



REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS FUNCIONARIOS DEL SERVICIO
URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE POPAYÁN SOBRE LOS
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

TESIS DE MAESTRIA

RODOLFO JOSE MARIA SALAS LOPEZ

DIRECTOR DE TESIS

OMAR ALEJANDRO BRAVO

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOSOCIAL

SANTIAGO DE CALI

2017

Tabla de Contenido

1.	Introducción Justificativa	4
2.	Marco Legal en Colombia Sobre el consumo de SPA	5
3.	Consumo de SPA a nivel mundial y en Colombia	10
3.1	Pregunta	12
4.	Objetivos.....	12
5.	Marco Teórico	12
5.1.	Modelos de Intervención terapéutica para el consumo de SPA	12
5.2.	Modelo de las Representaciones Sociales y consumo de SPA	18
5.3.	Objeto de la intervención	22
6.	Metodología.....	23
6.1.	Participantes.....	23
6.2.	Instrumento.....	23
6.3.	Procedimiento.....	24
6.4.	Categorías	24
7.	HALLAZGOS	27
	Concepción del sujeto consumidor de spa.....	27
	Dinámica relacional entre interventor y el paciente	28
	Representaciones acerca de los procesos de enfermedad y cura en usuarios de drogas.....	29
	Técnica y ser del profesional en la intervención.	32
8.	Propuesta de intervención.....	36

7.1. Cronograma	37
9. Contenido de los Talleres	38
8.1. Fase 1. Función del Saber o Cognición Social	38
8.2. Fase 2. Función identitaria o de procesos de comprensión social	43
8.3 Fase 3. Función de orientación o como conducir comportamientos y prácticas	45
8.4. FASE 4. Función justificadora o de postura y comportamientos	48
10. Resultados Esperados	50
11. Referencias	52

1. Introducción Justificativa

En Colombia y en el mundo, el tema relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), es también un problema de salud mental. Por consiguiente, su relación con su concepción por parte de los equipos de salud se torna un tema relevante para el diseño de un proceso de intervención psicosocial.

Para lograr comprender la relación existente entre el equipo de salud y los consumidores de SPA, se plantea el modelo de las representaciones sociales, inicialmente propuesto por Moscovici en 1961 como una herramienta para explicar las conductas de los sujetos más allá de la interacción entre ellos, trascendiendo al marco cultural y las estructuras sociales.

Para llevar a cabo esta propuesta de intervención en equipos de salud del Hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ), se tiene en cuenta la relación de las representaciones sociales de los profesionales de estos equipos sobre los pacientes consumidores de SPA y su interacción con los mismos, teniendo en cuenta que son la primera línea de atención y respuesta a las emergencias de los sujetos con esta problemática.

La relación propuesta entonces, entre el modelo teórico y la problemática planteada, genera una oportunidad de aplicación de los conocimientos y estrategias desarrolladas a lo largo de la maestría en intervención psicosocial de la Universidad Icesi, permitiendo el planteamiento de una propuesta interventiva sobre las representaciones sociales de los funcionarios del servicio de emergencia del HUSJ y la respuesta institucional a las demandas de los consumidores de SPA en la ciudad de Popayán.

2. Marco Legal en Colombia Sobre el consumo de SPA

El primer indicio de control de sustancias psicoactivas en Colombia, se remonta al siglo XVII, Dionisio Pérez Manrique, presidente del Nuevo Reino de Granada, intenta de forma fallida, prohibir la elaboración, venta y consumo de chicha. Esta iniciativa se retoma en 1748, cuando se dicta una cédula real relacionada. En 1820, Simón Bolívar dicta un decreto amenazando la expropiación de bienes y expatriación a quienes vendieran chicha; esta iniciativa tampoco tuvo un alcance significativo (Pérez, 2015).

En Colombia el proceso de construcción de la política pública sobre el tema de consumo de sustancias psicoactivas inicia con la convención única de 1961 de la ONU sobre estupefacientes, en la cual se declara que "... uno de los métodos más eficaces para tratar a los toxicómanos consiste en tratarlos en establecimientos que no tengan acceso a los estupefacientes..." (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1961, p. 5). La misma se consolida y reconoce en Colombia a través de la ley 13 (Congreso de la República de Colombia, 1974). Posteriormente la ONU propone el convenio sobre sustancias psicotrópicas del 21 de febrero 1971, el cual es aprobado por la ley 43 (Congreso de la República de Colombia, 1980).

Debido al incremento mundial en el consumo de SPA, la ONU replantea los convenios anteriores a través de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988, el cual es reconocido en Colombia a través de la ley 67 (Congreso de la República de Colombia, 1993).

La ley 30 de 1986, denominada Estatuto Nacional de Estupefacientes y el Decreto 3788 de 1986, plantean los términos legales relacionados con el consumo, producción y administración de SPA. También se definen allí los conceptos en temas relacionados con la drogadicción y el consumo, temas relacionados con las campañas de prevención y programas

educativos para el control del consumo de SPA, alcohol y tabaco, al igual que los programas de rehabilitación para consumidores; adicionalmente, se determinan los delitos y sanciones relacionados a este tema (Congreso de la República de Colombia, 1986).

Entre 1990 y 1994, se despliegan una serie acciones legales que propenden hacia la reorganización del sistema nacional de salud en los temas relacionados con el consumo de estupefacientes y su prevención y tratamiento. Inicia este proceso la ley 10, la cual determina la presentación de los servicios de salud en todos los niveles, tales como el fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación de la población en general (Congreso de la República de Colombia, 1990). Posteriormente se integra la ley 124, la cual contempla y regula el consumo de bebidas alcohólicas a menores de edad y el Decreto 1108 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994).

A través de este decreto, se sistematizan, coordinan y reglamentan disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. En el mismo se determinan las acciones a emprender con la población de consumidores de SPA. Los determinantes de las acciones están orientados de acuerdo a los derechos y el enfoque de género. En el artículo 44 se expone que:

...la prevención integral es el proceso de promoción y desarrollo humano y social a través de la formulación y ejecución de un conjunto de políticas y estrategias tendientes a evitar, precaver y contrarrestar las causas y consecuencias del problema de la droga (Presidencia de la República de Colombia, 1994, p. 13).

Entre los años 2000 al 2010, emergen nuevas y mejoradas disposiciones técnicas e interventivas en los temas relacionados con el consumo de SPA. Mediante la resolución 412 de 2000, se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en

salud pública (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 2000). Es importante contemplar que, debido al incremento de consumo de SPA, se puede considerar este como un asunto de interés y salud pública. Posteriormente se sanciona la Ley 745 de 2002, por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia (Congreso de la República de Colombia, 2002).

Durante el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002), por primera vez el consumo de drogas se plantea como un elemento en la plataforma de gobierno. En el decreto 2193, se reconoce el daño causado a la población colombiana debido al consumo de SPA, y se proponen los primeros servicios de protección, promoción y recuperación de la salud en los temas relacionados con el consumo, creando el programa RUMBOS. Es importante resaltar que este programa fue desmantelado posteriormente por el gobierno de Álvaro Uribe (Presidencia de la República de Colombia, 1998).

En 2006 el senado de la Republica de Colombia emite la Ley 1098, denominada Código de infancia y adolescencia, en la cual se expresan temas relacionados con la protección, promoción y prevención del consumo de SPA en población de menores de edad. En el artículo 20 se encuentran especificados los temas de uso, comercialización y reclutamiento de niños y niñas en temas relacionados con las drogas y alcohol; estas acciones pretenden fortalecer las inicialmente emprendidas en los años 90 y son una reacción al incremento de consumidores reportados por sistemas de información nacionales (Congreso de la República de Colombia, 2006).

La ley 1122 de 2007 establece que la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado ESE, siendo que en cada municipio existirá una de estas. La misma expone que la salud pública está

constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país (Congreso de la República de Colombia, 2007).

Esta normatividad permite concentrar la atención y procesos de intervención en espacios con personal técnico capacitado y competente.

En el año 2005 se crea el observatorio de drogas, cuya función primordial se centró en la recolección de información relacionada con el narcotráfico y el control de la oferta de SPA; al mismo tiempo, a través de la resolución 1315 de 2006, se normatizan los centros de tratamiento para consumidores (Ministerio de Justicia y Derecho, *et al.*, 2013).

En el 2008 se elabora el plan nacional de reducción al consumo de drogas 2009-2010. Sus ejes temáticos giran alrededor de la prevención, mitigación, superación para los consumidores y capacidad de respuesta, las cuales pretenden movilizar esfuerzos para lograr los objetivos planteados.

La ley 1335 del 2009 normatiza el tema de políticas sobre prevención al consumo de tabaco y los daños relacionados con su consumo y la influencia en la salud de aquellos que no consumen, pero hacen parte del entorno social del consumidor (Congreso de la República de Colombia, 2009). Esta se complementa con el decreto 120 de 2010, en el que se tratan los temas relacionados con el consumo de alcohol; la ley 1566 de 2012, dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, asume la atención integral de los pacientes, reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como

una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado (Congreso de la República de Colombia, 2012). La atención debe ser integral a toda persona que sufra de trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos.

En el actual gobierno de Juan Manuel Santos, se propone la legalización del consumo de marihuana, la cual aún se encuentra en proceso de aprobación; se aprueba la ley 1566, por medio de la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consuman SPA, el tratamiento y rehabilitación de los adictos puede ser pagado por el estado, ya que se considera una enfermedad relacionada con la salud pública (Congreso de la República de Colombia, 2012).

También se propone el nuevo estatuto nacional de drogas para reemplazar el estatuto de estupefacientes, de tal manera que se pueda actualizar y contextualizar a la realidad de los consumidores en Colombia.

Para terminar, se encuentra la ley 1616 de 2013, denominada ley de salud mental, en la que se presenta el tema de salud mental como un derecho priorizado para niños, niñas y adolescentes. Aquí se considera a la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 2013).

En el artículo 12 de esta ley, se normatizan las condiciones para la prestación de los servicios de salud mental, en el artículo 13 se presentan los centros de atención a la

drogadicción y servicios de farmacodependencia como modalidad de servicio y en los artículos 19 y 20 se propone la formación a los equipos básicos, así como el mejoramiento continuo del talento humano (Congreso de la República de Colombia, 2013).

3. Consumo de SPA a nivel mundial y en Colombia

En el informe mundial sobre drogas realizado por ONU (2008), se destaca que mueren 200.000 personas por año debido al consumo, y entre 172 y 250 millones de personas refieren haber consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el año anterior; el rango de edad preponderante está entre los 15 y 20 años de edad. En Colombia, los trastornos psiquiátricos asociados al uso de SPA ocupan el tercer lugar de prevalencia, con un 22.2% del total de la población, la cual está relacionada con el consumo de SPA. Este porcentaje es encabezado por el consumo de alcohol, con un 6,7% del total de la población encuestada (Ministerio de Protección Social [MPS], 2003).

La historia de la producción y consumo de SPA, en Colombia está directamente asociada entre sí, aunque se haya obviado esta condición por razones políticas; de igual forma, Colombia, España y Tailandia, son pioneros en la formulación de un plan nacional de prevención, en Colombia este plan, se ha venido desarrollando desde 1985, en el, se han implementado actividades puntuales de campañas o iniciativas de corto alcance, sin gran impacto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El consumo de drogas se ha incrementado en los últimos años en Colombia, donde el 8,7% de la población reporta haber consumido SPA al menos una vez en su vida; además, se informa que el incremento en el consumo de bazuco fue del 31% mientras que el de cocaína fue del 119% (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013). Estos indicadores evidencian que la problemática es creciente y por consiguiente demanda la construcción de modelos de intervención ajustados a los contextos reales.

De acuerdo al estudio nacional de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas ocupan el tercer lugar. 1 de cada 100 colombianos presenta abuso en el consumo de sustancias psicoactivas y 1 de cada 15 presenta problemas con el consumo de alcohol. En el estudio nacional de consumo de drogas de 2008, se evidencia que el 35% de los consumidores de alcohol presenta problemáticas de adicción, esto equivale a 2,4 millones de personas, el 1,5% de la población podría ser considerada en abuso o dependencia.

Los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia del 2008, reportan que el consumo de marihuana representa el mayor porcentaje de uso, seguida por el consumo de cocaína, bazuco y éxtasis; producto de este consumo entre el 13% y 45% presenta enfermedades mentales como los trastornos de la personalidad, bipolar o depresión entre otros; adicionalmente se presentan alteraciones de la salud asociados a la sustancia y la vía de administración (Hernández, 2010).

El Ministerio de la Protección Social realizó un diagnóstico situacional de centros de atención de drogadicción (CAD) en 2004. En este informe se presenta el inventario de instituciones prestadoras del servicio de desintoxicación, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social y laboral, además es importante resaltar que pocas entidades tenían recurso humano con formación específica y muchas de ellas no presentaron información organizada sobre los pacientes y su desenlace en los procesos de intervención, estas condiciones de nuevo denotan las dificultades y retos en el mejoramiento de los procesos de intervención con población que consume SPA.

Una vez planteados los modelos de intervención y el diagnóstico situacional en Colombia, es importante considerar variables importantes para el tratamiento en adicciones, tales como la multiplicidad de aproximaciones, la temporalidad en el consumo, la necesidad

del consumidor y, sobre todo, la necesidad de que los procesos de intervención sean evaluados y modificados constantemente. Este último tópico justifica el diseño de un proyecto de intervención que considere las representaciones sociales de los interventores (equipo de urgencias) y su aproximación hacia los consumidores de SPA.

A partir de estas consideraciones, se formula la siguiente pregunta, sobre la que se estructura esta propuesta de intervención.

3.1 Pregunta

¿De qué manera las representaciones sociales de los funcionarios del servicio de emergencias del Hospital Universitario San José de Popayán pueden afectar los procesos de atención e intervención de los pacientes que presentan consumo de sustancias psicoactivas?

4. Objetivos

Reconocer las representaciones sociales que presentan los funcionarios del servicio de salud de la ESE Popayán sobre los consumidores de sustancias psicoactivas.

Identificar la relación existente entre las representaciones sociales y la aproximación a los pacientes usuarios de drogas que acceden al servicio de salud.

Formular una propuesta de intervención psicosocial que permita incorporar un nuevo paradigma de atención a usuarios de drogas, desde la perspectiva de la reducción de daños, entre profesionales de la unidad de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán

5. Marco Teórico

5.1. Modelos de Intervención terapéutica para el consumo de SPA

En el documento de lineamientos para la política pública frente al consumo de drogas, se encuentran 4 modelos de regulación jurídica de las SPA. El primero considera la prohibición extrema, el cual se ha denominado “guerra a las drogas”, en este modelo,

el consumo y tráfico es penalizado con severidad como estrategia de erradicación. El segundo modelo se denomina, reducción de daños, el cual pretende reducir el daño asociado al abuso de las drogas, opta por la despenalización del consumo para evitar la marginalización del consumidor, manteniendo la penalización para producción y distribución de SPA. El tercer modelo, denominado políticas de “legalización vigilada” o regularización, en la que se permite el consumo de dosis personales de SPA y se regula el consumo de alcohol y tabaco, regulando también la publicidad y venta a poblaciones específicas (menores de edad, mujeres embarazadas y población vulnerable), tratando de evitar la existencia de mafias que controlen el mercado. El cuarto modelo, denominado “liberación”, en el que algunas sustancias como alcohol y tabaco se consideran un objeto del mercado y su consumo y comercialización son de libre aproximación basados en la autonomía del sujeto frente a su salud (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013).

Por otra parte, el modelo de Pons (2008) propone dos formas de consumo abusivo de SPA: uno cuantitativo, en el que se considera que la frecuencia y volumen de una sustancia puede sobrepasar los límites para el mantenimiento de la salud de una persona, y otro cualitativo, en el que se asocia el consumo a circunstancias particulares, independientes de la frecuencia de uso. Estas dos categorías son útiles en la definición futura del tipo de usuarios a los que se enfrentan los funcionarios del servicio de Urgencias del HUSJ de Popayán.

Así mismo, desde el modelo biológico, se presenta la desintoxicación y abstinencia bajo cuidados médicos como una alternativa en la que el consumidor libera el cuerpo de las drogas, generando efectos secundarios causados por el síndrome de abstinencia. Este proceso no aborda parámetros psicológicos, sociales o de la conducta, dificultando la posibilidad de generar cambios relativamente permanentes en el tiempo. La desintoxicación se maneja con

medicamentos suministrados por equipos médicos y es útil en el tratamiento de efectos fisiológicos agudos (NIDA, 2010).

El modelo denominado de Comunidad Terapéutica (CT), enfatizan su tratamiento en la “resocialización” del paciente, articulando de forma activa a la comunidad entera en el programa. Centra su atención en el desarrollo de la responsabilidad personal y posibilidad de articulación del sujeto a una vida socialmente productiva. El tratamiento permite que los pacientes confronten estructuras de pensamiento propias y se propone un modelo de reestructuración cognitiva para el desarrollo de competencias de interacción social (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia [CAPDC], 2013).

La terapia cognitivo comportamental se fundamenta en la teoría del aprendizaje, la cual propone una serie de estrategias que apuntan al autocontrol en el consumo a través de técnicas de exploración de consecuencias positivas y negativas del mismo, el auto monitoreo y la elaboración de estrategias de afrontamiento y evitación de situaciones de alto riesgo y deseo de consumo. estas técnicas permiten que el sujeto que consume, reasigne un valor cognitivo a sus acciones a través de un programa de recompensas o reforzadores que redirección en esa conducta (CAPDC, 2013).

“Por otro lado, el enfoque de refuerzo comunitario con comprobantes (CRA), es una propuesta de intervención intensiva de 24 semanas, que pretende que el sujeto contenga la abstinencia durante suficiente tiempo como para que asuma nuevas estrategias de vida que sostengan el proceso de abstinencia al consumo de SPA o bebidas alcohólicas. Aquí el paciente redefine su proyecto de vida hacia una propuesta adaptativa, disminuyendo el consumo (NIDA, 2010).

La terapia de facilitación de 12 pasos, es una estrategia de compromiso activo, que se compone de tres aspectos fundamentales: la aceptación en la que el sujeto asume una posición

autocrítica frente al consumo y su control del mismo; la entrega, en la que el sujeto asume que hay control superior y externo el, este sirve como apoyo en el proceso de recuperación, y un tercero que es la participación activa en las reuniones de 12 pasos y actividades afines (Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2010). Así como los modelos anteriormente expuestos, este, basa sus acciones e intenciones en el logro de generar abstinencia en el paciente como alternativa de intervención (NIDA, 2010).

En la década de los 80, se crea el modelo de reducción de daños, ya mencionado, que surge como una respuesta al alto índice de infección por el virus VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Este modelo se basa en el acceso amplio a los usuarios de drogas, promoviendo el incremento en su calidad de vida, con una clara intención de minimización de las consecuencias nocivas del consumo de SPA (Bravo, 2007).

Las políticas de reducción de daños enfatizan la prevención, incorporando a los interesados y a la comunidad en la planificación y ejecución de las acciones y se focaliza en la reducción de las consecuencias negativas del consumo, sin darle foco único a la abstinencia (Bravo, 2007).

La reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo reducir los daños asociados con el uso de drogas psicoactivas en personas que no pueden o no quieren parar. Las características definitorias son el enfoque en la prevención del daño, más que en la prevención del uso de drogas en sí, y el enfoque en las personas que siguen consumiendo drogas (Harm Reduction International [HRI], 2017). Considera que no todas las personas necesitan tratamiento, aquella que, si lo necesitan y desean, se les ofrecen opciones que ayudan a minimizar el riesgo de daño a sí mismos, mientras continúan su consumo, permitiendo incrementar su calidad de vida.

Este modelo focaliza su intención en la detección de la causa de los riesgos, sus daños y las decisiones sobre las intervenciones apropiadas (HRI, 2017). Esto implica la consideración de variables relevantes para el proceso de intervención, tales como, la edad y el género, entre otras, permitiendo evaluar el grado de vulnerabilidad de los consumidores.

Lo anteriormente expuesto, permite entender que este modelo es práctico, factible, eficaz, seguro y rentable, ya que basa sus acciones en evidencias sólidas disponibles, permitiendo maximizar los recursos de inversión y el impacto sobre la población beneficiaria (HRI, 2017).

El ejercicio profesional sobre este modelo, valida y reconoce la importancia de los cambios en la forma de vida de los sujetos, sin importar su dimensión. Pretenden realizar un desplazamiento desde formas de intervención coercitivas a otras de carácter más propositivas (basadas en facilitadores), sustentando sus estrategias en las necesidades del sujeto en el momento actual de su vida, sin generar juicios de valor y contemplando diferentes esferas de actuación del mismo (familia, amigos, historia de vida, entre otros).

El modelo de reducción de daños se convierte entonces en una de las principales referencias en la construcción de esta propuesta. No obstante, es relevante la consideración de otros modelos que podrían complementar la posición expuesta anteriormente, así como la propia consideración del objetivo de una intervención dirigida a usuarios de drogas.

En este sentido, Hernández (2010) expresa que “Un tratamiento de rehabilitación puede definirse como el conjunto de estrategias e intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas, y para aumentar y optimizar el desempeño personal y social” (p. 158). Esta premisa caracteriza la categoría de interacción entre los funcionarios de servicio de salud y los consumidores. Es relevante resaltar que las definiciones expuestas no contemplan los aspectos o impactos causados con

la interacción o preconcepción del funcionario que trabaja con la población de consumidores.

En el tratamiento de rehabilitación a consumidores, la proporción de “contención y seguridad a los pacientes en un ambiente seguro y controlado” (Hernández, 2010, p. 158). Es un factor relevante; adicionalmente, se contemplan variables como las familiares y motivacionales, las cuales son elementos importantes en la rehabilitación y determinantes en los procesos de adhesión al tratamiento. Estos puntos se convierten en un enlace importante con la propuesta planteada en este documento, en la medida en que los sujetos prestadores del servicio serían el vínculo conector y sus representaciones del consumidor podrían afectar la experiencia del beneficiario del servicio.

Según la OMS, el proceso de rehabilitación inicia cuando los usuarios de SPA entran en contacto con un proveedor de servicios de salud (Hernández, 2010). Al definir tanto el proceso de tratamiento como de rehabilitación, en los manuales de intervención se describen en detalle los procesos de manejo de la enfermedad, pero se omite la forma en que los funcionarios participan de este proceso y como sus imaginarios y preconceptos pueden afectar el proceso de intervención.

Como se evidencia en lo anteriormente expuesto, los planes de acción del Estado se encuentran orientados hacia la prevención de los cultivos, el procesamiento y comercialización de las SPA, pero los procesos de intervención sobre los consumidores no están presentes, al igual que el impacto de las representaciones sociales de los funcionarios en el diseño y sostenibilidad de los consumidores en los programas de intervención en adicciones.

En lo que hace a la expresión local de estos planes, de acuerdo al Plan Departamental de Reducción de la Oferta de Sustancia Psicoactivas Cauca, se plantean 8 temáticas

relacionadas con la identificación de problemas relacionados con la oferta de sustancia ilícitas. Dichos núcleos son la presencia de cultivos ilícitos en el departamento, el micro tráfico, reclutamiento de menores para el procesamiento de sustancias, participación de los grupos al margen de la ley y el tráfico de insumos para el procesamiento de sustancias entre otros. Estos factores generan las condiciones óptimas para el consumo de SPA.

Los núcleos temáticos planteados por el Departamento no incluyen los procesos de intervención sobre los consumidores de SPA y mucho menos el tratamiento por parte de los estamentos de salud, quienes deben asumir los procesos de promoción y prevención del fenómeno en cuestión.

Teniendo en cuenta lo anterior, y de acuerdo a los principios propuestos por el Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas (NIDA), en los cuales se consideran que los tratamientos a la adicción a las drogas deberán ser evaluados y modificados constantemente para asegurar que se atiendan las necesidades del cliente (Hernández, 2010) se contempla la necesidad de articular propuestas de intervención y actualizarlas a las condiciones reales de los consumidores de la región.

5.2. Modelo de las Representaciones Sociales y consumo de SPA

Considerar el modelo de Representaciones Sociales (RS), implica la descripción y comprensión del mismo como una herramienta social relevante. En ella se logra entender como las personas referencian, clasifican, explican y evalúan los objetos sociales, mediante los procesos de comunicación que permiten construir formas de comprender el mundo, incorporadas como sentido común.

En lo que hace al origen de esta teoría, en 1961 Moscovici, publicó su tesis doctoral “La psychanalyse, son imàge et son public”, en la cual presenta la noción de RS, en la que se estudia como las personas construyen y son construidas por la realidad social. Este fue el

punto de partida de su teoría, cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción de la realidad (Banchs (citado por Araya, 2002).

La noción de representación colectiva, anteriormente planteada por Durkheim, desde una perspectiva sociológica positivista, es una de las referencias iniciales para la definición del concepto de RS. Durkheim acuña el concepto de representaciones colectivas, permitiendo identificar el fenómeno social que da cabida a la construcción de las representaciones individuales, evidenciando dos categorías, una variable y efímera y otra universal, impersonal y estable (Araya, 2002), dentro de una perspectiva teórica que apuntaba a consolidar un orden social libre de tensiones y desajustes.

Algunos de los postulados de Durkheim son replanteados por la teoría de Moscovici, quien considera que la sociedad no es algo que se impone desde fuera del individuo, siendo los hechos sociales como una fuerza externa. En sentido contrario, entiende a la sociedad, los individuos y las representaciones como construcciones sociales (Araya, 2002).

Posteriormente, Schutz (1954), desde la fenomenología viene a contribuir con este modelo teórico, permitiendo también tomar distancia de esta referencia positivista inicial (Araya, 2002).

Así mismo, otros autores como Lucien Levy-Bruhl (1949), desde los estudios sobre los mitos o formas de pensamiento de las sociedades primitivas, Piaget con los postulados sobre la construcción de la representación desde el desarrollo individual-social, Freud con su obra “Psicología de las masas y el análisis del yo”, en la que se evidencia el ser humano como ser social, Heider (1958), con la psicología del sentido común, quien pretende descubrir como los sujetos perciben y explican su comportamiento y el de los demás en situaciones de la vida cotidiana y finalmente Berger y Luckman (1991), quienes parten del supuesto de que la

realidad se construye en la vida cotidiana y la sociología del conocimiento debe estudiar los procesos por medio de los cuales se genera el conocimiento hacen entonces a las bases epistemológico- teóricas de las representaciones sociales. Encontramos pues, en este recorrido epistémico, las bases de esta teoría (Araya, 2002).

Se pueden destacar tres dimensiones de importancia, entre otras, en lo que hace a los conceptos fundamentales de esta teoría, que son la actitud, la información y el campo de representación (Moscovici, citado por Araya, 2002).

La actitud consiste en una estructura de la orientación conductual de los sujetos, la cual tiene por función la regulación y dinamización de su acción, permitiendo la orientación positiva o negativa de una representación y expresar el aspecto afectivo de la misma (Araya, 2002). Este aspecto se torna útil, en la medida en que permite comprender como los funcionarios del servicio de emergencias construyen una estructura emocional que influye en la aproximación a los consumidores.

La información permite identificar la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman las personas en sus relaciones cotidianas. Esta surge de un contacto directo con el objeto y de las prácticas que se desarrollan en relación al mismo (Araya, 2002).

Como ultima dimensión, se encuentra el campo de representación, el cual refiere el orden y jerarquía de los elementos que configuran la RS, definiendo el tipo de organización interna que adoptan estos elementos cuando quedan integrados a la representación (Araya, 2002). Este proceso permite que en los sujetos consoliden opiniones, creencias, actitudes, vivencias y valores.

Las RS se constituyen a partir de dos mecanismos principales: la objetivación y el anclaje.

La objetivación puede ser comprendida como el agenciamiento y la forma de los conocimientos relativos al objeto de una representación social

Para Lacolla (2005), la objetivación, se define como una operación formadora de imagen y estructurante, permitiendo la reinterpretación de conceptos abstractos definidos científicamente.

El mismo reconoce tres fases (Jodelet, citado por Araya 2002), la construcción selectiva, en la cual se retienen selectivamente elementos que posteriormente se organizan autónomamente; el esquema figurativo, donde se estructura y objetiviza el discurso en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras iconizando las ideas; y por último, la naturalización, donde la transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en realidad con existencia autónoma.

El Anclaje permite la integración de la información respecto al objeto en el interior del sistema de pensamiento del sujeto, dando lugar a las innovaciones de los elementos no familiares al sujeto, permitiendo de esta forma el enraizamiento social de la representación social y su objeto (Lacolla, 2005).

En lo que hace al objeto de estudio de las representaciones sociales, se deben destacar dos fenómenos principales: la ideología y la comunicación. La primera abarca a los sistemas de representaciones y actitudes que integran la realidad social, donde se incluyen los estereotipos, por ejemplo; la comunicación refiere a los medios lingüísticos y no-lingüísticos utilizados transmitir información.

Juan Claude Abric expone cuatro funciones esenciales: la del saber, donde se permite entender y explicar la realidad; las funciones identitarias, donde se define la identidad y permite la salvaguarda de la especificidad de los grupos; la función de orientación, donde se

conducen los comportamientos y las practicas, y por último, la función justificadora, la cual permite justificar *a posteriori* las posturas y los comportamientos (Abric, 2001).

La construcción relacional entre los sujetos quienes consumen SPA y los funcionarios de salud que actúan en la primera línea de respuesta, necesitan ser comprendidas para poder realizar los ajustes necesarios en los procesos de intervención. El modelo de RS puede contribuir a este propósito.

En este sentido, los sujetos prestadores del servicio de emergencias aquí considerado poseen representaciones sociales, que generan una serie de conductas en la atención al usuario de drogas que podrían ser perjudiciales para su salud y para el proceso general de atención al mismo.

5.3. Objeto de la intervención

El servicio de emergencias del HUSJ de Popayán se encuentra localizado en el primer piso del hospital, ofrece sus servicios las 24 horas del día, recibiendo, un sinnúmero de pacientes de diferentes características, inclusive los pacientes con lesiones o efectos del consumo de SPA.

A través de los talleres de intervención, se pretende que los funcionarios del servicio de emergencias del HUSJ, asuman una posición de cambio hacia los pacientes consumidores de SPA, generando una respuesta acorde a lo planteado por la ley.

El hacer conciencia de su representación respecto a la comunidad de consumidores, permite plantear nuevas propuestas y estrategias de intervención, partiendo del reconocimiento de sus propios esquemas mentales, generando la oportunidad de intervenir esta población desde ángulos novedosos.

6. Metodología

Identificar las características principales de las RS de los funcionarios del servicio de emergencias antes mencionado en relación al usuario de drogas, permite organizar un diagnóstico situacional.

Sobre en este diagnóstico, se puede plantear la posibilidad de construir una propuesta de intervención, la cual estaría ajustada a las condiciones particulares del contexto, generando una oportunidad de transformación de las políticas y prácticas de intervención del HUSJ dirigidas a ese público.

Teniendo en cuenta que Moscovici sostiene que la teoría de las representaciones sociales tiene dos componentes fundamentales que son el contenido y su organización, se pretende

La utilización de métodos que por una parte busquen identificar y hacer emerger los elementos constitutivos de la representación, y por otra conocer la organización de esos elementos e identificar la representación. Finalmente, si es posible, verificar la centralidad y la jerarquía manifiesta (Abric, 2001, p.27).

6.1. Participantes

10 Funcionarios del servicio de salud que tengan incidencia en los procesos de intervención y rehabilitación de los pacientes consumidores de SPA vinculados a la unidad de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán. La población estaría conformada por la coordinación de unidad de emergencias (1 médico), 2 profesionales de salud en medicina y 7 auxiliares de enfermería.

6.2. Instrumento

La técnica de grupo focal surge a mediados del siglo XX y pretende conocer con rapidez, profundidad y eficiencia opiniones sobre asuntos de interés social; es una estrategia

que apunta a niveles profundos de la conciencia, mostrando las formas de influencia y resistencia social, origen y ocaso de tendencias de opinión pública (Montero, 2009).

El grupo focal presenta 7 características básicas que son el carácter colectivo, su capacidad de interacción entre los participantes, la presencia de un moderador, la posibilidad de asumir la información en ambiente informal, la de que el foco atencional se centra en las experiencias subjetivas de los participantes, la competencia del moderador en la gestión del grupo y la transcripción de la discusión (Montero, 2009). Todas estas condiciones hacen de esta técnica una opción elegible para el proceso de construcción del diagnóstico institucional mencionado.

6.3. Procedimiento

El grupo focal se implementará con 10 funcionarios del servicio de emergencias del HUSJ Popayán, quienes cumplen con los criterios de inclusión. El lugar en el cual estas actividades se llevarán a cabo será el de las instalaciones del HUSJ Popayán. El tiempo estipulado será de una a dos horas.

Se entregará a cada participante un consentimiento informado, que será leído y explicado. Una vez firmado, al participante se le entregará una copia del mismo.

A partir del grupo focal, se pretende que las experiencias y relatos de los funcionarios, permitan visualizar los elementos de su RS en relación a los sujetos que consumen SPA, generando la posibilidad de reconocerse y reconfigurar su posición personal en el servicio de emergencia del HUSJ de Popayán.

6.4. Categorías

Para este diagnóstico mencionado se establecen cuatro categorías de análisis:

- Concepción del sujeto consumidor de spa: con esta categoría se pretende determinar cuáles son las ideas elaboradas de los trabajadores de la salud frente

al consumidor de SPA en general, es decir, su estilo de vida, hábitos, relación con el entorno.

- Dinámica relacional entre interventor y el paciente: se busca establecer como a partir de la práctica profesional, el trabajador de la salud establece un acercamiento con el paciente, las formas de interacción y la influencia de ésta en la permanencia o no del paciente en su tratamiento.
- Representaciones acerca de los procesos de enfermedad y cura en usuarios de drogas: a través del proceso de intervención se permite reconocer la representación que los profesionales han construido respecto del consumidor y como se puede intervenir, generando un reconocimiento de los alcances y limitaciones de sus planteamientos.
- Técnica y ser del profesional en la intervención: la articulación del ser y el hacer y el resultado de ésta en la adhesión del paciente al tratamiento frente al consumo de SPA.

Una vez hecho este análisis, a manera de diagnóstico, y considerando los principales elementos que de allí se desprendan, se procederá a realizar una intervención dirigida a estos mismos participantes, dirigida a modificar estas representaciones que operan como obstáculo para una intervención amplia y eficaz.

7. HALLAZGOS

En este apartado se reportan apartes de los discursos emitidos por los funcionarios del servicio de emergencias del HUSJ de Popayán, de acuerdo a las categorías planteadas para la construcción de la propuesta de intervención.

Concepción del sujeto consumidor de spa.

A través de esta categoría, se extraerán los apartes del contenido del discurso de los funcionarios del servicio de urgencias del HUSJ, teniendo en cuenta la forma en la que se percibe al consumidor.

Sujeto 1: ... a mí me inspira, realmente ehh, no sé cómo usar el término, si lastima o dolor ajeno, porque me parece que está en una encrucijada muy difícil de salir y esa ansiedad, esa, esas ganas de querer ehh poder luchar contra eso tan fuerte que es esa dependencia ... ellos se vuelven muy agresivos y la mirada es penetrante, ehh lo miran a uno con rabia, ehh otros momentos lo miran a uno como con esa esperanza de que uno es la cura, la corrección de eso que ellos padecen, ehh desde donde yo los veo yo siento dolor ajeno

Sujeto 1: ... a mí personalmente me causa mucha tristeza, pero también me mucho miedo

Sujeto 2: ... son pacientes muy difíciles de controlar porque permanecen con el deseo constante de consumir las drogas, entonces, mmm, son de difícil manejo

Sujeto 5: Normalmente llegan aquí muy agresivos...

Sujeto 5: ...es un paciente sumamente ansioso

Sujeto 6: ... yo lo primero que hago es pensar en mi familia

Se evidencia un común denominador en la mayoría de los funcionarios frente a la sensación que producen estos pacientes, el temor frente a su seguridad se enlaza con la

sensación de tristeza que reflejan su condición física que presentan los sujetos, permitiendo emerger una lectura ambigua frente a la aproximación al consumidor

Adicionalmente se distingue una necesidad apremiante de evitar que las condiciones de los sujetos se vean reflejadas en sus propias familias, enlazando y alejando de forma implícita la posibilidad de que uno de los miembros cercanos a ellos puedan presentar esta problemática

Lo expuesto con anterioridad, da lugar a puntos importantes en la construcción de la propuesta de intervención, emociones ancladas como el temor, la tristeza o la posibilidad de que un miembro de la familia presente consumo y consulte al servicio, son útiles en el diseño del modelo de intervención.

Dinámica relacional entre interventor y el paciente

La dinámica de interacción entre los funcionarios del servicio de emergencias del HUSJ y los consumidores, es una variable importante para la construcción del modelo de intervención, ya que evidencia la forma de construir y resolver las problemáticas y soluciones desde la cotidianidad, permitiendo evidenciar las dinámicas relacionales.

Sujeto 1: ... ellos cuando uno los va pues a acoplar a que tienen que recibir el manejo y todo eso, ellos se vuelven muy agresivos y la mirada es penetrante, ehh lo miran a uno con rabia, ehh otros momentos lo miran a uno como con esa esperanza de que uno es la cura, la corrección de eso que ellos padecen, ehh desde donde yo los veo yo siento dolor ajeno

Sujeto 2: ... los observo durante su estancia, y pues son pacientes muy difíciles de controlar porque permanecen con el deseo constante de consumir las drogas, entonces, mmm, son de difícil manejo, toca hacer muchas cosas ... ocasionan bastante reacción en el equipo, porque toca invertir más tiempo, porque uno no está seguro con ellos en cualquier momento puede pasar algo con ellos

Sujeto 5: ... normalmente llegan aquí muy agresivos, entonces obviamente uno tiene que estar del lado de uno, primero que todo pues, aparte de salvaguardarse también a uno mismo, pero también a la parte de entrar mucho al diálogo y tratar como de general algo en él para poder que se calme un poco

En esta categoría podemos evidenciar la lectura de los funcionarios respecto a su seguridad ante las respuestas de los consumidores, el hecho de concebir al consumidor como un agente de riesgo y agresión, puede limitar la posibilidad de construir líneas de comunicación efectivas para el manejo y tratamiento de los pacientes.

Entre los funcionarios refuerzan el mensaje de temor y protección frente a los pacientes que consumen, aunque en algunos apartes, se logran dilucidar la posibilidad de incluir el dialogo como una herramienta de trabajo para con los consumidores, esta condición abre una brecha de trabajo importante en el diseño de la propuesta.

Representaciones acerca de los procesos de enfermedad y cura en usuarios de drogas.

El grupo focal, pretende reconocer la representación que los profesionales han construido respecto del consumidor y como se puede intervenir, generando un reconocimiento de los alcances y limitaciones de sus planteamientos.

Sujeto 1: Es una enfermedad porque ellos dependen de eso y cuando no la tienen, tienen comportamientos inapropiados que son conductas que no se adaptan a la sociedad, entonces se vuelven agresivos y son una amenaza social en ese momento

Este primer relato contiene información importante sobre la concepción del problema como una enfermedad que se ve representada a través de conductas de violencia que se tornan en problemáticas sociales, se evidencia en ellos, aun reflejos sobre el temor de ser agredidos lo cual invita a una distancia de intervención que les protege de posibles riesgos en el servicio.

Sujeto 1: ... cuando llegan aquí, la familia sabe ya, o sea la familia de una dice no mire lo que pasa es que él está agresivo en casa, él está agresivo con mi mamá, la golpió, hizo una cosa, hizo otra, nos roba, ehh ¿cierto? Entonces uno no tiene que adivinar porque la familia ya viene con esa información de base, y que ya viene con conductas inapropiadas, entonces por eso lo traen acá al hospital, o sea realmente identificar que el paciente sea farmacodependiente, no es problema, además ellos tienen características físicas propias de ellos.

Sujeto 1 ... por lo general, la familia ya la trae en la mano, porque ya es un problema que se presenta en ese momento en casa, aquí pues ya se corrige esa fase de ansiedad, de agresividad, el paciente se tranquiliza, se ceda, entonces adopta otro comportamiento

Sujeto 5 ... son muchachos generalmente jóvenes que de pronto tienen o sea, muchas veces se puede adecuar a un contexto social de pobreza y todo, pero también llegan los casos donde son de buenas familias y llegan con un tipo de problema como es el consumo de sustancias, entonces uno le da tristeza por el hecho de que son personas con un futuro, con una familia y que se trastornan totalmente el ambiente, o sea no solamente a nivel familiar si no social y todo

Sujeto 6: ...para mí es difícil porque yo tengo sobrinos que ya están en una etapa de adolescencia, entonces y, tengo muchos familiares que están en esa etapa, entonces por ejemplo llegan esos jóvenes y yo lo primero que hago es pensar en mi familia, yo digo, o sea, tenaz la parte de los papás, como ese sufrimiento con el que ellos llegan a veces, y dicen, vea mi hijo está así y así, entonces yo lo primero que pienso es en mis sobrinos por ejemplo, entonces yo digo, muy duro esa situación y que mi familia tuviera que pasar por eso.

Sujeto 7: ... pues uno siente un dolor ajeno, y desafortunadamente uno se lleva eso como a su núcleo familiar, uno lo empieza a relacionar ¿qué tal si fuera mi familia, mis sobrinos? Bueno, entonces uno empieza a sentir ese dolor ajeno, a ver a la familia pues, con ojos de tristeza porque sabemos y entendemos que es una situación muy difícil de sobrellevar, ehh, jóvenes desafortunadamente tiran a la borda su vida, es muy difícil salir de esa situación, y uno entiende que las consecuencias a corto mediano y largo plazo, pues son nefastas

Sujeto 7: ... aquí llega gente que se ve, o sea, tú desde que entra una persona, o sea la apariencia de la familia y todo, tú ves que tiene recursos, que por ejemplo el joven que llega con su buena ropa, es esa persona que tiene sus comodidades

El segundo elemento entregado en estos apartes, se relaciona con el papel de la familia y la condición económica de la misma, permitiendo reconocer el papel importante que refleja en la concepción del consumidor, la concepción de familia genera un vínculo significativo que puede ser usado en el cuerpo de los talleres para la reconstrucción de la relación entre los consumidores y los funcionarios.

Sujeto 7: ... yo siento tristeza de las personas

Sujeto 8: ... no es que a uno le da tristeza, así no sean nada de uno, es tristeza

Sujeto 9: ... generalmente son personas que necesitan ayuda, toda la ayuda del mundo, pues para ver si se pueden rehabilitar dentro de la sociedad

Sujeto 9: ...los caracterizo pues, como personas que necesitan una ayuda extra, que son personas que de pronto han perdido como el rumbo

Sujeto 9: ...generan como un estado de alerta, pero no alguna emoción que yo vaya a decir, no éste man que será, o sea, que me generen odio, no, porque a mí principalmente lo que me gusta es ayudar a las personas

Sujeto 9: ... yo siento mucha decepción de ese tipo de personas, ... pues uno los ve en la calle, y que necesitan ayuda, o sea personas que de verdad se vieron involucradas tanto en este mundo del consumo de sustancias psicoactivas, que literalmente se perdieron

Sujeto 10: ... para mí es una persona también normal, como cualquier otra pues, que lo único que lo diferencia es el consumo de sustancias, pero siento que requiere igual manejo, la misma atención que cualquier otra persona

En este tercer aparte, encontramos elementos de las RS de los funcionarios que considero importantes, la emociones de minusvalía o decepción son preponderantes y marcadas en el contenido del discurso, haciendo contraste con el tópico anterior, el sentido común los invita a la autoprotección pero la construcción emocional refleja la posibilidad de generar un sistema de rescate a través de su trabajo, este insumo es vital en la decisión de construir elementos vivenciales profundos en los talleres de intervención, para fortalecer esta dual construcción del consumidor.

Técnica y ser del profesional en la intervención.

Esta categoría permite evidenciar la articulación del ser, el hacer y el resultado de ésta en la adhesión del paciente al tratamiento frente al consumo de SPA.

Sujeto 4: ... expresábamos que el Hospital San José así esté declarado como que tiene unidad mental, es para procesos agudos, no para procesos crónicos, que estos pacientes una vez terminan su etapa aguda en el hospital, no tenemos a donde enviarlos, entonces que esto era un problema de interés en salud pública y que por favor pues, buscarán qué solución nos podían dar. Eso lo anotaron ellos, pero pues, como ya hay cambio de secretaría, entonces dijeron que estaban en empalme y pues eso se quedó allí.

Sujeto 4: ... en Santander de Quilichao, el coordinador de allá decía que ellos se habían ingeniado que una médica recibiera una capacitación de cómo los manejaba, ya

que ellos no tenían psiquiatra permanente y que entonces la habían mandado a capacitar, una médica general, para que ella pues, supiera los manejos para ese tipo de pacientes y que esto les había dado resultados hasta que conseguían cita con el psiquiatra del hospital del Valle, y que muchas veces no requerían nada más, pero que en otras ocasiones los dejaban allá en el hospital psiquiátrico del Valle

Sujeto 1: ... si es de prevención, esto ya es un problema de salud pública y ellos tienen que intervenir ¿cierto? Así de simple porque aquí no tenemos una red de apoyo en el Cauca que solucione eso ¿cierto? Y las estrategias tampoco le dan frente como al problema de salud pública.

En este aparte, encontramos elementos del discurso que relegan la necesidad de apoyo de las entidades del estado, como agentes responsables del tratamiento de los sujetos que consumen SPA, también se logra dilucidar la poca articulación o respuesta que estos entes emiten, generando una lectura de abandono frente la problemática y como se lograría vincular a los funcionarios con la adhesión al tratamiento.

Sujeto 1: ... uno les dice, mire para poderlo ayudar necesito que me diga qué consume ¡dígame! qué es lo que usted consume para poderlo ayudar, después dice, ah sí, yo consumí esto, y al rato dicen, no, la verdad consumí esto más esto más esto

Sujeto 7: ... nosotras como enfermeras, como profesionales de la salud, también tener conocimiento de cómo acercarnos a ellos, de tal forma que no sea solamente me protejo, porque está agresivo, sedémoslo y lo amarramos y paciente calladito todo el día, no, saber cómo llegar, actuar, no solamente es el paciente psiquiátrico, el consumidor, como que ya, conocido por todos. Como saber llegar, saber cómo actuar ante esta situación, saber de pronto entablar un diálogo con la familia, saber aportar algo, pues en pro de la mejoría del consumidor

Sujeto 9: ... algunos casos se tornan muy agresivos, son pacientes que toca, nosotros debemos saber controlarlos, digamos, sin causarle daño a ellos o digamos sin tener la intención de maltratarlos, simplemente nosotros tomamos las medidas necesarias para poder controlarlos y poder brindarles, pues a ayuda necesaria

Sujeto 9... con el trabajo en equipo, tras de que agilizamos el trabajo, digamos, se mejoran las actitudes de los pacientes, mejoran mucho más, umm creo que digamos esa parte, la cómo se dice, la interacción entre paciente, digamos, paciente y personal de salud es vital, pues para que digamos ellos no se sientan en algún momento agredidos, que se den cuenta qué es lo que se les va hacer, tengan una buena información.

Las estrategias comunicaciones, son otro insumo importante, que puede ser contemplado en el diseño de la estrategia, permitiendo fortalecer las competencias comunicaciones y de negociación de los funcionarios del servicio, como una herramienta de aproximación y redefinición del sujeto más allá de la problemática del consumo.

En los siguientes apartes, se pretende recolectar información sobre la aproximación al consumidor en su tratamiento, de acuerdo a los relatos emitidos por los funcionarios del servicio de urgencia del HUSJ.

Sujeto 5: ... individual no porque debe ser colectivo lo que le decía mi compañera es algo, ya o sea dentro de los lineamientos que a nivel nacional debe haber una política enfocada a las personas con algún trastorno mental, no solo hablando de una esquizofrenia todo eso si no también a las personas que consumen sustancias psicoactivas, porque es un problema de salud pública y por lo tanto debe ser abordado de manera colectiva desde el mismo momento sea desde la identificación, porque no necesariamente el paciente tiene que llegar hasta acá

Sujeto 5: ... el enfoque preventivo, o sea, eso es lo que se debe tratar para no tener que llegar a situaciones extremas, es como en cualquier enfermedad, si usted la aborda desde un inicio, puede pues cambiar el rumbo o el curso de una situación, es exactamente lo mismo, es mirar la educación, es mucho acompañamiento, es todo eso.

Sujeto 8: ... yo digo que el acompañamiento y que el paciente pues, salga digámoslo así, de esa adicción, no solamente la educación va enfocado a ellos sino también a los familiares, porque muchas veces aquí eran pacientes que los familiares solamente quieren digámoslo así, deshacerse de ellos, dejarlo aquí, que lo traten y ellos se van y lo dejan en un abandono. Creo que ha sido muy difícil que un paciente salga, pues de su adicción, pienso y para mí no, sería enfocado en los dos familiares y pacientes.

Se evidencian tres elementos importantes, la necesidad de trabajar de forma colectiva con los consumidores, generando un sistema de red de apoyo, el segundo elemento es la familia como sistema de soporte emocional y económico y el tercero una dinámica educacional, que garantice la sostenibilidad de la intervención, de forma significativa, todas estas propuestas los alejan de su participación en el proceso.

Como conclusión, considero que el siguiente aparte descrito por un funcionario refleja la necesidad de importancia de diseño de la propuesta de intervención.

Sujeto 10: ... creo que merecen el mismo trato, el mismo respeto, de que hay personas que porque son de la calle o algo, no lo vamos atender ¡no! Antes yo creo que estos pacientes deben ser mejor atendidos, mejor no, porque todos debemos tener un trato igual, pero sí atenderlos

8. Propuesta de intervención

Talleres de Capacitación a trabajadores del área de la salud.

Las unidades de emergencias hospitalarias, son un punto de apoyo importante en los procesos de intervención del consumidor de SPA. A ellas llegan sujetos en condiciones de alto riesgo, por lo que representa un espacio de extremo interés para la elaboración de esta propuesta.

Establecer las representaciones sociales de los funcionarios de este sector sobre el consumidor de SPA, genera la posibilidad de comprender su importancia, influencia y, sobre todo, su condición como sujeto en el proceso de tratamiento.

Los talleres a desarrollar reconocen las características, habilidades, destrezas y sentimientos de los funcionarios del servicio de emergencias del HUSJ de Popayán, como una línea de intervención vital para el manejo del consumidor de SPA.

Metodología: Participativa

Objetivos.

Identificar en los funcionarios las representaciones sociales y prácticas dirigidas a los consumidores de SPA

Identificar las prácticas y discursos de los funcionarios en su relación con los consumidores de SPA

Describir las estructuras de justificación y mantenimiento de conductas en los procesos de intervención dirigidos a usuarios de drogas por parte de los funcionarios de salud.

Producir nuevas formas de intervención entre los funcionarios del servicio de emergencias, respecto al tratamiento a pacientes consumidores de SPA.

7.1. Cronograma

Tema	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
FUNCION DEL SABER O COGNICION SOCIAL				
FUNCION IDENTITARIA O DE PROCESOS DE COMPRESION SOCIAL				
FUNCION DE ORIENTACION O COMO CONducir COMPORTAMIENTOS Y PRACTICAS				
FUNCION JUSTIFICADORA O DE POSTURA Y COMPORTAMIENTOS				

9. Contenido de los Talleres

8.1. Fase 1. Función del Saber o Cognición Social

Objetivo. Se pretende permitir que el trabajador del área de salud pueda explorar las formas en que ha construido y comprendido el concepto del consumidor, para que, a partir de esta construcción, el participante pueda reconocer el rol que cumple en el desempeño de su trabajo en relación con esta población, además le permite realizar el análisis de su influencia en esta acción generando la posibilidad de redefinir los elementos del pensamiento alrededor de esta población y sus características.

Actividad 1. Rompehielos. Inventario de Mi Mismo

Tiempo: 10 a 20 min

Foco: Generar espacio de confianza y reconocimiento de los elementos de sí mismo que puedan ser útiles en la construcción del taller

Recursos: Marcadores, pliego de hoja de papel periódico, papelógrafo.

Proceso: Las ideas y emociones son importantes para el desarrollo de este taller, así que no se limite frente a lo que desea compartir con sus compañeros, las emociones y diálogos que surjan a lo largo del taller son de carácter confidencial y siempre serán recibidos con respeto por parte de todos los funcionarios.

Se coloca un pliego de papel sobre un papelógrafo, la hoja está dividida en dos secciones por una línea, se escribe en el encabezado las palabras, Fortaleza y Debilidad. Se invita a los funcionarios a pararse en círculo, como ellos se sientan cómodos, el organizador del taller se presenta, expone los objetivos del taller, luego se invita a presentarse con su nombre y una idea libre de su expectativa del taller, luego se entrega el marcador a quien tiene la palabra para que escriba en la cartelera su principal fortaleza y debilidad en las

columnas correspondientes, posteriormente se le pide que rápidamente socialice lo que escribió.

Resultado: Se pretende que los funcionarios asuman una lectura autocrítica de ellos mismos y se la presenten a sus colegas con el fin de dar lugar a sus emociones y la forma en que se conciben frente a sus limitaciones y alcances.

Actividad 2. Que necesito saber de mí mismo para comprender al consumidor de SPA

Tiempo: 40 Min

Foco: Reconocer los elementos personales que aparecen en el interior de cada uno de los funcionarios que le permiten concebir al consumidor como un sujeto

Recursos: Video Beam, presentación fotográfica del consumidor, tableta de emociones

Proceso: Se les pide a los funcionarios que traten de ser muy honestos con sus emociones y sus pensamientos, el ejercicio precisa que sus respuestas estén acordes a su estructura personal, libres de la censura de lo esperado o lo deseado socialmente, valorar sus propios criterios es importante para el desarrollo de este momento en el taller.

Se les entrega a cada uno de los funcionarios las tarjetas de las emociones, se les pide que registren en cada uno de los cuadrantes la emoción que más lo represente ante las imágenes que se van a presentar, posteriormente se presentan las fotografías de los consumidores en las calles de la ciudad, en el cuadrante del ojo se les pide que escriba que ven, en el cuadrante de la oreja se les pide que escriban que escuchan, en el cuadrante de la boca se solicita que escriban las palabras que le dirían a este sujeto, en el cuadrante del humo se les pide que registren los olores que emana el sujeto de la fotografía, en el cuadrante de la mano se les pide que escriban que estarían dispuestos a compartir y para terminar en el

cuadrante del corazón se les pide que registren su más profunda emoción respecto al sujeto en las fotografías.

Una vez hecho el registro en las tarjetas de emociones, se les pide a los funcionarios que encuentren una pareja y socialicen los elementos de la tarjeta que considera más significativos sobre sí mismo, luego se les pide que a partir de sus diálogos construyan una nueva tarjeta que los consolide como un equipo, la tercera tarjeta deberá ser socializada con todo el grupo. Aquí se invita a los funcionarios a reconocer emociones comunes que los identifiquen.

Las tarjetas deberán colocarse en las paredes del sitio donde se realice el taller.

Resultado: Los funcionarios nutren el espacio de trabajo con las representaciones que ellos tienen de los sujetos que consumen SPA, permitiendo que los comunes denominadores se encuentren y se evidencien en el equipo técnico.

Actividad 3. Reconocer mi subjetividad y como se relaciona con mi trabajo

Tiempo: 60 min

Foco: Reconocer y validar los elementos subjetivos de los funcionarios en relación con el desempeño de su trabajo

Recursos: Laminas de cartulina, marcadores de colores

Proceso: Se inicia el proceso pidiendo a los funcionarios que traten de construir una definición común alrededor del concepto de subjetividad, se les invita a que expresen libremente como conceptualizan este principio.

Posteriormente se expone el concepto de subjetividad y los elementos que lo constituyen, se permite que los funcionarios generen opiniones y se debata el concepto para evaluar su comprensión.

A continuación, se le entrega una tarjeta de cartulina a cada uno de los funcionarios, en ella deberá registrar su nombre y el cargo que desempeña, posteriormente se le pide que utilice símbolos o dibujos que le permitan expresar los elementos que puede identificar de su subjetividad, es importante resaltar que no son frases o palabras solo símbolos.

Luego se pide al participante que escriba una frase corta que dé fe de la relación existente entre los símbolos y el cargo que escribió en la parte superior de la cartulina, los funcionarios ahora realizarán una galería de arte con sus cartulinas, el grupo en pleno rota sobre las imágenes, las personas deberán leer los símbolos expuestos y su relación con el trabajo expresando su opinión al respecto. En caso de ser necesario, el expositor podrá dar luces para que los funcionarios comprendan lo expresado simbólicamente.

Al finalizar la actividad se hará una plenaria en la que se discutirán los elementos presentes y como estos pueden influenciar la relación entre los funcionarios y los consumidores que llegan al servicio de emergencias.

Resultado: Discutir el valor de la representación y darle un lugar claro a la subjetividad como insumo de construcción del cambio se torna relevante tanto para los funcionarios del taller como aquello que se benefician de su servicio.

Actividad 4. Resignificando mi relación con los consumidores de SPA

Tiempo: 30 Minutos

Foco: Plantear la posibilidad de reconocer el sentido común del funcionario frente al consumidor de SPA y como se puede redefinir este concepto.

Recursos: Pintucaritas, papel periódico, retazos de tela, pasa bocas

Proceso: se pide a la mitad del grupo que salga del espacio de trabajo a uno anexo, donde se les pide que caractericen a los consumidores de SPA. Luego, de acuerdo a esta

consideración, deberán construir diálogos de solicitud de servicio a los funcionarios del otro grupo.

El otro grupo estará expuesto a música relajante, con pasa bocas, tendrán un espacio de conversación muy tranquilo.

Se pide al primer grupo que ingrese al espacio original, asumiendo su papel de consumidor, demandando de sus compañeros un servicio de atención de acuerdo a su caracterización, se les pide que registren sus emociones y las reacciones que surgen en el ejercicio; el segundo grupo deberá atender las necesidades y registrar como se evidencia la construcción de los personajes, como se construye el sentido común tanto del servicio prestado como la forma en que se definen a los consumidores.

Después de la realización del ejercicio, se pide al primer grupo de comparta sus lecturas y registros de la forma en que se caracterizó a los personajes y luego se pide lo mismo al segundo grupo, permitiendo la comprensión de la lectura de sujeto que solicita el servicio.

Para cerrar el ejercicio, se pide a los funcionarios que construyan una propuesta de lectura personal sobre el consumidor y como logra afectar su desempeño en el servicio.

Resultado: En general esta fase de la intervención, permite que los funcionarios den un espacio a sus emociones, lecturas, prejuicios y emociones frente a los pacientes, generando en ellos la posibilidad de reflexionar y redefinir posiciones comunes que pueden afectar su quehacer profesional en el servicio de emergencias del HUSJ de Popayán.

8.2. Fase 2. Función identitaria o de procesos de comprensión social

2.1 Que esperar de un grupo interactuante con consumidores de SPA

Tiempo: 40 Minutos

Foco: Permitir que los funcionarios presenten elementos que los identifiquen con un grupo con un sentido común alrededor de la atención a sujetos que consumen SPA

Recursos: Video “Que espero de ustedes”, cajas de cartulina, tarjetas de cartulina, papel regalo

Proceso: Se presenta a los funcionarios el video “Que espero de ustedes”, luego se les pide que escriban en las tarjetas de cartulina de colores los elementos de sí mismos que les gustaría regalar a las personas que están relacionadas con su trabajo en relación con el consumo, se les pide como equipo que diseñen una caja de regalo y depositen en ella sus ofrecimientos. Los funcionarios deberán socializar sus “donaciones” y explicar brevemente al grupo las razones por las cuales hace la entrega. Luego se les pide que en otra tarjeta les escriban a sus jefes que esperan que ellos les regalen para fortalecer su relación con los usuarios y la depositan en una caja de regalo que será entregada al gerente de la organización.

2.2 Como convertirse en un grupo que se reconoce para reconocer al otro

Tiempo: 60 Minutos

Foco: Permitir que lo miembros del equipo reconozcan sus elementos, potencias y debilidades frente al reconocimiento del otro como un elemento diferenciador

Recursos: 9 Tarjetas de colores pareados

Proceso: Se les entregan a los funcionarios 9 tarjetas de colores pareados. En las tarjetas azules el sujeto deberá escribir un elemento de su personalidad que lo diferenciaría de todos los que lo rodean, deberá dibujar un símbolo que identifique esta característica y en

la última tarjeta deberá escribir una emoción que pueda asociar con la característica expuesta; en las tarjetas rosa, deberá escribir un eslogan que permita que sus compañeros lo identifiquen con su lectura, en la segunda tarjeta deberá escribir el nombre del sujeto que lo inspiró o influyó en la construcción de su slogan personal y en la tercera tarjeta deberá escribir un agradecimiento a esta persona, algo que no le haya dicho y considere importante; en las tarjetas de color verde deberá escribir una debilidad que considere muy visible ante los demás, en la segunda tarjeta deberá escribir como se defiende cuando esta emerge y en la tercera tarjeta escribirá como cree que puede modificar su conducta para fortalecer el equipo en que trabaja.

Los funcionarios socializan en un tablero sus tarjetas y se hace una ronda para que los mismos verifiquen o rechacen los elementos expuestos; al final se hace una plenaria para retroalimentar el objetivo de la actividad.

2.3 Cual es el impacto del reconocimiento en la adhesión al tratamiento de los consumidores de SPA

Tiempo: 60 minutos

Foco: A partir del ejercicio anterior, se permite a los funcionarios que detecten los elementos que les pueden ser útiles para fortalecer los procesos de adhesión a los tratamientos de los consumidores y se les solicita a los funcionarios la construcción de propuestas de intervención basadas en sus propias características.

Recursos: Tarjetas del ejercicio anterior, pliegos de papel periódico

Proceso: Se les pide a los funcionarios que hagan un círculo donde se deben tomar de la mano. Se pueden organizar como ellos deseen (el tallerista deberá identificar al sujeto de mayor tamaño para dejarlo en la parte interior del caracol), se elige al sujeto más alto y se pide que se enrolle alrededor de su compañero girando sobre su propio cuerpo, y deberá

seguir haciéndolo hasta que todos los funcionarios se conviertan en un gigante caracol, luego se les explica que, a la voz de “Uno” deberán dar un salto como una sola unidad, a la voz de “Dos” deberán dar un paso a la derecha y a la voz de “Tres” un paso a la izquierda. Se orienta a los funcionarios en un trayecto con un fin definido por el tallerista sobre el espacio donde se desarrolla la actividad. Luego de llegar, se les pide que desenrollen el caracol sin soltarse las manos. Se debe retroalimentar al equipo sobre como identifican el liderazgo, como escuchan las voces de sus compañeros, como siguen instrucciones y como se sintieron realizando el ejercicio.

Utilizando sus emociones y los elementos registrados en las tarjetas del ejercicio anterior, se les pide que se reúnan en parejas y construyan una propuesta de intervención para consumidores de SPA basados en su experiencia y elementos diferenciadores, luego deberán sustentar ante el equipo sus propuestas y reconocer elementos comunes en cada una de ellas

8.3 Fase 3. Función de orientación o como conducir comportamientos y prácticas

3.1 Finalidad de mi comportamiento en la cotidianeidad

Tiempo: 60 minutos

Foco: El reconocimiento de las conductas críticas de los funcionarios en su cotidianeidad, les permite identificar el valor subjetivo de sus emociones en la construcción de respuestas ante los consumidores en el servicio de emergencias, generando la posibilidad de incrementar el repertorio comportamental desde una perspectiva social.

Recursos: Cinta de enmascarar, tarjetas con información de ruta, vendas para los ojos

Proceso: Se traza en el piso un camino que tiene varias ramificaciones con cinta o tiza de acuerdo al terreno donde se realice la actividad, a continuación, se configuran equipo de dos personas quienes deben exponer el vínculo que lo invita a trabajar en esa pareja particular, uno de ellos deberá cubrir los ojos del otro y será su guía en el trayecto a caminar.

El guía deberá informar a su compañero la ruta a seguir en el trayecto, en cada bifurcación se encontrará un paquete de tarjetas, el guía deberá tomar una tarjeta y leerla en voz alta a su compañero, la decisión que tome frente a la pregunta agregará dificultad o facilidad al trayecto. Esta condición deberá ser leída en forma personal por el guía quien deberá seguir las instrucciones expuestas en la tarjeta. El proceso se repite en cada bifurcación, permitiendo a los funcionarios la recolección de objetos y condiciones que los inviten a la construcción de moldes de conductas críticas.

Al final del ejercicio se invita a los funcionarios a socializar sus experiencias y como hacen conciencia de las conductas emergentes en la cotidianidad.

3.2 Como adopto, estructuro y comunico una gestión cognitiva

Tiempo: 30 minutos

Foco: El sistema de precodificación de la realidad es una guía para las acciones emprendidas por los funcionarios del área de salud; la representación interviene de forma directa en la definición de la finalidad de una situación, permitiendo que las conductas emerjan como elementos constitutivos de las acciones. Estas conductas se conciben anticipando el resultado de las mismas. Esto logra definir factores lícitos, tolerables o inaceptables de los sujetos que consumen SPA.

Recursos: Tarjetas de negociación, tarjetas con palabras clave

Proceso: Una vez recorrido el camino se expone una nueva situación. Cada uno de los funcionarios deberá asumir un papel que estará determinado por una tarjeta elegida al azar. Dos de los funcionarios serán la pareja móvil, ellos deberán caminar por un laberinto construido con los elementos que haya a la mano, en estaciones, los otros funcionarios deberán negociar el elemento escrito en la tarjeta, ellos deberán registrar su estrategia de negociación y los resultados de la misma, la pareja móvil solo podrá seguir el camino si logra

concretar la negociación y obtener la tarjeta con la palabra clave. Cuando termine el proceso, la pareja deberá construir el mensaje en el tablero y relatar su experiencia con los negociadores. La plenaria aportará opiniones al respecto.

3.3 Como anticipo el resultado y expectativas de mi gestión

Tiempo: 30 minutos

Foco: Basados en la experiencia anterior, es importante resaltar como el equipo de funcionarios logra concebir el problema desde su perspectiva personal, determinando los filtros y selección de la información le permite regresar a la realidad de acuerdo a la representación.

Recursos: tarjetas de registro

Proceso: Una vez expuestas y socializadas las tarjetas del anterior ejercicio, se les pide a los funcionarios que registren en una nueva tarjeta lo que ellos interpretaron de cada una de las negociaciones, deben registrar que consideraron ellos que era relevante de la forma en la que construyó la negociación y que cambiarían para lograr el éxito de una forma diferente. Se deberán socializar los conflictos y encontrar comunes denominadores

8.4. FASE 4. Función justificadora o de postura y comportamientos

4.1 Quien soy y como me justifico

Tiempo: 60 minutos

Foco: Permitir que la concepción subjetiva del funcionario emerja en la construcción de sí mismo en relación con su desempeño y construcción de la representación social del consumidor de SPA.

Recursos: Pliegos de papel periódico, vinilos de colores

Proceso: Se pide a los funcionarios que se agrupen en parejas para poder ayudarse en la construcción de la silueta subjetiva de sí mismos, se les entregan cuatro pliegos de papel a cada uno, para que construyan dos siluetas en tamaño real de cada uno de ellos, posteriormente se les pide que coloquen su silueta sobre las paredes del sitio donde se realiza el taller, posteriormente se entregan vinilos de colores y pinceles para que rellenen la silueta con los colores que representen sus emociones en cada una de las partes de su cuerpo; una vez terminado el proceso de pintura. Se le pide al funcionario que escriba una tabla de convenciones que explique la función de cada uno de los colores elegidos y como se relacionan estos con sus emociones y pensamientos. Las siluetas serán socializadas con sus compañeros.

4.2 Quienes son ellos y como los comprendo

Tiempo: 30 minutos

Foco: Generar la posibilidad de contrastar las concepciones subjetivas de sí mismos con las de la construcción de la representación del consumidor, permitiendo generar enlaces de concepción y construcción de pensamientos adoptados respecto del otro.

Recursos: Papel o Cartulina de Colores

Proceso: Se pide a los funcionarios que realicen las acciones anteriores con la silueta en blanco. Esta vez los colores tendrán una función diferente. La elección de cada uno de ellos está relacionada con la comprensión del consumidor en cada una de sus esferas, la social, la familiar, la personal, la profesional o cualquiera que ellos deseen concebir; en la tabla de convenciones deberán registrar como el color representa la comprensión del sujeto que consume en la esfera que lo considere.

Una vez hechas las dos siluetas, se pide a la plenaria que analice los elementos emergentes y haga una lectura de los elementos presentes en la construcción de cada una de ellas. Luego, se pide que construyan una tabla de comunes denominadores y una tabla de posibles acciones y pensamientos que le ayuden a construir nuevas formas de pensamiento y acción en favor de los consumidores.

4.3 Como generar estructuras de sostén

Tiempo: 60 minutos

Foco: Permitir la construcción de propuestas de relación con las personas que consumen SPA, basados en sus representaciones.

Recursos: Tarjetas de registro de común denominador y de diferencias

Proceso: Se pide a los funcionarios que, a partir de la construcción de las tarjetas del ejercicio anterior, en grupo construyan una propuesta de trabajo con sujetos que asisten al servicio de salud en el que se desempeñen, esta propuesta deberá ser presentada a la dirección de la institución para gestionar su implementación.

10. Resultados Esperados

. Generar en los funcionarios del servicio de urgencias del HUSJ una lectura autocrítica que se convierta en factor motivacional de cambios en las acciones emprendidas con pacientes consumidores de SPA. Esta aproximación da lugar al reconocimiento y conciencia de sus representaciones en sus acciones, brindando la oportunidad de fortalecer sus procesos de construcción de nuevas y mejores estrategias de intervención.

. Permitir la gestión de estrategias de intervención con enfoque de reducción de daños hacia los sujetos que consumen SPA, dar lugar a este modelo, como alternativa de intervención, ofrece la oportunidad de asumir el consumo y el consumidor desde un ángulo más flexible, permitiendo reconocer el consumo como una forma de vida más allá de una patología estigmatizante.

. Generar espacios de construcción de propuestas de intervención ajustadas al contexto, este factor es muy importante, ya que da lugar a una lectura social enmarcada en las características locales y regionales, dando lugar al reconocimiento de influencias culturales, étnicas y sociales en los procesos de intervención.

. Reconocer el papel de la construcción del sentido común en las acciones emprendidas por los funcionarios del servicio de urgencias del HUSJ de Popayán.

Como elemento de cierre, considero relevante contemplar la posibilidad del reconocimiento del uso del modelo de representaciones sociales, como una herramienta de gran utilidad en la construcción de propuestas de intervención psicosocial, ya que dan lugar y reconocen los procesos individuales de funcionarios que trabajamos en entornos clínicos, educativos y sociales.

Contemplar modelos como el de reducción de riesgos, oxigena las propuestas cargadas de lecturas tradicionales y ortodoxas, que no han logrado descifrar ni resolver el

problema del consumo de SPA, la flexibilidad del modelo y su capacidad de adaptación, hacen de éste, posiblemente, la alternativa con mayor capacidad de influencia tanto en funcionarios como en la sociedad en general.

11. Referencias

- Abric, J. (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones*. Recuperado de http://villaeducacion.mx/descargar.php?idtema=1337&data=262dc7_practicas-sociales-full.pdf
- Araya, S. (2002). Las Representaciones Sociales: Ejes Teóricos para su Discusión. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Bravo, O. (2010). Análisis de los Discursos sobre Drogas en las Instituciones Públicas del Distrito Federal, Brasil. *Psicología desde el caribe*, (20), 188-207. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21302009.pdf>
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (2013). *Lineamientos para una Política Pública Frente al Consumo de Drogas*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/destacados/comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*. Recuperado de https://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/informe_final_comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1974). Ley 13. Recuperado de <http://suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1569405>
- Congreso de la República de Colombia. (1980). Ley 43. Recuperado de <http://suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1598079>
- Congreso de la República de Colombia. (1986). Ley 30. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774>

Congreso de la República de Colombia. (1990). Ley 10. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 67. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0067_1993.html

Congreso de la República de Colombia. (1994). Ley 124. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=291>

Congreso de la República de Colombia. (2002). Ley 745. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0745_2002.html

Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1098. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122. Recuperado de http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/ley_1122_200.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley 1566. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html

Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley 1566. Recuperado de http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/Ley_1566_de_2012_atencion_consumidores_sustancias_Psicoactivas.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html

Curiel, M. (2012). Un Compendio sobre el estudio de las representaciones sociales. *Revista Ensayo*, (39), 237-254. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n39/art12.pdf>

Harm Reduction International. (2017). *Harm Reduction International*. Londres: Phoenix Media Group. Recuperado de: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Hernández, D. (2010). Tratamiento de Adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 153-170. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a11.pdf>

Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de Tratamientos para la Drogadicción. Una Guía Basada en las Investigaciones*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>

Lacolla, L. (2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. En: *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [en línea]. Vol.1, No.3 (Julio-Diciembre de 2005). Recuperado de: <http://revista.iered.org>. ISSN 1794-8061

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD -, Organización de los Estados Americanos - OEA - y Embajada de los Estados Unidos en Colombia – INL. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Informe Final*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de Salud de la República de Colombia. (2000). Resolución 412. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%2000412%20DE>

%202000.pdf?Mobile=1&Source=%2Fnormatividad%2F_layouts%2Fmobile%2Fview%2Easpx%3FList%3Dcd8e9ace%252Da894%252D4549%252D881d%252Deb05c834961c%26View%3Dd96f3ca8%252D3243%252D4dac%252Da961%252Df37859855b5b%26CurrentPage%3D1

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021*. Recuperado de <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/politica-consumo/OD1012014-plan-nacional-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>

Montero, M. (2009). *Grupos Focales*. Recuperado de <http://red.pucp.edu.pe/psicologia-comunitaria/blog/publicaciones/psicoprisma-grupos-focales/>

Organización de las Naciones Unidas. (1961). Convención única de 1961 sobre estupefacientes. Recuperado de https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2009). *Informe Mundial sobre las drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf

Pérez, A. (2007). *Transiciones en el Consumo de Drogas en Colombia*. Recuperado de http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/DNE_Nuevos_RumbosTransiciones_libro_Agosto2007.pdf

Pérez, A., Mejía J., Becoña, E. (2015). *De la Prevención y Otras Historias. Historia y Evolución de la Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en América Latina y Europa*. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/10/doctrina44299.pdf>

Pons, Xavier. (2008). Modelos Interpretativos del consumo de drogas. *Revista "Polis"*. Vol. 4, No. 2, pp. 157-186. Recuperado de https://www.uv.es/lisis/xavier/xp_art1.pdf

Presidencia de la República de Colombia. (1994). Decreto 1108. Recuperado de https://www.arlsura.com/files/decreto_1108_de_1994.pdf

Presidencia de la República de Colombia. (1998). Decreto 2193. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1761613>

Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de Reducción de Daños. Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol*. Recuperado de http://centerforoptimalliving.com/wp-content/uploads/2015/07/Libro_Tatarsky_3_final.pdf