluación y análisis de la estrategia de recepción	4 Seminarios de evaluación y análisis de la estrategia de recepción
5 Contactos interinstitucionales	2 Contacto interinstitucional (Toxicológico Venustiano Carranza, C.A.I.S. Torres de Potrero)

El esquema anterior resume los resultados obtenidos durante el desarrollo del Servicio Social, a continuación se describen a detalle cada uno de ellos.

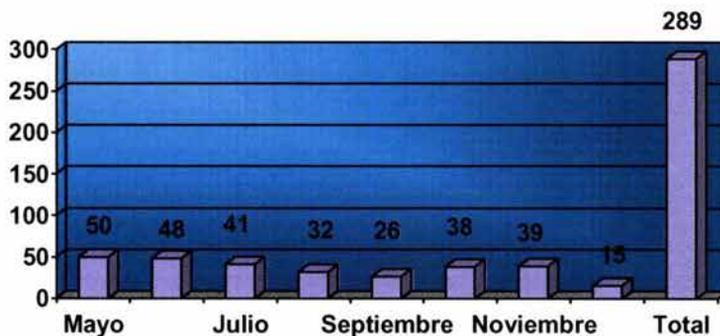
*Los resultados se desglosan de la siguiente manera.*²⁵

4.3.1 primeros contactos

- de los 289 Primeros contactos establecidos:

	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciemb.	Total
NUMERO	50	48	41	32	26	38	39	15	289
%	17.301	16.609	14.187	11.07	8.9965	13.15	13.49	5.1903	

PRIMEROS CONTACTOS



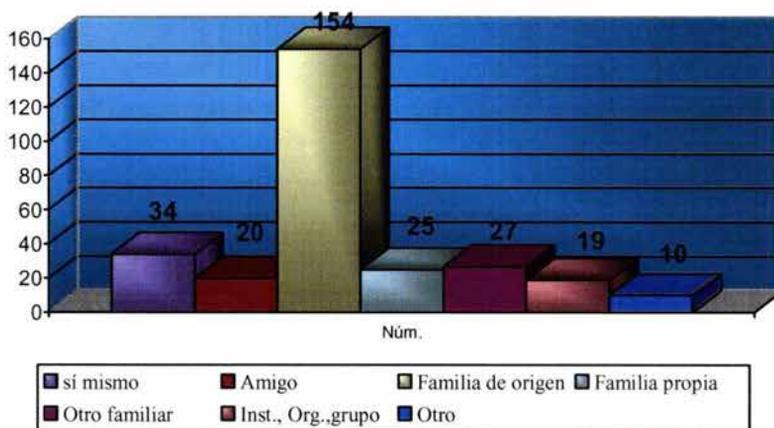
Del total de 289 Primeros contactos, el 17.3 %, se registró en el mes de Mayo, seguido por el 16.6% del mes de Junio, se observa un decremento considerable durante el mes de Diciembre, se hipotetiza que la época decembrina promueve la unión temporal de la familia, lo que genera en ella el no tomar la decisión de depositar el problema de FÁRMACODEPENDENCIA en una institución.

En su mayoría, los primeros contactos se establecen via telefónica, seguidos por las demandas que se presentan directamente a la estructura.

²⁵ Los resultados obtenidos tienen como fuente la base de datos de los primeros contactos de Hogar Integral de Juventud, la cual registra los datos de los primeros contactos obtenidos mediante la hoja de primer contacto.

○ **Relación Informante Paciente Designado**

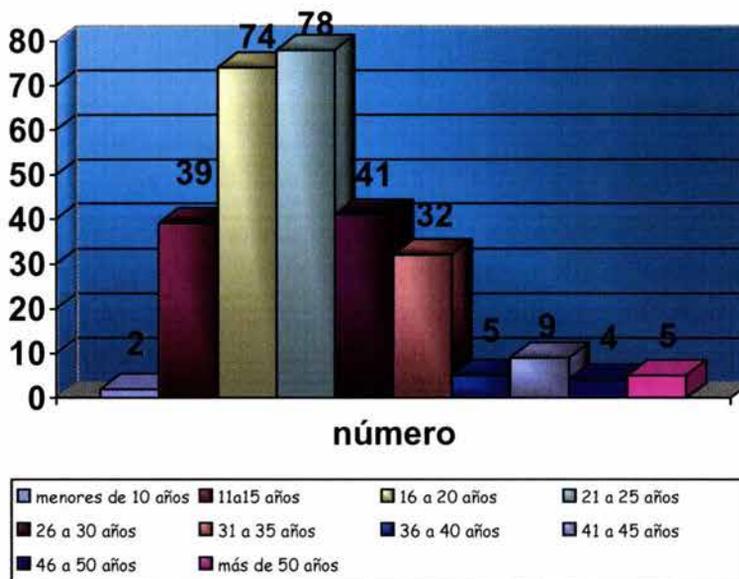
Relación	Núm.	%
sí mismo	34	11.7%
Amigo	20	6.9%
Familia de origen	154	53.28%
Familia propia	25	8.65%
Otro familiar	27	9.34%
Inst., Org., grupo	19	6.57%
Otro	10	3.46%



La persona que expresa su demanda es en su mayoría familiar del beneficiario, el 53.28% de los informantes, corresponde a la familia de origen, generalmente la Madre. El 11.7 % de las demandas las establece el paciente mismo.

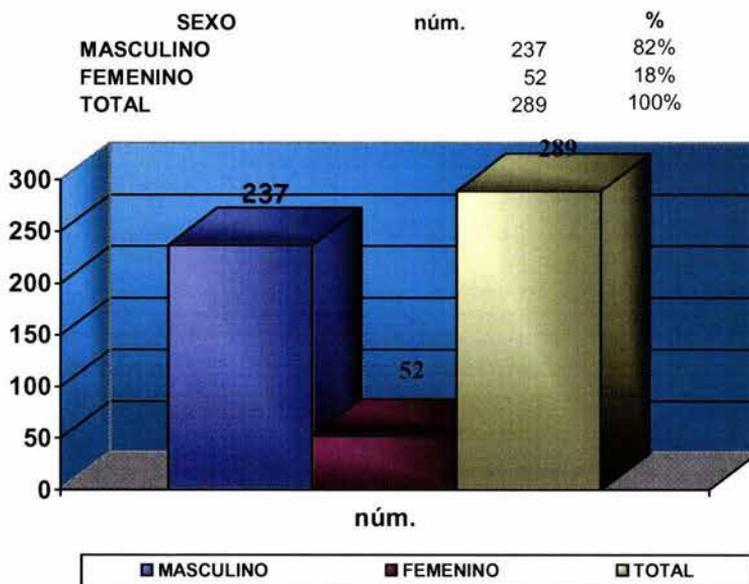
○ .- **Edad del beneficiario.**

Rango de Edad	número	%
menores de 10 años	2	.69%
11a15 años	39	13.49%
16 a 20 años	74	25.6%
21 a 25 años	78	26.98%
26 a 30 años	41	14.18%
31 a 35 años	32	11.07%
36 a 40 años	5	1.73%
41 a 45 años	9	3.11%
46 a 50 años	4	1.38%
más de 50 años	5	1.73%
TOTAL	289	100



La edad de los beneficiarios, es decir del consumidor de sustancias, por quien se origina la demanda, es de 21 a 25 años, seguido por los de 16 a 20 años. Es interesante observar, como la gráfica crece de los 10 años hasta los 25 y decrece en adelante.

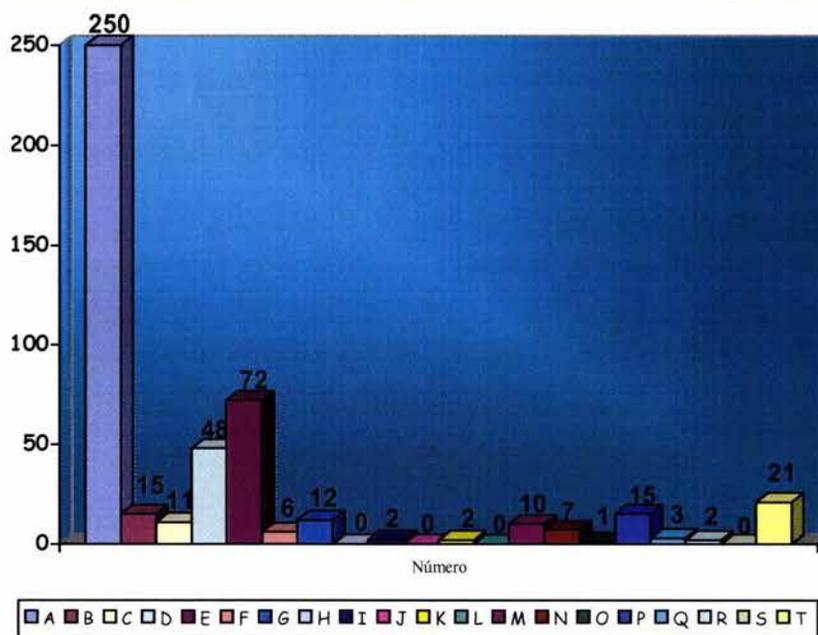
○ **Sexo del Beneficiario.**



Se observa cómo predomina el sexo masculino entre los beneficiarios, el sexo femenino representa apenas 18% del total de demandantes.

○ .- Situaciones que originan la demanda.

Situación que origina la demanda	Número	
A) Substancias / alcohol	250	86.5%
B) Conductas antisociales	15	5.19%
C) Psiquiátricos	11	3.8%
D) Conductuales	48	16.6%
E) Relacionales	72	24.9%
F) Violencia intrafamiliar	6	2.07%
G) Violación	12	4.15%
H) Prostitución	0	---
I) Legal	2	.69%
J) Embarazo / Parto	0	---
K) Enfermedades	2	.69%
L) Pobreza extrema	0	---
M) Callejerismo	10	3.46%
N) Apoyo económico	7	2.42%
O) Escolares	1	.34%
P) Exclusión grave	15	5.19%
Q) Violencia intracomunitaria	3	1.03%
R) Redes Institucionales	2	.69%
S) Crisis psicológica	0	---
T) Capacitación y formación	21	7.26%
TOTAL	477	

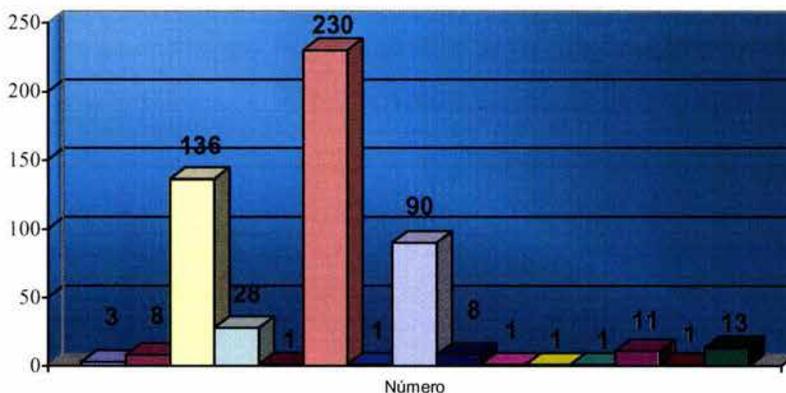


Se puede observar al consumo como el indicador principal de las demandas establecidas, lo cual corresponde al perfil con que trabaja la institución, sin embargo es preciso no perder de vista que existen situaciones como los problemas de conducta, problemas relacionales, exclusión como problemas no aislados del consumo, sino asociados a él.²⁶

²⁶ El porcentaje representado por cada demanda corresponde al número de primeros contactos establecido, ya que en cada uno de estos es posible que se establezca más de una demanda.

○ **- Tipo de demandas**

Tipo de demandas	Número	%
A) Apoyo económico	3	1.03 %
C) Canalización	8	2.76 %
D) Cita coloquio	136	47.05 %
E) Consejo/Orientación	28	9.68 %
H) Formación/capacitación	1	.34 %
K) Información	230	79.58 %
L) Integración comunitaria	1	.34 %
M) Internamiento	90	31.14 %
O) Que se lleven a X (consumidor)	8	2.76 %
P) Recuperación Escolar	1	.34 %
Q) Servicio Social	1	.34 %
R) Terapia	1	.34 %
S) Visita familiar	11	3.8 %
T) Otro	1	.34 %
U) Otro	13	4.49 %
TOTAL	532	

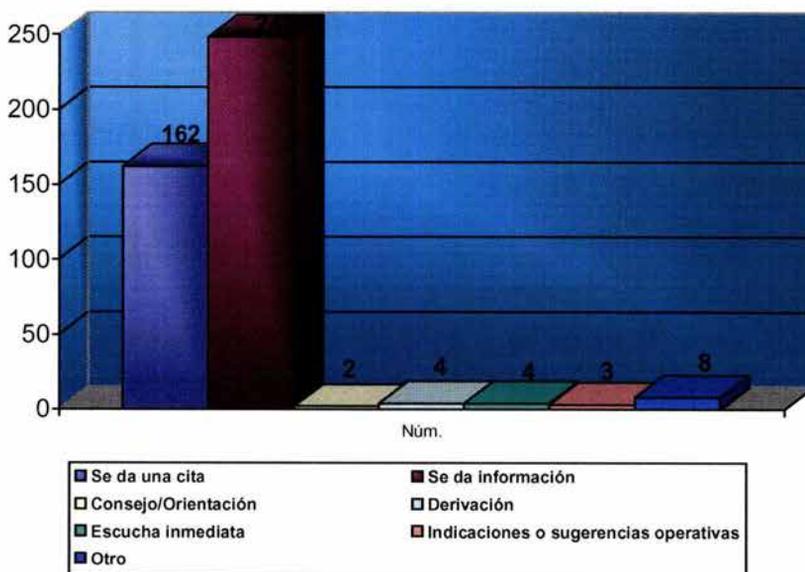


■ A) Apoyo económico	■ C) Canalización	□ D) Cita coloquio
■ E) Consejo/Orientación	■ H) Formación/capacitación	■ K) Información
■ L) Integración comunitaria	□ M) Internamiento	■ O) Que se lleven a X
■ P) Recuperación Escolar	■ Q) Servicio Social	■ R) Terapia
■ S) Visita familiar	■ T) Otro	■ U) Otro

En cuanto a las demandas establecidas, la de información representa el 79.58%, seguida por quienes solicitan cita 47.05% y posteriormente los que solicitan internamiento para el familiar consumidor 31.14%.

○ .- Tipo de respuestas

RESPUESTA	Núm.	%
Se da una cita	162	56.05%
Se da información	248	85.81%
Consejo/Orientación	2	.69%
Derivación	4	1.38%
Escucha inmediata	4	1.38%
Indicaciones o sugerencias operativas	3	1.03%
Otro	8	2.76%
TOTAL	431	

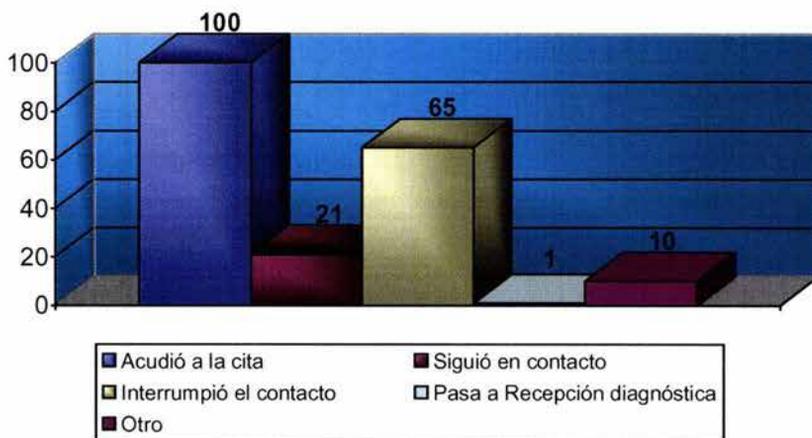


El gráfico muestra como las respuestas que generalmente da la institución a los demandantes son la información y una cita.

○ .- **Resultados**

RESULTADOS	Número	%
Acudió a la cita	100	34.6%
Siguió en contacto	21	7.26%
Interrumpió el contacto	65	22.49%
Pasa a Recepción diagnóstica	1	.34%
Otro	10	3.46%
TOTAL	197	100%

RESULTADOS

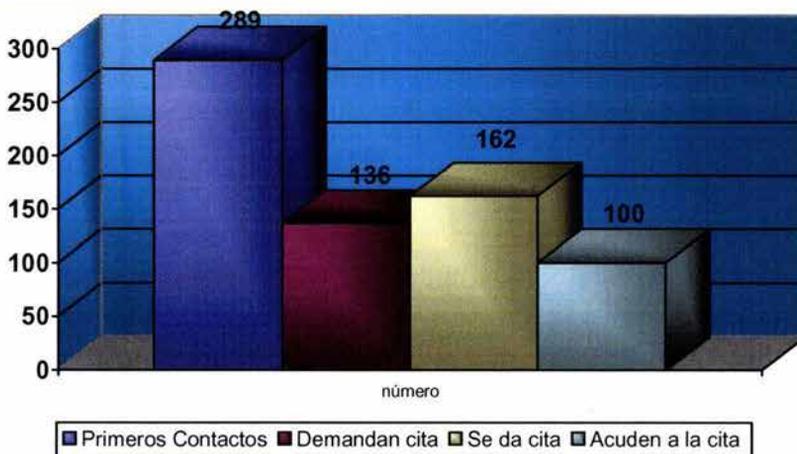


De las citas otorgadas, el 34% ha acudido a ellas, mientras que el 22% interrumpen el contacto, sin presentarse a su cita.

4.3.2 Primeros coloquios

Participación en el establecimiento de las primeras hipótesis de 100 casos que acudieron a primer coloquio y que corresponden al 34.3% de los 289 primeros contactos realizados.

Indicador	Número
Primeros Contactos	289
Demandan cita	136
Se da cita	162
Acuden a la cita	100



De 289 primeros contactos realizados, 136 solicitaron cita, a 162 se les dio y 100 acudieron a ella. El hecho de que se otorguen más citas de las solicitadas es por que la primera demanda es información al obtener este, surge la demanda de la cita.

De los 100 casos que asistieron a cita sólo continuaron en 2º. Coloquio 36 de ellos, 10 de los cuales interrumpieron al 3er. Coloquio. En los cuales:

○ **.- Participación en coloquios:**

Participación en primeros coloquios de 164 personas, de las cuales:

SEXO	Número
Masculino	81
Femenino	83

En su mayoría son mujeres las que asisten a las entrevistas unifamiliares, parte del proceso de Recepción.

4.3.3 FASE FORMACIÓN DE GRUPO

De los 26 casos que asistieron a terceros coloquios:

Situación	número	%
Derivación a otra instancia de HIJ	3	11.56%
Derivación a otra institución	3	11.56%
Interrupción	3	11.56%
FFG	17	65.38%
TOTAL	26	100%

A partir de este momento se consideran los 17 casos que participaron en Fase Formación de Grupo. En donde se tuvo la participación de 66 personas, de las cuales:

36 del sexo masculino y 30 del sexo Femenino.

Durante la FFG se trabajó la convocatoria familiar, quienes no vivieron el proceso de Recepción desde el inicio, se incorporaron posteriormente, de acuerdo a las estrategias diseñadas para cada caso. En los casos de modalidad ambulatorial, fue posible incorporar a mayor parte de familiares, así mismo, por los casos que abandonaron el proceso, se registró el ingreso de 58 familiares al área de Rehabilitación.

Así, de los 17 casos que vivieron FFG:

SITUACIÓN DEL CASO DESPUÉS DE FFG	NÚM.
Interrupción o suspensión	4
Ingresos modalidad ambulatoria.	4
Ingresos modalidad residencial y semirresidencial.	9
TOTAL	17

En 2 casos (Fam. C. Y Fam. P.), la dinámica familiar no favorecía el proceso Diagnóstico, se le pidió a cada sistema, modificara su actitud, sin embargo, no cambió, por lo que se suspendió el proceso con ellas. 2 casos (Fam. V., Fam. M.,) tomaron la decisión de abandonar el proceso, ya que el Paciente designado, no estaba de acuerdo en asistir a un proceso de rehabilitación, la familia decidió abandonar el proceso. Se registraron 13 ingresos a rehabilitación, 13 casos de familias, 4 ingresos de Pacientes en modalidad ambulatorial, y 5 residencial y 3 semiresidencial.

De los diecisiete casos que vivieron Fase Formación de Grupo, se realizaron once visitas domiciliarias y dos estudios socioeconómicos, los cuales representan el mismo número de ingresos registrados al área de rehabilitación.

4.3.4 INGRESOS A REHABILITACIÓN

Se registró el ingreso de 13 familias, dando un total de 81 pacientes familiares y 12 Pacientes Designados.

Ingresos	casos	Pacientes
Familias	13	81
Pacientes Designados		12

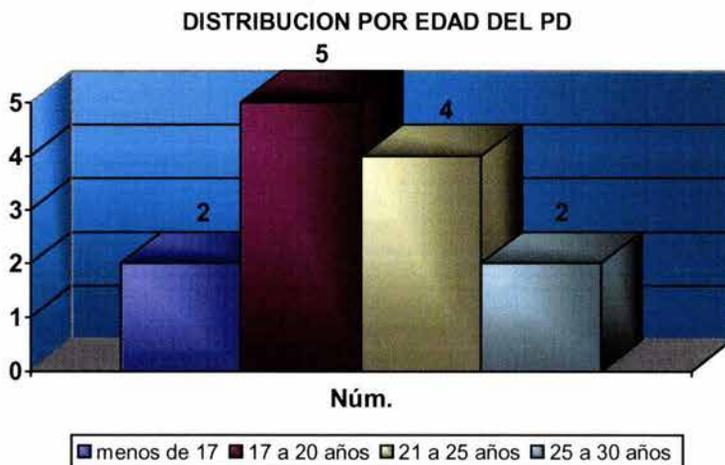
De estos ingresos, 2 casos en donde está presente la familia, pero no así el Paciente Designado. Existe un caso, donde ingresa el paciente más no la familia.

Ingresos	modalidad
Residencial	4
Semirresidencial	3
ambulatorio	4

Características de los ingresos:

- **Distribución por edad de Pacientes designados:**

EDAD	Núm.
menos de 17	2
17 a 20 años	5
21 a 25 años	4
25 a 30 años	2

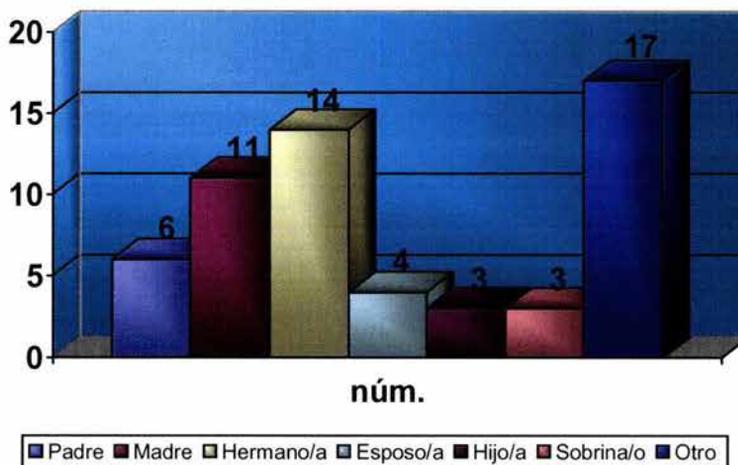


La edad predominante entre los Pacientes Designados que ingresan a Tratamiento es de 17 a 20 años. Los menores de 16 años no pueden ingresar a modalidad residencial o semirresidencial, por lo que la modalidad es ambulatoria.

○ **Relación del paciente familiar con el paciente designado**

FAMILIAR	núm.
Padre	6
Madre	11
Hermano / a	14
Esposo / a	4
Hijo / a	3
Sobrino / a	3
Otro	17
TOTAL	58

RELACION DEL PACIENTE FAMILIAR CON PD



Entre los Pacientes familiares que ingresaron a Rehabilitación, predomina el ingreso de los hermanos, seguido por la madre. En el rubro denominado como “otro”, se incluyen amigos, abuelos, tíos.

4.3.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS

VARIABLE	PROGRAMADO	REALIZADO	ALCANCE %
PRIMEROS CONTACTOS	350	289	82.57%
DIAGNOSTICOS	50	26	52%
PERSONAS ATENDIDAS	400	400	100%
FASE FORMACIÓN DE GRUPO	3	3	100%
SESIONES DE FFG, PD's	30	22	73.33%
SESIONES FFG, FAMILIAS	18	10	55.55
SESIONES DE RESPUESTA Y FIRMA DE CONTRATO	20	13	65%
INGRESOS FAMILIARES	30	58	193.33%
INGRESOS PD's	6	12	200%
VISITAS DOMICILIARIAS	20	11	55%
CONTACTOS INTERINSTITUCIONALES	5	2	40%

A) PRIMEROS CONTACTOS:

Se cubrió solo el 82.57% de la meta planteada, las estrategias para captar demandas fueron insuficientes. Dentro del área y como parte del Servicio Social se consideraba implementar nuevas estrategias y reforzar otras, tales como los contactos interinstitucionales y la difusión de los servicios que otorga la Institución, sin embargo la carga de trabajo y la falta de recursos humanos no permitió que se pudieran llevar a cabo.

B) DIAGNOSTICOS:

Cada momento del Proceso de Recepción funge como filtro de las demandas planteadas, de tal manera que a medida que se avanza en el proceso, el número de casos disminuye; sin embargo, no se pierde la secuencia de cada momento. Se realizaron sólo 26 diagnósticos (52%), de los 50 planeados.

C) PERSONAS ATENDIDAS:

En cuanto al número de personas atendidas en el área de Recepción, durante la prestación del Servicio Social, se cubrió el 100%, lo que significa que aún cuando no se haya logrado el total de primeros contactos planteado, se ha pudo ampliar el radio de atención, mediante la convocatoria familiar, la cual favorece la participación de la mayor parte del sistema familiar.

D) FASE FORMACIÓN DE GRUPO:

Se logró el 100% de la meta planteada en cuanto al número de Fases Formación de Grupo, sin embargo, pudo rebasarse, ya que por las características de los casos hubo una que no se completó. Es importante mencionar que los casos determinan el curso del proceso (no el proceso mismo, el cual está ya diseñado) y las estrategias planteadas para cada caso, son las que definen el curso del caso dentro del proceso. De esta manera, en cuanto a los datos que corresponden al momento de la FFG se logró cubrir más del 50% en sesiones con Pacientes familiares y Pacientes Designados. Es importante remarcar que se rebasó la meta considerada en cuanto a los ingresos, donde se alcanzó el 200% en cuanto a Pacientes Designados y más del 90% en ingresos de Pacientes Familiares.

E) VISITAS DOMICILIARIAS:

Las visitas domiciliarias, son una estrategia recién implementada y realizada por los recursos humanos de Servicio Social, dentro de la Institución, el problema fundamental es que durante la planeación no se consideró la falta de recursos humanos y al llevarse a la práctica éste fue un factor decisivo para lograr sólo el 55% de lo planeado. Sin embargo, ahora son consideradas no sólo como una estrategia para establecer la cuota ante el tratamiento, sino la visión es mayor: como una estrategia de acercamiento de la institución al espacio doméstico y comunitario del sistema familiar y a su vez como la ampliación de la convocatoria familiar, involucrando no sólo el sistema familiar, sino el mismo espacio doméstico y comunitario.

F) LO NO PLANEADO

A) Se modificó la Ficha de estudio Socioeconómico, que considera indicadores de carácter estrictamente económico, que cuida la no trasgresión del sistema familiar al encuadre y la permanencia de este aún fuera del espacio institucional, lo que favorece al proceso.(Se anexa formato de Ficha de Estudio socioeconómico F.E.S.E.).

B) Se diseñó un tabulador de cuotas, el cual obedece no sólo a los datos necesarios específicamente para el establecimiento de la cuota, sino también permite la no trasgresión de los límites establecidos en el encuadre institucional. (Se anexa formato).

C) Se elaboró la estrategia de acercamiento al contexto doméstico y comunitario, para la realización de la visita domiciliaria. (Se anexa manual de Visitas domiciliarias).

CAPITULO 5
ANALISIS GLOBAL DEL SERVICIO
SOCIAL:

5.- ANALISIS GLOBAL DEL SERVICIO SOCIAL:

La recuperación de la experiencia de Servicio social tal como se ha desarrollado hasta ahora, ha cumplido con cuatro de los objetivos planteados:

- Contextualización en tiempo y espacio del fenómeno de la Fármacodependencia.
- Identificación del ámbito de trabajo.
- Descripción del proyecto de Servicio social, objetivos, metas, actividades, etc.
- Definición de la estrategia metodológica de intervención.

Es el momento, pues de analizar cada uno de los procesos que pusieron en marcha la experiencia, los procesos condicionantes y facilitadores, ya que forman la parte medular de este trabajo.

5.1 Las Bases Teóricas:

5.1.1 El concepto de fármacodependencia como fenómeno social

En el primer capítulo se abordó desde diferentes concepciones a la fármacodependencia, que corresponde al uso de sustancias psicoactivas en una relación que establece el usuario o consumidor con la sustancia en una dinámica que aparentemente, no permite la involucración de otras personas, salvo que ello garantice conseguir y consumir la sustancia.

Aclarado lo anterior, resulta importante considerar la concepción de los actores involucrados en esta experiencia de Servicio Social; la que se tiene al interior de Hogar Integral de Juventud, la del usuario de sustancias y su sistema familiar a su llegada a la institución y la del prestador de Servicio Social, cuando es su primer acercamiento a una Comunidad terapéutica, además de resaltar las diferencias existentes entre cada una de dichas concepciones.

Partiendo de la concepción que se tiene en Hogar Integral acerca de que la fármacodependencia, *es un fenómeno complejo que no es causa ni efecto de..., sino que existe como un estilo de vida de algunos miembros de la sociedad que no involucra al consumidor y la sustancia en una relación aislada, sino como elementos de la relación que establece el primero con la segunda* y que además esta relación no se da en aislado del complejo de relaciones que puede establecer el sujeto, sino que se da en relación con ellas, establece un vínculo relacional entre relaciones del sujeto con su medio.

Resulta difícil para quien teniendo conceptualizada a la fármacodependencia como un fenómeno en el que *consumidor establece una relación con la sustancia, relación de dependencia el uno por la otra, que involucra a los demás elementos del entorno: sistema familiar, cultural, etc. Sólo en la medida en que estos últimos se ven afectados por el consumo, que "trae consigo" violencia, narcotráfico, muerte y más consumo, entre otros aspectos en donde las causas son individuales y los efectos sociales.* Concepción que además de coincidir con la generalizada entre los beneficiarios que establecen por primera vez la demanda en la institución, difiere en mucho de la que se encuentra en la institución a la que se llega y que a

través del desarrollo de la tarea operativa la representación social de las situaciones que se asocian al fenómeno no como causa, ni como efecto, sino como producto de las relaciones establecidas entre sujetos que comparten un mismo entorno físico, ético y relacional. cuando esta asociación era vista sólo en efecto,

Entendiendo que el fenómeno no puede surgir sólo de un “encuentro casual” del sujeto con la sustancia y la aparición mágica del gusto por ella con la “consecuente” cronificación del consumo. Es necesaria la existencia de situaciones que permitan, primero que haya disponibilidad de la sustancia, que ésta llegue al próximo consumidor y que se den las condiciones óptimas para el desarrollo del consumo, que este continúe es aún más complejo, ya que las condiciones que permiten su cronificación, van más allá del “viaje”o la sensación inmediata que experimenta el consumidor. Situaciones como la ausencia o carencia de afecto, de límites, de relaciones, en fin... de “estabilidad” del sistema emocional, afectivo, psicológico, físico, individual y que generan vacío dentro del sujeto, son las que permiten que este establezca una relación significativamente importante con la sustancia y que a su vez la fortalezca en la medida en que ésta le proporciona más satisfacción que cualquier cosa, ya sea que le produzca olvido, indiferencia, etc. En esta relación existe para el sujeto consumidor sólo él y la sustancia como una forma de identidad: el drogadicto, la autoidentificación como tal, ayuda a explicar aquel vacío de que se ha hablado, puesto que siendo una identidad generalmente rechazada y asociada a lo desviado, malo, feo...la pregunta es

¿Porqué permanecer con ella?

La manera de conocer estas situaciones, es por medio del desarrollo de estrategias que le permitan al operador introducirse en la dinámica familiar “entender” su manera su manera de “entender las cosas”: La representación social que tienen de ellas y la manera de cómo las asocian.

5.1.2 La complejidad Social característica de la FÁRMACODEPENDENCIA y el papel de los sistemas en la existencia del fenómeno.

Es preciso iniciar este apartado con uno de los casos con que se tuvo contacto, en el cual se pueden encontrar argumentos que permitan entender lo expuesto:

J. A. Tiene un padre consumidor, con el cual compartía la marihuana, en algún tiempo el Padre comerciaba sustancias y J. Como parte del "negocio" las distribuía, el consumo y la venta de sustancias por parte del Padre es una situación tolerada por la Madre, que lo sabía desde que se conocieron, esta actitud permite que se consuma dentro de la casa, a cualquier hora del día y frente a los niños, J. Tiene dos hermanos, de 8 y 12 años, hombre y mujer respectivamente, lo que implica el riesgo de consumo y violencia entre hermanos y entre hijos y Padre.

El consumo del Padre de J. no es la única situación que permitió que J. Consumiera: J. vive en la Zona de Iztapalapa donde es fácil acceder a la sustancia a no muy alto costo, el grupo de amigos de J.A. es consumidor y se identifica por ello. La vivienda de la familia, está acondicionada en 2 locales comerciales que les renta el abuelo materno, con quien la relación además no es buena. Por otro lado, J. Trabajaba en el ejército y según describe, dentro de su compañía militar era muy fácil acceder a la sustancia: "Allí todos le entran, hasta te la venden".

J. acude a solicitar atención, ya que: "Ya me cansé de vivir así, aparte de que mi papá es muy abusivo, con mi mamá y hasta con mis hermanos, quiero ser un ejemplo para ellos, como lo era antes." Acude con la madre, quien se remite a apoyar a J. en lo que decida, permaneciendo en la actitud pasiva que ha mantenido hasta ahora en su vida familiar.

En este caso se observa de manera clara que el consumo, es en realidad una más de las situaciones que han hecho que J. Busque ayuda. La seguridad mostrada por él ante la demanda de internamiento, por largo que este sea, puede obedecer más a la búsqueda de una salida, que al deseo de dejar de consumir, pues en su discurso menciona que le gusta y que forma parte importante de su vida.

Las relaciones que J. Como parte de un sistema familiar y social ha establecido con su entorno, no han satisfecho sus necesidades como se supone debería ser, y el desarrollo de su modo de vida tampoco obedece a lo que el

sistema de procedencia pudiera haber esperado. Sin embargo, a J. Como a muchos otros consumidores se les rechaza por su apariencia o por el hecho de ser “drogadictos”, y la demanda que además no fue establecida por la Madre, sino por el paciente mismo, obedece al hecho de no encontrar una respuesta de su entorno ante las carencias del consumidor, la búsqueda de un cambio, de un proyecto de vida que le proporcione algo más trascendental que los efectos inmediatos de la sustancia y que no ha encontrado en su medio, retomando el caso anterior, J. No puede esperar más de la relación que ha establecido con su padre aparte de compartir el consumo, o de su madre que después de 22 años de matrimonio en los que ha tolerado el consumo de su pareja, ha pensado en divorciarse sólo ante la demanda de cambiar de J.

Concebir a la fármacodependencia como el “síntoma”, que evidencia la existencia de situaciones llamadas en Hogar Integral “de sufrimiento social”, que al asociarse además con la representación social del mismo sistema dan origen a la concepción del fenómeno como un problema social, no nos remite a estudiar sólo la relación de dependencia física o psíquica del consumidor, nos lleva a analizar de manera profunda cada uno de los factores que permiten la existencia de un consumidor de sustancias en algunas familias y además la exclusión y marginación de este no sólo por sus familiares, sino por la sociedad misma y que hacen de la Fármacodependencia un fenómeno complejo.

El hecho de que la vida del consumidor se centre en conseguir la sustancia y consumirla, sólo es parte de este complejo llamado fármacodependencia que no existe sola o aislada, sino en función de las relaciones del sujeto con su entorno, la forma en que estas se establecen producen la diferencia entre unas y otras: las normales y las patológicas. Lo que lleva a incluir dentro de la concepción del fenómeno la representación social presente en el discurso de los beneficiarios.

Hablar de la representación inicial del beneficiario ante su situación, remite hablar del proceso de cambio que sufre el discurso y la actitud con que llegan y con que ingresan a Tratamiento.

Es común que la demanda sea deshacerse del problema, visto en el consumidor. El padre de G. Menciona *"Todo empezó cuando entró a la preparatoria y empezó a juntarse con unos muchacho que se metían cosas y empezó a drogarse, antes era diferente, y ya ve, ni la escuela terminó, su hermano ahora le da dinero y eso que iban juntos a la escuela, él si terminó"...*

Y entonces buscan internar al consumidor, por que ahora ya roba en casa, se mete en problemas con amigos o vecinos, con la policía. Ha perdido el trabajo o abandonado la escuela. La familia ve en el consumidor el problema y a veces hasta textualmente lo dicen *"si no fuera por su vicio todo estaría bien"*.

Sin embargo, muy frecuentemente, el consumo promueve estabilidad en la familia, ya que la existencia del fármacodependiente los mantiene unidos en un relación, en donde se asume un papel de responsabilizar al otro, que de asumir la propia responsabilidad en las situaciones y esto hace al fenómeno aún más complejo, ya que no sólo involucra innumerables situaciones diferentes y a actores distintos, sino a miedos y dinámicas de los sistemas sociales cuyo objetivo es permanecer en el tiempo expulsando los elementos que amenacen dicha permanencia.

*"La manera más evidente es depositando los aspectos negativos, existentes en el sistema familiar, en el individuo consumidor, convirtiéndolo en el chivo expiatorio de la familia, estigmatizándolo y creando una representación social del fármacodependiente como algo desviado, lo que origina no sólo que la situación se cronifique en los ya consumidores, sino su aparición en otros más, la vulnerabilidad la generan las condiciones de vida y de estructura personal de cada miembro."*²⁷

Los padres de JC de 20 años, tienen su familia respectivamente y no mantienen contacto entre ellos a menos que J.C. tenga un problema. No promueven que J.C decida y asuma su responsabilidad., le solucionan los percances y después presumen uno frente al otro, quien de los dos ha asumido con mayor responsabilidad su papel paterno, aún cuando J.C vive con sus abuelos desde los 10 años. Se presentan a la institución porque J.C. ha tenido problemas con la policía por el consumo y ahora el dinero no ha podido solucionar por sí solo la

²⁷ Milanesse Efreem. Et. al. Redes que previenen. México 2001.

situación de consumo, su situación de padres periféricos, les ha permitido mantener cierta comunicación, anteponiendo como pretexto o intermediario a J.C. de los conflictos que como pareja no resolvieron en su momento. El modificar la situación del consumo de J.C., modificaría el papel de este en la vida de los padres, consecuentemente esto modificaría la relación que entre ellos mantienen, quizá hasta la daría por terminada, y esta posibilidad genera temor, por lo que al final de 3 meses el padre antepone muchos contratiempos y abandona las sesiones, la madre sigue acudiendo y después del trabajo realizado experimenta una regresión en el discurso, depositando la culpa en el Padre, J.C. se anexa y el caso se cierra, por que la familia no da condiciones para seguir el proceso, para propiciar un cambio.

Una de las demanda iniciales en el primer acercamiento a la institución, es el internamiento, el 31.14% de los primeros contactos realizados lo solicitan, con la idea de que mediante el internamiento, la institución cure al consumidor y después de un periodo de tiempo, se lo regrese a la familia que está sana. Pocas veces quien demanda atención llega con la idea de ingresar a un tratamiento, puesto que no consume, el que necesita el tratamiento es el otro, al realizar la convocatoria familiar el número de personas que se involucra es considerable, pero en discurso lleva implícita la idea de que el problema es del consumidor y ellos tienen el papel de ayudarlo a salir de este:

La familia de R. Tuvo que venir del interior del país para involucrarse en el proceso, no todos sabían de su consumo, la comunicación que mantienen con la madre y con R. es poca y no se frecuentan. Durante los coloquios los familiares que participan no son siempre los mismos y la propuesta de construir un contexto de seguridad para R. en la que puedan cooperar todos, resulta difícil de realizar, ya que esto implicaría un cambio radical en la vida de cada uno de ellos, al cual casi nadie está dispuesto, tras diseñarse la propuesta de tratamiento ambulatorial, para que la familia de R. se responsabilice, porque además es menor de edad, se hace la propuesta a la familia y la mayoría abandona el proceso. Permanecen la madre y la novia.

En este proceso de conocimiento y modificación de la representación social de los sistemas familiares acerca de la farmacodependencia, emergen las situaciones

que promueven la existencia del consumidor al interior de la familia y permiten que el sistema los vea, y aunque experimenten temor ante los cambios que supone el tratamiento, la institución y la estructura comunitaria de pacientes en tratamiento, fungen como medio de contención para tomar la decisión de apostar o no al cambio.

La fármacodependencia como fenómeno complejo, no es un simple término, o un hecho que aparece mágicamente de la nada o una enfermedad que haya adquirido entre sus amigos. El concepto de complejidad ayuda a que dimensionemos la fármacodependencia con objetividad, considerando no sólo al consumidor y a la sustancia, sino al contexto que es génesis de las relaciones que construyen al sujeto social le dan forma y significado, identidad y pertenencia.

El consumidor de sustancias es parte de un sistema familiar, comunitario y social, los procesos psíquicos, de relación y dependencia que en él se desarrollan, no son aislados, puesto que el proceso de socialización del individuo, desde su nacimiento corresponde al contacto de este con su contexto: Mamá, Papá y demás personas cercanas, son quienes le enseñan a hacer, a comportarse según los patrones socialmente establecidos, a trabajar, a creer en algo; esta tarea de introducir al nuevo ser dentro del sistema social, la comparten los padres después de un determinado tiempo con las instituciones, escuelas, iglesias, clubes y amigos.

Sin embargo, la transmisión de estos patrones de conducta no vienen solos, se acompañan de diversos factores externos, esto se explica mediante los conceptos de sistema abierto, puesto que la permeabilidad del individuo como sistema, le permite ser influenciado por los seres que le rodean dentro de un contexto determinado que a su vez funciona como sistema y permite también la interacción e influencia de otros elementos de sistemas con los que interactúa.

La existencia de la fármacodependencia como tal no obedece sólo al cultivo o producción de sustancias psicoactivas. O al hecho de que exista quien la distribuya en pequeñas o grandes cantidades. O a que esté a disponibilidad de algunas personas que por curiosidad la consuman por primera o segunda vez. O tampoco es un fenómeno que sólo se exprese en campañas de publicidad de las que se desprende la curiosidad de quienes apenas la conocen de nombre por la televisión... la fármacodependencia requiere la existencia de estos factores, donde el

protagonista es la sustancia; en interacción constante además de su asociación con situaciones como la violencia, la pobreza extrema, la baja autoestima, etc., en las que el protagonista no es sólo el consumidor, sino quienes lo rodean y las relaciones que establecen entre ellos las cuales han generado vacíos y que contribuyen a que el consumo produzca sufrimiento social y no solo individual.

Que la Fármacodependencia sea vista como un problema es construcción de la misma sociedad que crea sus propios chivos expiatorios en su imposibilidad por hacer visibles los problemas que ella misma ha creado, y por hacer invisibles las soluciones de las que es incapaz de crear.

5.2 Instrumentación y desarrollo del proyecto de servicio social: Como Aportar Sin Transgredir El Encuadre Metodológico.

La modificación de la concepción acerca del fenómeno en el prestador de servicio social, la apropiación de las reglas implícitas y explícitas al interior de la institución jugaron un papel importante en la instrumentación del Proyecto de Servicio Social, ya que este se apegó casi en su totalidad al proyecto general del área de Recepción. Para explicar más a detalle es importante mencionar desde la presentación del Pasante a la institución y su posterior incorporación al proceso operativo, hasta la culminación del Servicio Social.

A la llegada del prestador de Servicio Social a la institución se realizó una breve reseña de la tarea que realiza la institución, la presentación de las áreas y de los operadores encargados de cada una de ellas. Posteriormente se le pidió decidir el área a la que se incorporaría. De inmediato se le invitó a incorporarse en los espacios de reunión de Equipo operativo y de reunión de área. Como se mencionó anteriormente, la representación inicial acerca del fenómeno era muy diferente a la enfrentada y la consulta de las principales fuentes bibliográficas disponibles de Hogar Integral fue sustancial, para entender los procesos y el manejo de las demandas recibidas.

Los primeros dos meses fue estar en contacto con los instrumentos de registro, con los procesos operativos y con el material bibliográfico, situaciones que permitieron conocer ampliamente el modo de operar y se cumplió el objetivo de formación en la acción de la institución, ya que se le consideró como un operador en formación (valga la redundancia). Al tercer mes se le incluyó en los espacios de supervisión del equipo operativo.

Llegado el periodo de entrega del proyecto de Servicio social al Departamento de Servicio Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social, aún existían para el prestador las condiciones que garantizaran el poder aportar algo nuevo, teórica y metodológicamente hablando, cuando casi todo era nuevo y se estaba incorporando al desempeño el encuadre. No resultaba entendible aún, por ejemplo porqué había que dar una cita una semana después de establecida la demanda, cuando el informante se escuchaba muy angustiado. Tampoco porqué era tan importante tener

formación cuando se realizaba un primer contacto, si sólo se trataba de tomar la llamada, recibir datos y dar una cita. Sin embargo, poco a poco cada uno de los procesos dieron forma no sólo al conocimiento que se adquirió, sino a los procesos que se emprendieron.

La instrumentación del Proyecto se realizó de la siguiente manera:

A) Los Objetivos:

Se retomó el objetivo general del área de Recepción, ya que obedece a la tarea operativa que se realizó en el área por parte del servicio social.

El segundo objetivo general corresponde al objetivo de formación y enriquecimiento que persigue el profesional en trabajo Social al emprender una tarea nueva, además de poder aportar parte de su formación a la tarea operativa a desarrollar. Los objetivos específicos que se desprenden de estos lo hacen en la misma lógica, parte de ellos corresponde a los objetivos que persigue el área y el resto a los perseguido por el prestador de servicio social.

Ambos objetivos se ven cumplidos durante el proceso de formación en la acción.

B) La elaboración de las metas se hizo con base a la planeación anual del área de Recepción, tomando en cuenta el tiempo que corresponde al periodo de prestación de Servicio Social, mayo a Noviembre 2003.

C) Los límites establecidos son congruentes con los manejados institucionalmente:

- Población objetivo.
- Ubicación temporoespacial.
- Problemática específica de intervención.

Dichos límites corresponden a los requeridos por Trabajo Social para definir el contexto de intervención.

D) La organización fue uno de los aspectos más claros, ya que la institución tiene bien definida la estructura organizacional, con base a la tarea. Esto facilitó externar las dudas ante el responsable más inmediato (Mireya Lechuga). Además permitió tener claro el papel de cada uno de los operadores, las actividades que corresponden a cada área y quién las desarrolla, además de permitir la coordinación interáreas.

E) Las estrategias y actividades fueron establecidas de acuerdo a las consideradas por el área de Recepción. Es importante mencionar que algunas actividades estaban consideradas en la Planeación, sin embargo, aún no se operativizaban. El caso específico de las visitas domiciliarias, permitió no sólo mejorar el instrumento con que ya se contaba, sino iniciar el desarrollo de la estrategia general de acercamiento al espacio doméstico del sistema familiar.

F) Los procesos de supervisión y evaluación, se plantearon de acuerdo a los espacios ya existentes dentro de la institución para evaluar la tarea. Fue difícil aportar algo nuevo, ya que la institución cuenta con mecanismos de supervisión y evaluación estructurados y organizados de tal manera que no existan factores que queden fuera.

Estos procesos se complementaron a su vez con los reportes bimestrales entregados al Depto. De Servicio Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.

5.3 La metodología de intervención.

Hablar de la metodología de intervención aplicada durante el desarrollo del Servicio Social, remite a abordar una de las principales dificultades a su inicio. Esto, porque el encuadre de la tarea exige estar consciente de que cada actitud del operador, comentario o reacción es importante, ya que la tarea es delicada, se trabaja con seres humanos que ponen sobre la mesa una demanda de cambio en el estilo de vida, se ofrece un servicio de reeducación, lo que implica total seriedad, compromiso y conciencia de quien opera.

5.3.1 Los primeros contactos.

El primer contacto en la Recepción es fundamental durante el proceso, ya que se trata del primer acercamiento, no solo de la demanda con la institución, sino de Hogar Integral con la interrogante, la angustia, el dolor y el temor de un sistema familiar que vive una situación problema, este, por medio de una llamada o una visita, deposita su confianza en que la institución va a ayudar a encontrar la solución a su situación problema. Bajo esta idea, el establecimiento del primer contacto no es un mero intercambio de información, sino el acogimiento de una demanda de ayuda, el inicio del espacio de acogida de la población que solicita apoyo.

- La institución cuenta con los medios suficientes disponibles para establecer el primer contacto, ello facilita que el sistema familiar concrete su solicitud de ayuda y a su vez le da la oportunidad de pensarla. El hecho de que la mayoría de los primeros contactos se realice vía telefónica, tal como lo demuestran la estadísticas de este informe, obedece a que la primera información que el beneficiario tiene de la misma es el teléfono y la dirección.

La mayoría de las demandas vía telefónica se realizan para solicitar información acerca de los servicios que se ofrecen y en ocasiones para saber si se puede internar de manera inmediata al consumidor. Esta modalidad permite proporcionar la información necesaria, sin embargo, no garantiza que el demandante mantenga su demanda, puesto que este primer acercamiento sólo es una demanda tentativa, la asistencia a primer coloquio ya hablará entonces de una demanda más segura y de mayores posibilidades de continuar en el inicio de un proceso de tratamiento.

El establecimiento de una demanda directamente en la institución expresa una demanda con mayor angustia y tal vez con mayor seguridad de seguir el proceso que se ofrece, esta hipótesis no está comprobada, sin embargo, se ha podido observar que cuando el demandante establece el primer contacto de esta manera adquiere un servicio más concreto: ya sea la derivación, si las características del caso no obedecen a los servicios proporcionados por la institución; la canalización; el establecimiento de la primera cita para continuar el proceso de Recepción o la explicitación de la demanda y la oferta, esto es qué ofrece la institución y la primera toma de decisiones del sistema familiar, mediante la convocatoria familiar,

se explicita si la familia está dispuesta a no depositar el problema en la institución e inicia el proceso incorporándose.

El establecimiento de los primeros contactos en la calle, en su casa, por medio de otras instituciones, etc. No son muy comunes.

Se mencionaba que la importancia de recibir un primer contacto, no radica en el llenado del formato, ni en la recopilación de los datos suficientes para saber quién es el consumidor o quien es quien llama. Estos datos son importantes, pero la real importancia radica en posibilitar que la persona que solicita el servicio haga manifiesta su problemática y que además obtenga una respuesta, porque como lo manifiesta el manual operativo, hasta un silencio es una respuesta, esto es considerar que la manera en que el operador recibe la demanda es determinante en su permanencia y continuidad.

Durante el Servicio Social se observaron algunas dificultades dentro de la institución por concretar después de un primer contacto un primer coloquio (cita). *De los 289 Primeros contactos recibidos durante el periodo de Abril a Diciembre de 2003, 136 de ellos solicitó cita, se otorgaron 162 puesto que después de recibir información decidieron asistir. Sin embargo, de estas 136 citas asignadas sólo 100 de estos casos asistieron.* El establecimiento de la demanda espera una respuesta que le proporcione en un primer momento confianza, en el momento en que la demanda no encuentra un continente de confianza interrumpe su contacto. Aunque ésta no sea la única condición por la que se interrumpe un primer contacto, es importante observar cómo más adelante, en los primeros coloquios se repite la situación, el sistema familiar asiste, sin embargo no llega a su segundo coloquio.

5.3.2 Los primeros coloquios.

El primer coloquio representa la continuidad del proceso de recepción, se tienen las primeras hipótesis sobre la demanda, puesto que el sistema ha decidido continuar, se tiene así la primera decisión del mismo, se sabe si el Pd se involucra en el proceso o sólo el sistema lo hace, o viceversa. Se ha realizado la convocatoria familiar. Se ha tomado una determinación acerca de si existen las condiciones de trabajo con el sistema o se toma una decisión diferente. El sistema ofrece la posibilidad de completar el diagnóstico y se inicia la incidencia en la representación social que se tiene de la Fármacodependencia.

“El propósito del manejo técnico y metodológico de la entrevista consiste en establecer las alternativas de contención, e individuación, mediante la aparición de situaciones asociadas al fenómeno de la fármacodependencia y los diferentes conflictos en el contexto familiar y la red social. Así, una de las principales tareas del operador de esta fase consiste en profundizar, reconstruir y registrar (de manera detallada) la dinámica del sistema familiar.” La conducción del primer coloquio es determinante en la continuidad del sistema familiar en el proceso.

De los 100 casos que acudieron a primer coloquio, 36 continuaron a segundo coloquio y 26 permanecieron en tercer coloquio.

Las situaciones que presentan los casos y que pueden ser factor condicionante para su permanencia en el proceso durante los coloquios son diversas:

- Asiste el paciente designado, no así su sistema familiar, en algunos casos la principal red de contención son amigos o vecinos, quienes realizan el primer contacto y posteriormente asisten a coloquios con Pd.

Esta situación expresa parte de la situación familiar que vive Pd: las condiciones en que están sus relaciones. Pd al ver que no encuentra apoyo en la familia, deposita la responsabilidad de su no compromiso en el abandono familiar y termina por interrumpir el proceso.

- Asiste el Sistema familiar a solicitar internamiento para un miembro consumidor, este no está de acuerdo en asistir, la familia asiste a primer coloquio esperando encontrar respuestas acerca de cómo tratarlo para minimizar la situación de sufrimiento que están viviendo, para saber cómo hacer para que él o ella asista y ocasionalmente para poder apartar un lugar para su internamiento, al no encontrar respuestas inmediatas a sus demandas interrumpen al segundo o tercer coloquio.

- Asiste parte del sistema familiar a primer coloquio, se realiza la convocatoria familiar y en el segundo coloquio asisten más miembros de la familia, como la convocatoria familiar se amplía, al tercer coloquio llegan nuevos miembros de la familia, sin embargo, el proceso de incidencia y complejización de la representación social acerca del fenómeno no se realiza de la misma manera en cada uno de los asistentes, ya que no viven completo el proceso desarrollado hasta aquí, cuando se les propone seguir asistiendo de manera regular adoptando un compromiso, el sistema decide interrumpir el proceso.

- Pd asiste al primer coloquio presionado y amenazado por la familia, al segundo coloquio asiste por las mismas razones y finge querer una "rehabilitación" y su discurso expresa estar dispuesto a seguir en el proceso, sin embargo, cuando el sistema familiar ha creído en él y ha modificado su conducta en cuanto a Pd, este decide abandonar el proceso, ya que han pasado las condiciones que lo trajeron y vuelve a su dinámica anterior de consumo, el sistema familiar se muestra "decepcionado de Pd, además de incredulidad ante el proceso que no lo pudo contener. Terminan por abandonar el proceso.

- El equipo Operativo determina, de acuerdo al diagnóstico realizado que no existen las condiciones para trabajar con el caso.

De tal manera que de los 26 casos que se mantuvieron hasta el tercer coloquio, tres interrumpieron el proceso, tres se derivaron a otra instancia de la misma institución, tres se derivaron a otra institución y diecisiete pasaron a Fase Formación de Grupo.

5.3.3 Fase Formación de Grupo

La programación de las actividades que se van a desarrollar durante la Formación Fase de Grupo (FFG), corresponden al objetivo de concretar el diagnóstico y permitir que el sistema familiar tome una decisión en cuanto a iniciar un proceso de tratamiento dentro de la institución.

La apertura se realiza en grupo mixto, la cual tiene como objetivo propiciar un encuentro entre los diferentes grupos de familias, “el grupo realiza un breve intercambio que consiste en narrar los diferentes acontecimientos y estados de sufrimiento relacionados con el fenómeno de la farmacodependencia. Este ejercicio provoca, en el interior del grupo, una experiencia en la cual los participantes descubren que no son los únicos que se encuentran en una situación desfavorable. Como resultado del ejercicio se hacen evidentes, también, las diferentes representaciones sociales que el grupo tiene del problema y, de esta manera, se abre la primera tarea de trabajo en los grupos familiares. “ (Manual Operativo del área de Recepción Hogar Integral de Juventud 2003)

Otra de las finalidades de esta fase tiene que ver con el establecimiento del “encuadre” y la “designación de responsabilidades” tanto para las familias como para los jóvenes. Se informa en los grupos (por separado) el día, los horarios de inicio de trabajo y su duración.

Durante las sesiones de Fase de Grupo con los Pds la tarea es conducir y analizar su demanda con miras a que ellos mismos la clarifiquen, por medio de la vivencia de una experiencia organizada de vida en grupo.

El encuadre representa el establecimiento de las normas dentro de esta experiencia, ya que proporciona el continente de seguridad para el proceso, las reglas y el papel que jugará cada actor dentro del proceso.

- **Los espacios de trabajo con el grupo son de Lunes a Viernes de 9:00 a 1:00 p.m.:**

- En los espacios de trabajo con Pacientes designados (Pds) no se pueden consumir alimentos, ni salir a comprar cigarros u otros enseres.
- Se fuma en los espacios abiertos, únicamente durante los tiempos libres programados.
- No se acepta el ingreso a la CTF de aquellos Pds que asistan intoxicados.

Los aspectos anteriores resultan importantes, ya que los Pds han vivido durante cierto periodo de su vida sin respetar reglas, el hacer respetar el horario, tanto como los espacios de trabajo funge como estrategia para que el Pd dé seriedad al proceso y aprenda a respetar a los demás.

○ Los espacios de trabajo con las familias se llevan a cabo en el “Grupo de Familias”, de 18:00 a 19:30 p.m., lunes y jueves: El trabajar por espacios separados y señalar la importancia de que estos espacios se respeten permite establecer límites en donde no los hay o en donde se encuentran difusos. Dentro de los sistemas familiares de jóvenes fármacodependientes es común que haya invasión de espacios individuales, esto obedece a que los padres no han establecido de manera clara los límites dentro de los subsistemas: La pareja no tiene su espacio propio, los hijos no tienen espacio propio, etc. Los espacios de desarrollo personal se confunden. Las figuras de autoridad se confunden:

El caso de J.C. explica: La madre de J.C. tuvo una primer hija, la cual vivió durante 14 años con su abuela como hija suya, la hija no lo sabía y veía en la madre a su hermana, la verdad se la dijeron hasta que la abuela estaba muriendo. Durante el tercer coloquio, asisten el Padre, la madre, la esposa el hermano menor, la hija y J.C.; en este momento se habla de esta situación, la Madre menciona además que J.C. no es hijo del que ahora llama Papá y ante esto el hermano menor se muestra desconcertado, pues no lo sabía. En este mundo de confusiones, la esposa le recrimina a la madre y esta asume su responsabilidad con actitud avergonzada y pasiva ante su nuera, se muestra como la nuera representa una figura de autoridad importante para todo el sistema familiar. Los límites en este sistema no son cuidados, la preocupación ha girado más que el

establecimiento de los límites en el establecimiento de alianzas, para poder mantener los secretos que le dan seguridad y continuidad a la familia.

• **Si no se llevó a cabo el “acompañamiento” se citará a coloquio para revisar la situación.**

El acompañamiento familiar a cada una de las sesiones implica la involucración de los familiares al proceso desde este momento, el sentido simbólico es dar a la familia la responsabilidad que le toca en cuanto al cambio en la situación de sufrimiento que enfrenta, por lo tanto, la familia tiene que diseñar estrategias para organizar su tiempo y favorecer la asistencia de Pd a las sesiones.

El acompañamiento familiar es una de las dificultades que se presentan con mayor frecuencia durante esta etapa, ya que la familia no se involucra de manera clara, asisten a las sesiones familiares, sin embargo, la responsabilidad del acompañamiento se deposita generalmente en un solo miembro de la familia quien va a dejar a Pd y lo va a recoger durante todas las sesiones. Esta dificultad expresa ocasionalmente la resistencia que la familia pone ante el temor de un cambio radical en su estilo de vida, con el cual ha a prendido a vivir.

5.3.4 Visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias como estrategia de profundización del diagnóstico y de acercamiento entre la institución y el sistema familiar han contribuido a la formalización de la convocatoria familiar, involucrando no solo a los miembros que asisten a sesiones familiares, sino al mismo espacio de desarrollo del sistema y al mismo tiempo la presencia de la institución y la evidenciación del problema y la solución ante quienes por no involucrarse al proceso no asisten.

De los diecisiete casos que vivieron Fase Formación de Grupo, se realizaron once visitas domiciliarias y dos estudios socioeconómicos, los cuales representan el mismo número de ingresos registrados al área de rehabilitación.

5.4 Aportes, productos y alcances.

El principal aporte realizado durante el servicio social lo representaron:

- A) **La modificación de la Ficha de estudio Socioeconómico que ya existía**, las modificaciones obedecieron a que algunos rubros no obedecían al objetivo de la ficha: establecer la cuota para el ingreso del caso.
- B) El piloteo del instrumento.
- C) El desarrollo de las primeras visitas domiciliarias.
- D) El diseño de un manual de visitas domiciliarias
- E) El diseño de un tabulador de cuotas económicas.
- F) El diseño de la estrategia general de acercamiento al espacio doméstico del sistema familiar.

Es importante señalar nuevamente que dicha estrategia favoreció:

- ❖ la incorporación de nuevos miembros de cada sistema familiar, al proceso,
- ❖ La permanencia de los casos en el proceso.
- ❖ La complementación del Diagnóstico familiar individual y de Red.
- ❖ El conocimiento de las condiciones físicas en que vive la familia.
- ❖ El conocimiento del contexto comunitario.
- ❖ El establecimiento de una cuota que estuviera acorde a la situación económica del sistema, de tal manera que este no signifique un factor que incida en el abandono del proceso.

Durante los coloquios se tuvo la participación de un total de ciento sesenta y cuatro personas, que correspondieron a un total de veintiséis casos, lo que representa que por caso se presentaron seis punto tres personas en promedio por caso.

De las sesenta y seis personas participantes en FFG correspondientes a 17 casos: hubo tres punto ocho participantes por caso.

Después de realizada la visita domiciliaria, de los trece ingresos se registro un ingreso de 81 Pacientes familiares, lo que representa seis punto dos familiares por paciente designado.

5.4.1 Manual operativo de visitas domiciliarias

VISITAS DOMICILIARIAS

Para contribuir al cumplimiento del objetivo del área de Recepción se han implementado las visitas domiciliarias que, además de permitir la realización de un estudio socioeconómico mediante la aplicación de un instrumento específico, permite profundizar en el conocimiento de las condiciones relacionales generadas al interior de la red familiar; así como visualizar con mayor certeza el grado de permeabilidad del sistema y la posibilidad de incorporación de otros miembros de la familia dentro de un proceso de tratamiento familiar.

Bajo este entendido, resulta necesario conocer el espacio físico en donde se manifiestan ordinariamente las relaciones familiares.

Es importante realizar la visita domiciliaria antes o durante la Formación Fase de Grupo, ya que significa actuar la convocatoria a la red Familiar. Esta estrategia, inicia la formalización de un contacto recíproco, el sistema ha acudido a la institución a expresar su demanda, la institución lo acoge y responde mediante varias acciones que dan forma a dicha respuesta: coloquios unifamiliares, sesiones de FFG y Visita domiciliaria.

Involucrar el espacio doméstico en el proceso diagnóstico permite que todas las personas que lo habitan se sientan ya incorporadas, pues se establece un vínculo por débil que este pueda ser, pero formal con ellas, aún cuando no asistan al proceso.

OBJETIVOS:

- Conocer las condiciones económicas del sistema familiar mediante la aplicación de la Ficha de Estudio Socioeconómico (FESE) para la asignación de una cuota en caso de ingreso a tratamiento.
- Identificar características del espacio ordinario en el que la familia interactúa para profundizar en el diagnóstico familiar.
- Favorecer el acercamiento de la Institución con la Red familiar convocada.

PROCESO:

Es muy importante conocer con anticipación el caso al cual se realizará la visita domiciliaria: las personas involucradas en la demanda, las convocadas y quien será el referente, puesto que así lograremos tener una visión concreta de las situaciones que se van a observar. Sin embargo, el entrevistador no debe limitarse a observar sólo lo planeado, puesto que pueden surgir elementos importantes para el cumplimiento del objetivo.

1.- CONSIDERACIONES GENERALES ANTES DE LLEGAR AL DOMICILIO.

A) Tomar en cuenta las características del ambiente social:

Tener claro: Nombre del lugar, domicilio completo incluyendo referencias específicas de cómo llegar al domicilio y Teléfono, lo que facilitará la llegada del E. O. Al lugar con puntualidad.

Es importante dar cuenta de las condiciones de seguridad para el E.O. en el desarrollo de la visita.

B) Características del lugar y relaciones que Pd ha establecido con el ambiente:

- Antes de la realización de la visita, identificar existencia de lugares de venta y consumo, que funcionan habitualmente como puntos de reunión de grupos de consumidores.

- Conocer el tipo de relaciones que Pd ha establecido con el resto de su red. Estos elementos tienden a favorecer o entorpecer la realización de la visita, ya que si Pd ha establecido relaciones favorables con su red familiar, se hipotetiza disposición de los informantes para llevarla a cabo. Es importante también considerar las condiciones de seguridad que el ambiente ofrece a Pd para su desarrollo personal. Al inicio :

- Trasladarse al domicilio donde se realizará la visita, es importante ser puntual. (A partir de la llegada es importante realizar las primeras observaciones en la CRL: Tipo de personas que habitan, tipo de casas, lugares que podrían ser centros de reunión de jóvenes o adultos y principales actividades que se observan).

- Al llegar al domicilio, presentarse y reiterar, después del saludo, el objetivo de la visita, aun cuando la familia ya lo sepa.

2.- Aplicación de la Ficha de Estudio Socioeconómico (FESE).

➤ Realizar, en forma concreta, cada uno de los tópicos contenidos en el instrumento. De tal manera que no se permita que la persona o personas entrevistadas tomen el manejo de la entrevista. Esto ayudará a cumplir de manera específica el objetivo de la visita, sin que ésta se convierta en un coloquio domiciliario.

➤ Cuando se trata de varias familias en una sola vivienda, es importante: saber si comparten sus ingresos y egresos, diferenciar el número de instrumentos a aplicar (se aplica uno por gasto familiar). Cabe señalar que la diferenciación mencionada también contribuye (en el plano simbólico) a poner límites en donde no los hay.

➤ Es importante realizar observaciones generales sobre la dinámica familiar durante el desarrollo de la entrevista, lo que permitirá aportar mayores datos al diagnóstico familiar.

➤ Observar la vivienda y la distribución de espacios. Si la familia invita a conocer cada una de las habitaciones que componen la morada, quedará a consideración del entrevistador aceptar la invitación o no. Ya que, según las características específicas de cada caso, puede ser necesario o, en su defecto, contraproducente.

➤ Se deben hacer observaciones generales del contexto comunitario. Si el informante hace comentarios sobre éste, no perderlos de vista, pero tampoco permitir formarnos un prejuicio a partir de ellos.

➤ Es común que la familia ofrezca alimentos o bebidas en el momento de la entrevista. Por ello resulta de primordial importancia analizar: si es parte de las costumbres familiares o es un intento de la dinámica familiar para manejar el sentido de la entrevista, desviando la atención o el objetivo de la visita.

Es importante tener en cuenta que todos los elementos desarrollados en la visita domiciliaria son cuestiones que deben significarse y trabajarse con la familia. En caso de detectar que el sistema familiar intenta hacer un manejo hacia el equipo “para quedar bien” ofreciendo alimentos, bebidas, transporte etc. no ignorarlo y significarlo, ya sea en el momento o trabajarlo en el siguiente coloquio o sesión que se tenga con el sistema familiar en la institución.

➤ Tomar en cuenta dentro del discurso del informante el tiempo en que se desarrollan las principales actividades familiares dentro de la casa con el fin de conocer las figuras con mayor presencia y a su vez las de mayor ausencia.

Personas que habitualmente se encuentran en la casa y que interactúan de manera constante. Esto nos permitirá dar cuenta de posibles alianzas o conflictos entre los miembros de la familia.

Observar qué objetos o muebles delimitan áreas que pudieran establecer límites simbólicos, dando cuenta de la existencia de espacios de convivencia familiar, espacios personales o viceversa espacios estrechos, sin límites claros y la función que desempeña en la dinámica familiar, hacinamiento o expulsión de ciertos miembros de la familia por los mismos espacios (p.e. no hay espacio para el juego de los niños, por lo tanto salen a jugar a la calle). Denota el grado en que las personas encuentran mayor apoyo en el sistema familiar o al no encontrarlo, se ven expulsados por el mismo espacio y lo buscan en un sistema externo (trabajo, pares de consumo, otras actividades, instituciones.).

➤ Objetos físicos más importantes, la relación que guardan los sujetos con estos y la importancia asignada. Bajo el entendido de que los componentes de un ambiente (personas y objetos) guardan una relación directa de interdependencia en la consecución de los objetivos del ambiente. (SINOMORFIA).

➤ Distribución de espacios físicos, teniendo en cuenta que el espacio personal contribuye al desarrollo de cada individuo.

3.-TERMINO DE LA VISITA DOMICILIARIA:

Al finalizar la aplicación de la FESE es importante recordar la próxima cita que tiene el sistema familiar con la recepción, aclarando dudas solo al respecto (fecha, hora, lugar y asistentes), para no permear el objetivo de la visita con el intento de manejo de la visita por parte de la familia.

Los datos obtenidos en la visita se registran:

- D) En el Diario-expediente del Paciente Designado (Pd).
- E) En el diario de Campo correspondiente a la visita domiciliaria, que se anexa al expediente del Pd.
- F) Los de la FESE, en el tabulador de asignación de cuotas.

CAPITULO 6

CONSTRUIR LA INTERVENCIÓN DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA FARMACODEPENDIENTES.

6.- CONSTRUIR LA INTERVENCIÓN DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA FARMACODEPENDIENTES.

El proceso operativo en la Recepción como ya se ha visto, depende del número de primeros contactos realizados. Esto es porque cada momento en el proceso, funge como “filtro” para lograr que un 100% de Primeros contactos recibidos, sólo el 5% aproximadamente culmine el proceso de recepción representando un ingreso a Rehabilitación.

De tal suerte que el cumplimiento o no del resto de las metas planteadas depende de los primeros contactos. Es preciso hacer hincapié en que se está haciendo referencia a las metas y no a los objetivos, ya que estos últimos, se han cumplido en cada caso, aún cuando algunos de ellos no culminen su proceso de Recepción en la Comunidad Terapéutica. Sin embargo, también es importante mencionar, que la mayor cobertura de la demanda, en cuanto al recibimiento de primeros contactos, podría permitir una mayor incidencia en el fenómeno Social de la Fármacodependencia, a nivel local, comunitario y social, además, teniendo en cuenta que cada caso de consumo es diferente y que se deberán diseñar estrategias de tratamiento específicas para cada uno de ellos.

Todo ello permitirá enriquecer como institución, no sólo la capacidad de respuesta para casos de Fármacodependencia, sino el conocimiento y alternativas de Tratamiento para situaciones asociadas.

Ante esta afirmación, la propuesta de atención que se presenta, se basa:

1.- En los casos de Fármacodependencia, que aún no han recibido atención, y cuyo número se vuelve incalculable cuando el fenómeno crece, se reproduce, se cronifica y problematiza.

2.- En el reducido número de estrategias diseñadas en la CTF de Hogar Integral de Juventud para la captación de casos de Fármacodependencia.

El método de Acción propuesto, tiene como punto de partida el trabajo con redes Institucionales:

Como se ha analizado a lo largo de este informe, el proceso metodológico de Hogar Integral de Juventud, está dirigido a trabajar con el Paciente, su sistema familiar y en otras áreas se trabaja con la Red de amigos y la Red comunitaria.

Red Social es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia.²⁸

La Red Social como campo relacional establece el espacio-tiempo-comunicación en que los sujetos se identifican-significan (las relaciones, la realidad) y a su vez son identificados-significados por las relaciones, la realidad los sujetos en su contexto.²⁹

OBJETIVO:

Favorecer los procesos de captación y derivación de población con problemas relacionados con el consumo de sustancias y sus familiares, así como problemas no relacionados con este para su derivación.

ESTRATEGIA:

El trabajo en Red que se propone, consta de una estrategia principal, la cual constituye la línea de acción para la construcción de La Red de Servicios Institucionales, que ofrezcan a los beneficiarios la canalización a la CTF como una opción ante su demanda.

Activar los recursos de la Red social a nivel institucional, es decir los recursos e instrumentos institucionales de los que se puede hacer uso: identificar los recursos institucionales existentes: Hospitales, centros psiquiátricos, escuelas, instancias gubernamentales, etc. Aquellas que puedan atender situaciones que en Hogar Integral no, por ejemplo: impedimentos físicos, mujeres consumidoras, problemas escolares, callejerismo, entre otras. Esta tarea, permitirá encontrar instituciones que funjan como opciones de derivación de los casos, cuyas demandas, no correspondan a los servicios ofrecidos o cuyas características no puedan ser atendidas por la institución.

²⁸ Chadi. Mónica. Redes Sociales en el Trabajo social. Buenos Aires 2001.

²⁹ Milanese Efreem. Redes que previenen II. México 2001.

DIAGNOSTICO SOCIAL DE RED

Es importante realizar mediante el uso del directorio institucional, el Diagnóstico Social de Red, ya que este va a permitir el conocimiento total de la institución con la que se establece el contacto, así como la definición de las reglas y condiciones a través de las cuales se va a dar el contacto y se va a desarrollar el proceso que está por iniciar.

COMPLEMENTARIEDAD DE SERVICIOS

Es importante verificar con qué medios se cuenta para concretar los procesos de canalización y derivación que son el objetivo de la Red. En esta verificación debe permanecer presentes los principios éticos de cada institución.

Los aspectos básicos a saber en la construcción de la Red son:

- Servicios
- Trabajo interdisciplinario.
- Compartir metas en relación a los casos en que se trabaje en común
- Definición de espacios físicos comunes.
- Evolución de instituciones integrada, no paralela.(en cuanto a los casos con que se esté trabajando en común)

INSTRUMENTO:

Radica en la elaboración de un DIRECTORIO INSTITUCIONAL, con formato específico como instrumento de registro de datos.

La elaboración del Directorio no sólo tendrá como fin el registro de los datos principales de la institución.

ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO INTERINSTITUCIONAL:

La idea es establecer un vínculo institucional, formal con cada una de las instituciones registradas. La tarea del operador encargado, se propone al Trabajador Social como tal, consistirá en identificar a la institución, realizar el contacto vía telefónica buscando un posterior contacto personal, es decir, la visita del operador de la institución contactada y la institución patrocinadora del contacto: El área de Recepción de Hogar Integral de Juventud.

Mediante el contacto personal, cada institución informará a la otra sobre las características de sus servicios, la población que atiende y el proceso de recepción de beneficiarios. En este sentido, ambas instituciones significarán un recurso recíproco de derivación, canalización o apoyo interinstitucional.

DEFINICIÓN DE LA RELACIÓN INTERINSTITUCIONAL

La importancia de la constitución de esta Red de Servicios Institucionales, radica en la orientación de casos de Farmacodependencia que llegan a instituciones, médicas, educativas, jurídicas, etc., cuyos servicios, no corresponden a las características del caso o no pueden ofrecer un proceso de tratamiento específico en adicciones. Esta situación muchas veces origina que no se le dé una respuesta acertada a la demanda expresada, y que la situación enfrentada por el sistema familiar continúe y más aún se cronifique.

En este sentido, la institución Receptora tendría una respuesta para tales casos: la derivación a la CTF en donde se le tendría una respuesta más concreta, de acuerdo claro, a las características del caso y de la demanda.

Por otra parte, para los contactos establecidos en Hogar Integral con demandas como: albergue; desintoxicación, internamiento por situaciones psiquiátricas, en fin casos cuyas características no obedecen a las especificadas por la institución para su atención, se tendrá una respuesta definida, es decir las alternativas "registradas" en el directorio institucional.

El establecimiento de alianzas estratégicas entre instituciones permitirá tener opciones (no soluciones) para la multiplicidad de casos existentes. Para los casos concretos de Fármacodependencia, la Institución se define como opción de atención y tratamiento.

PROCESO DE DERIVACIÓN DE CASOS.

El operador responsable en la Recepción tiene como en todo primer contacto, las bases para definir el primer rumbo que tomará el caso, a partir de la demanda expresada. Se habrá definido de acuerdo a las primeras hipótesis si este será el inicio de la serie de coloquios que perfilan al caso como un ingreso al proceso de tratamiento.

- Siendo un caso de fármacodependencia cuyas características corresponden a los casos atendidos por la institución, entonces el proceso de Recepción seguirá de manera normal la secuencia de coloquios que el equipo operativo defina para así seguir el proceso.

- Los casos distintos cuyas características no correspondan a las atendidas por la institución, se perfilan entonces para derivación o canalización desde:

A) Derivación en el momento en que se ha realizado el primer contacto entre la institución y el/los paciente/s.

El proceso de trabajo en Red comienza a la llegada de la demanda, en este caso existe la posibilidad de que se haga manifiesta mediante una voz institucional respecto de un caso. Dicha demanda debe ser vista como un trabajo que necesita de los recursos de varias instituciones tomando en cuenta su complejidad.

Durante los primeros contactos, en donde se ha hecho expresa la demanda es necesario:

Cuando la demanda corresponde a un caso distinto de fármacodependencia:

Casos psiquiátricos, defensa legal, accidentes, albergue, apoyo económico, problemas conductuales en la escuela, entre otros.

En esta situación el proceso de derivación se hace proporcionando los datos de la institución cuyos servicios correspondan a las características de la demanda, al informante.

El seguimiento al este tipo de casos no es necesario, ya que no corresponde a uno de los objetivos primordiales de la institución.

B) Derivación en el momento en que se llevan a cabo los primeros coloquios con el caso:

Cuando la demanda corresponde a casos de fármacodependencia, sin embargo, las características de los beneficiarios no corresponden a los sugeridos por la institución: Dificultades físicas o mentales, el consumidor de sustancias es de sexo femenino o menor de 17 años.

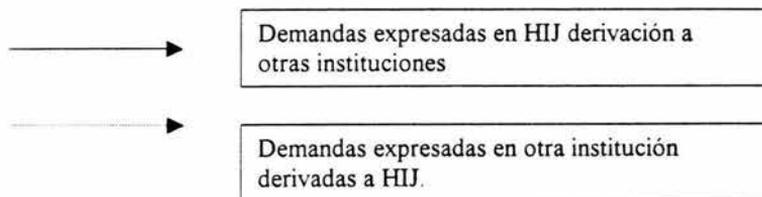
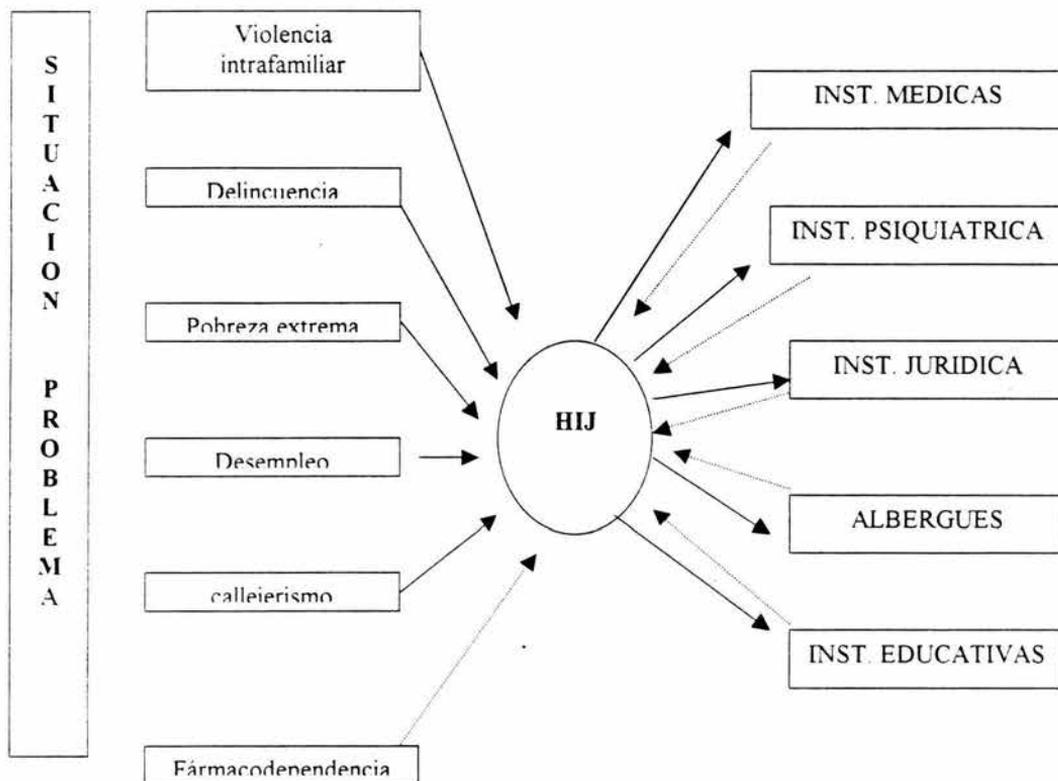
Es estos casos, se realiza una canalización, la cual, se define de acuerdo a las características de servicios institucionales que correspondan las características del caso. Se propone la realización de seguimiento del caso. De acuerdo a los datos proporcionados por los beneficiarios, se realiza la llamada telefónica a la institución, se propone una reunión con el operador encargado de la Recepción de esta, en donde se intercambiara la información necesaria disponible acerca de caso y se definirán los términos mediante los que se dará seguimiento al caso: reuniones periódicas y proporción de informes de caso de la institución Receptora hacia la institución que canalizó el caso.

C) Derivación al término de la Fase Formación de Grupo:

Cuando, de acuerdo a las hipótesis planteadas, el equipo de operadores ha determinado que el caso, no corresponde a un caso de dependencia a sustancias y se determina que es necesario trabajar con el sistema familiar más que con el consumidor, es decir casos en que el consumidor requiere ayuda psicológica en otra institución.

El seguimiento en este caso se propone como parte del proceso que seguirá el sistema familiar, además del conocimiento de las condiciones de consumo y la situación de sufrimiento del consumidor.

El siguiente esquema define el proceso de derivación y canalización interinstitucional propuesto.



El proceso de derivación y canalización que se propone responde a las características de complejización del sistema institucional del cual se está partiendo. Para el trabajador Social en concreto, responde a su capacidad para instrumentar una organización coherente en la Red social que garantice el apoyo mutuo entre instituciones a través de la transformación de esta en una unidad de apoyo, fortalecimiento y esclarecimiento de los servicios que ofrecen.

ANEXOS

ANEXOS

1.- HOJA DE PRIMER CONTACTO.

2.- DIARIO DE CAMPO

3.- FICHA DE ESTUDIO SOCIOECONOMICO

4 - TABULADOR DE CUOTAS ECONOMICAS

5.-FORMATO DE REGISTRO DE CONTACTO INTERINSTITUCIONAL.

ANEXO 1.- Hoja de Primer Contacto

Folio _____ Fecha _____ Hora _____

1. Modalidad	a. Telefono	b. En la estructura	c. En la calle	d. En su casa	e. En instituciones	f. Otra
--------------	-------------	---------------------	----------------	---------------	---------------------	---------

2. Informante

2.1. Nombre y Apellido	a. Telefono	b. Edad	c. Sexo M F	Tipologia d. Indiv. - e. Org/Inst./Gru.		
2.2. Como supo de la institucion/Proyecto	a. Amigo	b. Familiar	c. Conocido	d. Institucion	e. Otro	
2.3. Relacion Informante beneficiario	a. Si mismo	b. Amigo	c. Fam. origen	d. Fam. Propia	e. Otro familiar	f. Inst Org. Grupo g. Otro

3. Beneficiario.

3.1.. Beneficiario Privado

a. Nombre y Apellido	b. Edad	c. Sexo M F	d. Estado Civil: 1 So., 2 Ca., 3 S., 4 D., 5 Vi., 6 U.	e. Escolaridad: 0 N., 1 P., 2 S., 3 P., 4 T., 5 L., 6 M., 7 Otr.	f. N° Hijos
g. Direccion				j. Telefono	
h. Persona de referencia	Nombre y Apellido			k. Telefono	

3.2. Beneficiario: ← Institucion/ ↑ Grupo/ → Organizacion/ ↓ Comunidad/ ° Red

a. Denominación	b. Tipologia Finalidad 1 Ed., 2 As., 3. Reh., 4 Recr., 5 Cult., 6 Sal., 7 Just., 8. Otr				
c. Direccion	d. Telefono				
e. Persona de referencia	1. Nombre y Apellido		2. Puesto		

4. Situaciones que originan el contacto

1 Substancias/alcohol	8 Prostitución	15 Escolares
2 Conductas antisociales	9 Legal	16 Exclusion Grave
3 Psiquiatricos	10 Embarazo/Parto	17 Violencia Intracomunitaria
4 Conductuales	11 Enfermedades	18 Redes Interinstitucionales
5 Relacionales	12 Pobreza Extrema	19 Crisis psicologica
6 Violencia Intrafamiliar	13 Callejerismo	20 Capacitación y Formacion
7 Violacion	14 Apoyo economico	21 Organización y planeación

5. Tipos de Demandas

6. Tipos de Respuestas

1 Apoyo Economico	12 Integración Comunitaria	1 Se da una cita
2 Atención a Parto	13 Internamiento	2 Se da Información
3 Canalización	14 Organización y Planeación	3 Consejo-Orientación
4 Cita/coloquio	15 Que se lleven a "x"	4 Derivacion
5 Consejo/Orientacion	16 Recuperacion Escolar	5 Escucha inmediata/manejo de crisis
6 Defensa Legal	17 Servicio Social	6 Indicaciones o sugerencias operativas
7 Fianzas	18 Terapia	7 Otro
8 Formacion- Capacitación	19 Visita familiar	7. Resultado
9 Guarderia	20 Otro	1 Acudió a la cita
10 Hospitalización Medica	21 otro	2 Siguió en contacto
11 Información	22 otro	3 Interrumpió el contacto
		4 Pasa a Recepción Diagnostica

8. Observaciones y anotaciones del operador

Nombre del Operador.

Hoja de Primer Contacto

Instructivo

La **HPC** (Hoja de primer contacto) es un instrumento de recopilación y sistematización de la información que puede ser utilizado para registrar las demandas que potenciales beneficiarios (individuales o grupales, privado o institucionales) dirigen a la organización. Indicaciones para el registro: en términos generales se registra poniendo una cruz o una palomita sobre la letra o el número que precede cada uno de los índices de registro.

Folio: es una información compuesta de cuatro letras (las Iniciales del Apellido y del Nombre), seis números

Fecha: fecha del día en el cual se da el primer contacto

Hora: hora en la cual se da el primer contacto

Nombre de la Institución: nombre de la institución que registra el primer contacto

1.- Modalidad: el PC (Primer contacto) puede realizarse por teléfono(a), en la estructura de la organización (b), en la calle (c), en la casa del sujeto que expresa la demanda (d), en el interior de una institución (una escuela, la cárcel etc.) (e), en otras situaciones (indicarlas en síntesis).

2.- Informante: es la persona que establece el contacto. Se trata de registrar el

2.1. Nombre y el Apellido, el teléfono(a), la edad(b), el sexo(c) y la Topología. Por topología se entiende: (d) si es un individuo, una persona que establece el PC privadamente, por razones personales o familiares; (e) si es una organización o institución o grupo o una persona que lo hace en nombre de una Org. Inst. o Grupo(en este caso se registra en las notas, el nombre de la institución y otros datos útiles).

2.2. Como supo de la Institución/Proyecto: es útil preguntarlo y registrar si el informante supo de la institución por una amigo(a), un familiar(b), un conocido(c), por otra institución u organización(d), o de cualquier otra manera(e) en este caso se registra sintéticamente.

2.3. Relación entre informante y beneficiario. Se trata aquí de evidenciar el tipo de relación que existe entre quien formula la demanda y quién es designado

por el demandante como beneficiario de la respuesta posible (un familiar puede pedir por un pariente fármacodependiente, por ej.). Se tiene que registrar si el demandante pide por si mismo(a), por un amigo(b), por un miembro de su familia de origen o por su familia de origen(c), por un miembro de su familia propia o por su familia propia(d), por otro familiar(e), para una institución, organización o grupo (f), por otros tipos de beneficiarios(g) en este caso registrarlos.

1. Beneficiario: el beneficiario es la persona o institución/grupo hacia el cual el demandante pide que la eventual respuesta sea orientada. Con el fin de establecer una primera distinción entre beneficiarios y evidenciar si el trabajo de la organización se orienta hacia lo privado o hacia lo institucional se han construido dos categorías de registro:

1.1. *Beneficiario Individual Privado:* se entiende a todo beneficiario de la acción/respuesta indicado en la demanda, entendido en este caso como individuo privado (no pareja, no grupo, no institución o organización). Por esta razón se puede registrar (a) el Nombre y el Apellido, (b) la edad, (c) el sexo, (d) el estado civil (1. Soltero, 2. Casado, 3. Separado o Divorciado, 4. Viudo, 5. Unión libre), (e) la Escolaridad (0. Ninguna, 1. Primaria, 2. Secundaria, 3. Preparatoria o Técnica, 4. Licenciatura, 5. Maestría, 6 Otro. Cualquier sea el nivel escolar que se registre, este se entiende como terminado con éxito positivo), (f) el número de Hijos en el caso en el que tenga; (g) la dirección, (h) el teléfono, (j) si hay una persona de referencia indicar el nombre (la persona de referencia es aquel que se puede contactar para establecer un inicial trabajo de red, puede ser el mismo informante u otra persona que el informante indique), k. El número de teléfono de la persona de referencia.

1.2. *Beneficiario institucional, grupal, organizacional, comunitario o red.* Por *beneficiario institucional* entendemos Instituciones Públicas (Escuelas, Hospitales, de Justicia, de Desarrollo Social etc.) consideradas por el demandante como sujeto de la acción. Por *beneficiario Grupal* entendemos parejas, familias, grupos informales (bandas por ejemplo) grupos formales que no sean en este caso organizaciones con personería jurídica. Por *Organizaciones* entendemos Asociaciones Civiles, Instituciones de Asistencia Privada, Organizaciones no Gubernamentales y otras formas asociativas con personalidad jurídica en el contexto Privado o Mixto Público/Privado. Por *Comunidad* entendemos una forma particular de organización social: barrio, comunidad local. Por *red* entendemos a un conjunto de organizaciones, grupos, instituciones o sujetos que explícitamente se reconocen como red. No se puede indicar mas de un tipo de beneficiario, cuando hay dudas se registra el beneficiario por su característica prevaleciente. Para cada uno de estos sujetos se registra la denominación, la topología definida por su finalidad/des (1. Educativa, 2. Asistencial, 3. Rehabilitación, 4. Recreativa

deportiva, 5. Cultural, 6. Salud, 7. Justicia, 8. Otro). Si se trata de una familia o de una pareja se clasifica como *otro*. Se puede indicar más de una topología finalidad. Del beneficiario se registra también la dirección, el teléfono, el nombre y apellido de la persona de referencia y el puesto o encargo o rol que este referente tiene en el sistema beneficiario.

2. Situaciones que originan el PC.

Se consideran situaciones que originan las demandas o peticiones aquellos acontecimientos, contextos, acciones o situaciones que son explícitamente indicadas por el demandante o informante como causante/problema/situación emergente para la cual se pide ayuda. A partir de la experiencia y considerando el contexto de acción de las diferentes organizaciones se ha definido una lista de índices prevalecientes, no exhaustiva (hay tres índices para registrar otras voces no incluidas en la lista). Se da una breve descripción de cada uno de estos índices para facilitar el registro, sabiendo también que es imposible anular las posibilidades connotativas. Esto significa que se pueden obviamente registrar diferencias en la cosificación de los datos. Se considera que cada una de estas situaciones puede estar definida por un máximo de 3 índices aunque recurrir a un solo índice sea la técnica más indicada.

1	Substancias/alcohol	Uso, abuso dependencia a alcohol, drogas u otro tipo de sustancias. Se incluyen también patologías alimentares (bulimia, anorexia).
2	Conductas antisociales	Robo, violencia hacia personas y cosas, hacia grupos
3	Psiquiátricos	Esquizofrenia o sicosis, trastornos graves de personalidad, estados límites graves.
4	Conductuales	Problemas de adaptación que se manifiestan en conductas de aislamiento o agresividad sin que se puedan caracterizar como conductas antisociales.
5	Relacionales	Situaciones afectivas, de comunicación
6	Violencia Intrafamiliar	Violencia psicológica, física, afectiva en el interior de la familia
7	Violación	Abuso sexual y violación
8	Prostitución	Situaciones relacionadas con la prostitución (tráfico de personas con fin de explotación sexual, etc.)
9	Legal	Peticiones de ayuda para enfrentar problemas o situaciones en las cuales se necesita asesoría o apoyo legal y jurídico.
10	Embarazo/Parto	Embarazo precoz, no buscado, en situaciones de dificultad (expulsión de la familia, en la cárcel etc.)
11	Enfermedades	Todo tipo de enfermedad física o síquica no mencionado en otros contextos
12	Pobreza Extrema	Ayuda para la sobrevivencia física, alimentaria
13	Callejerismo	Vida de calle y en la calle relacionada o no relacionadas con problemas de desviación social o dificultades en la adaptación.
14	Apoyo económico	Situaciones en las cuales las personas piden ayuda financiera no clasificable en un contexto de pobreza extrema.
15	Escolares	Situaciones relacionadas con problemas de aprendizaje o de adaptación a la vida escolar.
16	Exclusión Grave	Situaciones de abandono de menores o adolescentes, de expulsión de la vida familiar o institucional (de la escuela)
17	Violencia Intracomunitaria	Conflictos intracomunitarios que desembocan en situaciones de violencia (relacionados o no relacionados con bandas, conflictos entre líderes de opinión etc.)
18	Redes Interinstitucionales	Peticiones de ayuda para constitución, manejo, fortalecimiento, acompañamiento, supervisión, tratamiento, intervención etc. de redes entre instituciones
19	Crisis psicológica	Situaciones relacionadas con rupturas graves del equilibrio personal debido a dificultades graves en el contexto de un proyecto personal de vida, en la vida de pareja o afectiva, en el trabajo, en las relaciones entre pares etc.
20	Capacitación y Formación	Necesidades o demandas que tienen que ver con capacitación, adiestramiento o formación en contextos escolarizados o no escolarizados.
21	Organización y planeación	Necesidades o demandas que tienen que ver con el dibujo, la planeación, la constitución, el manejo de organizaciones, de proyectos o programas de trabajo etc. Se incluyen aquí peticiones de asesoría, supervisión, acompañamiento, evaluación de organizaciones o instituciones etc.

5. Tipos de demandas.

Para cada uno de los tipos de situaciones que originan una demanda, se puede también definir una demanda. Nos referimos aquí exclusivamente a las demandas o peticiones que el demandante comunica espontáneamente o en respuesta a una pregunta del operador con el cual establece el primer contacto. Aquí también se ha producido una lista de demandas posibles, derivándola de la experiencia mas que de un análisis exhaustivo de las demandas posibles. Como en el caso de las fuentes del contacto se puede definir la demanda utilizando hasta 3 índices. La diferenciación entre demanda y situación que da origen al primer contacto deriva de la experiencia: la correspondencia entre demanda y problema/situación que la produce no es sistemática.

1	Apoyo Economico	Dinero en efectivo o pagos de deudas o compromisos economicos, alimentos, vestidos etc.
2	Atención a Parto	Atención de tipo médico o de enfermería, relacional, apoyo emocional etc.
3	Canalización	Ser orientado hacia una organización que pueda atender su "problema o necesidad"
4	Cita/coloquio	Entrevista directa con un operador de la institución.
5	Consejo/Orientacion	Accion de counseling
6	Defensa Legal	Un abogado o un asesor legal
7	Fianzas	Recursos financieros para pagar una fianza legal
8	Formación- Capacitación	Cursos, talleres, seminarios, supervisiones, acciones de adiestramientos, capacitación o formación escolarizadas o no escolarizadas.
9	Guarderia	Acogida de niños o bebes en instituciones u organizaciones por tiempos definidos o no definidos
10	Hospitalización Medica	Idem
11	Informacion	Información acerca de acciones, servicios, posibilidades, temas que tienen que ver con la situación origen de la demanda u otras.
12	Integración Comunitaria	Demanda de programas, proyectos o acciones que favorezcan el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad (relacional y entre grupos o redes también)
13	Internamiento	Acogida en una estructura especializada para atender la situación emergente que el demandante explicita.
14	Organización y Planeación	Acciones de planeación, experimentación, acompañamiento, supervisión etc. de programas, proyectos, organizaciones, grupos formales etc.
15	Que se lleven a "x"	Se refiere a la petición explicita que la organización contactada se lleve a una persona (en la comunidad terapéutica o en otras estructuras de acogida)
16	Recuperación Escolar	Cursos individuales o grupales finalizados a la recuperación del ciclo escolar o al mantenimiento de la persona en el contexto escolar.
17	Servicio Social	Acciones típicas de servicio social: encontrar a una persona, favorecer el encuentro de esta con su red familiar, búsqueda de trabajo, de contactos con instituciones y organizaciones de salud y bienestar etc.
18	Terapia	Tratamiento (rehabilitación y cura) de adicciones o trastornos tipificados (alcoholismo, fármaco dependencia, patologías de la alimentación, de la relación, del carácter o de la personalidad etc.)
19	Visita familiar	Petición que un operador visite la familia del demandante o del beneficiario.

6. Tipos de respuesta

Se trata en este caso de registrar lo que el operador hace, concretamente, para dar respuesta a la demanda formulada por la persona que establece el primer contacto. De la experiencia se han derivado algunas respuestas tipo.

1 Se da una cita	En este caso indicar en las notas la fecha y la hora, el lugar en el cual se atenderá a la persona, cuales personas se preve que asistan y el nombre del operador encargado de asistir.
2 Se da Información	Cuando se da información relacionada con la demanda o con otro tema. Es oportuno sintetizarla en las notas.
3 Consejo-Orientación	Cuando se hace una acción de counseling u orientación: es oportuno sintetizarla en las notas.
4 Derivación	Cuando se envia a la persona hacia otra institución u organización: es oportuno indicarlo en las notas.
5 Escucha inmediata/manejo de crisis	Se puede hacer una intervención en crisis en el momento del primer contacto.
6 Indicaciones o sugerencias operativas	Cuando se dan indicaciones sobre conductas, actitudes, estrategias en el manejo de situaciones mencionadas por el demandante. Se trata aqui tambien de una forma de Orientación y counseling.
7 Otro	

Resultados

Se trata de indicar en síntesis cual ha sido el éxito de la respuesta dada. Siendo un primer contacto es importante indicar casi exclusivamente si la persona siguió en contacto o si lo interrumpio.

1 Acudió a la cita	Indicar si alguien acudió a la cita acordada.
2 Siguió en contacto	Indicar si se ha mantenido el contacto a pesar de que nadie haya acudido a la cita acordada o si se ha mantenido el contacto de otra forma
3 Interrumpió el contacto	Indicar si no ha habido ningún otro contacto con el demandante o el beneficiario
4 Pasa a Recepción Diagnostica	Indicar si la persona ha sido recibida en otro servicio de la organización
5 Otro	

7. Observaciones y anotaciones del operador.

En manera resumida y sintética el operador que establece el primer contacto anota informaciones útiles para el seguimiento.

MAPA ECOLOGICO DE LA CRL



OBSERVACIONES _____

UNIDAD DOMESTICA DE PD



OBSERVACIONES _____

**ANEXO 3 FICHA DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD
I.A.P.-Fecha**

2.-Nombre: _____

3.-Dirección: _____

Calle número

Colonia Delegación

Ciudad o Municipio C.P.

Teléfono: _____

4.- Informantes: _____

5.- PERSONAS QUE HABITAN EN LA VIVIENDA (Ver hoja 2 del formato).

6.- VIVIENDA

VIVIENDA	A) SITUACION	B) MATERIAL		
		TECHO	PISO	PARED
Casa independ..				
Departamento				
Vecindad				
Otro				

7.- DISTRIBUCIÓN DE HABITACIONES:

	Independiente	Compartido	Colectivo
Baño			
Cocina			

Habitación	No. de personas	Otro uso
1		
2		
3		
4		
5		
6		

8.- SERVICIOS

A)AGUA	
Dentro de la vivienda	
Fuera de la vivienda	
En servicio público	
B) ENERGIA ELECTRICA	
Con contrato	
Sin contrato	
No tiene	
C) TELÉFONO	
SI	
NO	

9.- SALUD

¿En el último mes alguien de la familia se ha enfermado? SI _____ NO _____

Quien? _____

Motivo: _____

10.- EGRESOS MENSUALES.

CONCEPTO	SF1	SF2	SF3
A) ALIMENTOS			
B) RENTA			
C) SERVICIOS			
Luz			
Agua			
Gas			
Teléfono			
D) TRANSPORTE O GASOLINA			
E) EDUCACIÓN			
F) VESTIDO			
G) SALUD			
H) OTROS			
TOTALES			

Elaboró: _____

SISTEMA FAMILIAR 1 (SF1):

No.	Nombre	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Ingreso mensual	Servicio médico

SISTEMA FAMILIAR 2 (SF2):

No.	Nombre	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Ingreso mensual	Servicio médico

SISTEMA FAMILIAR 3 (SF3):

No.	Nombre	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Ingreso mensual	Servicio médico

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FESE:

- 1.- Fecha en que se aplica el estudio socioeconómico.
- 2.- Nombre del Paciente Designado.
- 3.- Dirección: Domicilio donde se realizará la visita.
- 4.- Informantes: Se escribirá el nombre de la persona o personas que reciba al E.O. en la casa y proporcione la información.
- 5.- Personas que habitan la vivienda: Se escriben los nombres de cada uno de los miembros de la familia, teniendo en consideración cada una de las características que se señalan en el cuadro de sistema familiar (SF) . Si dentro de la vivienda existe más de un sistema familiar se anotan los datos por sistema familiar, si comparten gasto entre dichos sistemas familiares, es importante tenerlo en cuenta para el llenado del tópico Núm. 11.
- 6.- Se llenará de acuerdo a las siguientes siglas:
 - A) SITUACION
 - P: Propia
 - PR: Prestada
 - R: Rentada
 - H: Hipotecada
 - OTR: En otra situación.

B) MATERIAL: En cada uno de los espacios correspondientes (Techo, pared, piso):

- ❖ LA: Lámina de asbesto
- ❖ LC: Lámina de cartón
- ❖ MD: Material de deshecho.
- ❖ CC: Concreto
- ❖ MX: Mixto
- ❖ AC: Acabados (alfombras, mosaico, madera, loseta, etcétera).

7.- Distribución de habitaciones:

A) BAÑO Y COCINA:

- Independiente: Si es el único uso que se le da al baño o a la cocina, según sea el caso.
- Compartido: Si aparte del uso antes mencionado, se le dá otro uso p.e. cocina-comedor, cocina-recámara, etc.
- Colectivo: Si lo usa más de una familia.

B) HABITACIONES: Se señala el número de habitaciones, el número de personas que hace uso de cada una de ellas y se indica si se le da otro uso a cada una de ellas.

8.-Alimentación familiar.

9.- se señala el tópico según las condiciones del servicio doméstico.

10.- Salud.

11.- Egresos: Se indica el gasto neto destinado a cada rubro de egresos. En caso de que sea un solo Sistema Familiar (SF1), se utiliza solo una columna. Si se trata de dos o más sistemas familiares se utilizarán las demás columnas. Si en algún rubro el gasto es compartido, se indicará con un asterisco (*) en que casos y a cuanto asciende para considerarlo en los egresos totales.

ANEXO 4.-TABULADOR DE CUOTAS

FOLIO: NOMBRE:	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		PUNTAJE
	100	200	300	400	500	600	
	A	B	A	B	A	B	
1.-Integrantes de la familia							
2-3					X		
4-5			X				
6-7		X					
8 a Más	X						
2.-Número de personas que trabajan							
1-2				X			
3-4					X		
De 5 a mas						X	
3.-Nivel de ingresos (del principal sostén económico)							
Mas de 1 hasta 2 salarios minimos	X						
Mas de 2 hasta 3		X					
Mas de 3 hasta 4			X				
Mas de 4 hasta 5				X			
Mas de 5 hasta 6					X		
Mas de 6 hasta 7					X		
Mas de 7						X	
4.-Nivel de egresos por familia							
Mas de 1 a 2 salarios minimos						X	
Mas de 2 hasta 3					X		
Mas de 3 hasta 4				X			
Mas de 4 hasta 5			X				
Mas de 5 hasta 6		X					
Mas de 6 hasta 7		X					
Mas de 7	X						
5.-Nivel de ingresos por familia							
Mas de 1 a 2 salarios minimos	X						
Mas de 2 hasta 3		X					
Mas de 3 hasta 4			X				
Mas de 4 hasta 5				X			
Mas de 5 hasta 6					X		
Mas de 6 hasta 7					X		
Mas de 7						X	
6.- Características de la Vivienda							
Tenencia							
a) Propia					X		
b) Prestada			X				
c) Rentada	X						
d) Otro (especificar)							
Tipo							
a) Casa							
b) Departamento							
c) Vecindad							
d) Otro (especificar)							
7.-Servicio Médico							
a) Seguridad social			X				
b) Privado				X			
c) Asistencia social		X					
TOTAL							

Se presentan los rangos a partir de los cuales se determinará según el nivel de cada sistema familiar la cuota correspondiente. Posteriormente, se integra una tabla incluyendo un aproximado de los salarios mínimos mensuales que se consideran como poder adquisitivo de la población atendida.

CUADRO 1

RANGOS / PUNTAJE		NIVEL	CUOTA		
			RESIDENCIAL	AMBULATORIO	FAMILIAS
1100	1400	1-A	600	300	300
1500	2100	1-B	800	400	400
2200	2800	2-A	1000	500	500
2900	3500	2-B	1200	600	600
3600	4200	3-A	1400	700	700
4200	5000	3-B	1600	800	800

CUADRO 2

SALARIOS MINIMOS MENSUALES	
1	\$ 1,309.5
2	\$ 2,619
3	\$ 3,928.5
4	\$ 5,238
5	\$ 6,547.5
6	\$ 7,857
7	\$ 9,166.5
8	\$ 1,0476

INSTRUCTIVO DE USO DEL TABULADOR DE CUOTAS:

1.- De acuerdo a los tópicos de la FESE, que van estrechamente relacionados con cada uno de los puntos del tabulador se llena este último:

- A) **Folio del expediente** que corresponde al caso, al cual se le ha aplicado el estudio socioeconómico.
- B) **Nombre del Paciente Designado** al cual corresponde el caso.
- C) **Integrantes de la familia:** Número de integrantes que componen a la familia y que comparten el gasto familiar. Se le asignan 500 puntos si la familia se compone de 2 a 3 miembro, ya que esto implica menores egresos económicos; 300 puntos a la familia compuesta por 4 o 5 miembros, 200 puntos a la compuesta por 6 o 7 miembros y 100 puntos a la familia compuesta por más de 8 miembros.
- D) **Número de personas que trabajan y que aportan al gasto familiar:** Se asignan 400 puntos a la familia cuyos miembros que trabajan son de 1 a 2; 500 a la familia cuyos miembros que trabajan son de 3 a 4 y 600 si los miembros de la familia que trabajan son más de 5.
- E) **Nivel de ingresos del principal sostén económico:** Se toma en cuenta el principal sostén económico y la cantidad a la que asciende su salario en salarios mínimos, de acuerdo a la tabla anexa de salarios mínimos. El puntaje asignado es directamente proporcional al número de salarios mínimos que obtiene:

RANGO	PUNTOS
Más de 1 hasta 2 Sal. Min.	100
Más de 2 hasta 3 Sal. Mín.	200
Más de 3 hasta 4 Sal. Mín.	300
Más de 4 hasta 5 Sal. Mín.	400
Más de 5 hasta 6 Sal. Mín.	500
Más de 6 hasta 7 Sal. Mín.	500
Más de 7 Salarios. Mínimos	600

- F) **Nivel de Egresos por familia:** De acuerdo al cuadro 11 de la FESE y a la sumatoria de los datos obtenidos como egresos; la asignación de puntos es inversamente proporcional a los egresos totales de la familia.

RANGO	PUNTOS
Más de 1 hasta 2 Sal. Mín.	600
Más de 2 hasta 3 Sal. Mín.	500
Más de 3 hasta 4 Sal. Mín.	400
Más de 4 hasta 5 Sal. Mín.	300
Más de 5 hasta 6 Sal. Mín.	200
Más de 6 hasta 7 Sal. Mín.	200
Más de 7 Salarios. Mínimos	100

- G) **Nivel de Ingresos por familia:** De acuerdo a los cuadros familiares considerados en el punto 5 de la FESE, en la columna de ingreso mensual y su sumatoria, se asignan los puntos de manera directamente proporcional a los salarios mínimos a los que asciende el ingreso total del sistema familiar:

RANGO	PUNTOS
Más de 1 hasta 2 Sal. Mín.	100
Más de 2 hasta 3 Sal. Mín.	200
Más de 3 hasta 4 Sal. Mín.	300
Más de 4 hasta 5 Sal. Mín.	400
Más de 5 hasta 6 Sal. Mín.	500
Más de 6 hasta 7 Sal. Mín.	500
Más de 7 Salarios. Mínimos	600

- H) **Características de la Vivienda:** De acuerdo a la situación de la tenencia de la vivienda, contenido este dato en el punto 6 de la FESE, se asigna:

SITUACION	PUNTOS	
Propia	500	600
Prestada	300	400
Rentada	100	200
Otro*		

En este punto es importante tener en cuenta las condiciones de la vivienda y las condiciones de hacinamiento que se puedan dar, por ello, la asignación será por ejemplo: de 500 o 600 puntos si la casa es propia y en óptimas condiciones, además de que los materiales son considerablemente costosos; o si es propia pero las condiciones son considerablemente “malas”, la asignación de puntos es de 500.

* Es importante tomar en cuenta condiciones como viviendas intestadas, en proceso de pago o hipotecadas, en estos casos, según las condiciones de la vivienda y el monto del pago, se apela al criterio del aplicador del instrumento la asignación de puntos.

Tipo de casa: se asigna el puntaje según el tipo de casa y las características de esta. En estos casos, según las condiciones de la vivienda y los materiales de construcción, se apela al criterio del aplicador del instrumento la asignación de puntos.

I) Servicio Médico: se asigna el número de puntos de acuerdo a:

SERVICIO MEDICO	PUNTOS
SEGURIDAD SOCIAL	300
PRIVADO	400
ASISTENCIA SOCIAL	200

J) Por último se hace la sumatoria de los puntos, de acuerdo al cuadro I del tabulador y de la modalidad a que ingrese el caso, se asigna la cuota.

ANEXO 5.-FORMATO DE REGISTRO DE CONTACTO INTERINSTITUCIONAL.

1.- FECHA EN QUE SE ESTABLECIO EL CONTACTO: _____

2.- NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN:

3.- RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN:

CARGO _____

NOMBRE _____

Teléfono: _____

4.- DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Teléfonos:

5.- PROBLEMATICAS QUE SE ATIENDEN:

6.- PERFIL DE LA POBLACION ATENDIDA:

7.- REQUISITOS PARA SOLICITAR ATENCIÓN:

8.- OPERADOR QUE REALIZO EL CONTACTO INTERINSTITUCIONAL:

BIBLIOGRAFIA

- *Crítica de la vida cotidiana* P. de Quiroga Ana.5ª. Ed. Cinco A.A. Argentina 1996
- *Drogas y Drogadicción, Un enfoque social y preventivo.* Yubero santiago, Coord. Universidad de Castilla, La mancha 2001.
- *Encuesta nacional sobre adicciones 2002.* Consejo nacional contra las adicciones, México 2003.
- *Historia de Hogar Integral de Juventud,* Polanco Frías Víctor Alejandro, HIJ I.A.P. México 2002.
- *Historia Elemental de las drogas,* Escotado Antonio, Ed. Anagrama. 1996.
- *Introducción a la Teoría de Sistemas.* Luhman. Universidad Iberoamericana. México 1996.
- *La Familia del adicto.* Kalina E. Buenos Aires: Nueva Visión. 1990.
- *La familia del toxicodependiente.* Cirilo, Stefano. Barcelona: Paidos-Ibérica.1999.
- *La Comunidad terapéutica, un desafío a la droga.* Goti, María Elena. Buenos Aires: Nueva Visión. 1990.
- *La comunidad Terapéutica para drogodependientes. Intimidad e implicación de los padres y éxito del tratamiento.* Kooyman, Martien. Trad. De Elías Mtz. Bilbao Mensajero 1996.
- *Lineamientos operativo 1995-1996s,* Hogar Integral de Juventud I.A.P. México, 1996.
- *Manual de Psicología ambiental.* Gómez del Campo José F., UIB, México 1998.
- *Manual de Trabajo grupal en Instituciones de Rehabilitación y comunidades locales.* Milanese. Efrem Cejuv. México, 2000.

- Manual de Trabajo Social. Sánchez Rosado, Manuel Comp. ENTS, UNAM México 1997.
- Prevención y Cura de la Farmacodependencia. Una propuesta comunitaria. Milanese Efrem, Merlo Roberto, Laffay Brigitte. México 2001.
- Prevención, Reducción del Daño y cura de las Fármacodependencias, experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en la acción. Caritas Arquidiócesis de México IAP, Hogar Integral de Juventud IAP. Centro Juvenil de Promoción Integral. A.C, Cultura Joven. México 1999.
- Programa Nacional para el control de las Drogas. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
- Psicología Social de la Comunidad. Palmonari Augusto y Bruna Zan. Buenos Aires, nueva Visión c1990.
- Psicología del lugar. Canter David, Ed. Concepto S.A. , México 1987.
- Redes que previenen I y II. Milanese Efrem, Merlo Roberto, Machín Juan. Instituto Mexicano de la Juventud. México. 2001.
- Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Bertalanffy, Ludwig Von. Fondo de Cultura Económica, México 1976.
- Tres Charlas a Sociedades Médicas. Bill W. AA. 10ª. Ed. México, 2003.
- www.opciónperú.org. artículo publicado en Internet. Lima Perú, 2004.