



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito



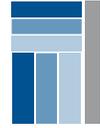
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

La inclusión social

UNA RESPUESTA FRENTE A LA DROGODEPENDENCIA





La inclusión social

UNA RESPUESTA FRENTE A LA DROGODEPENDENCIA

CONVENIO UNODC / MPS

PROGRAMA PARA LA DESCENTRALIZACIÓN
DEL PLAN NACIONAL DE DROGAS



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

**PROGRAMA PARA LA DESCENTRALIZACIÓN
DEL PLAN NACIONAL DE DROGAS
CONVENIO UNODC / MPS**

Coordinadora Nacional
María Mercedes Dueñas

Equipo editorial
María Mercedes Dueñas
Diana Agudelo
Susana Fergusson
Cesare Cattini
Bernardo González

Documentación de experiencias
Fundación Social y Formativa Arca de Noé
Corporación Encuentro
Fundación para el Desarrollo Integral del Ser
Fundación Liberáte
Fundación Teméride
Asociación Niños de papel
Fundación Procrear

Diseño y diagramación
Formato Comunicación/Diseño

Impresión
Gente Nueva Editores Ltda.

ISBN 978-958-44-3644-3

© Naciones Unidas

Bogotá, D.C. Colombia, agosto de 2008

www.unodc.org

Colombia:

www.descentralizadrogas.gov.co



**PROGRAMA PARA LA DESCENTRALIZACIÓN
DEL PLAN NACIONAL DE DROGAS
CONVENIO UNODC / MPS**

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Diego Palacio Betancourt
Ministro

Carlos Ignacio Cuervo Valencia
Viceministro de Salud y Bienestar

Gilberto Álvarez Uribe
Director General Salud Pública

Aldemar Parra Espitia
Profesional responsable
reducción de la demanda de drogas

UNODC - COLOMBIA

Aldo Lale-Demoz
Representante en Colombia

María Mercedes Dueñas
Coordinadora Programa para la Descentralización
del Plan Nacional de Drogas

Carlos Arturo Carvajal
Asesor Área Reducción de la Demanda de Drogas

Diana Agudelo
Asistente Técnica Programa para la Descentralización
del Plan Nacional de Drogas



*El Programa para la Descentralización
del Plan Nacional de Drogas
agradece especialmente
a Carmen Serrano Navarro
por su contribución a este trabajo*

Contenido

■	PRESENTACIÓN	
	El Camino de la inclusión	11
■	INTRODUCCIÓN	17
■	CAPÍTULO I	
	La comunidad: basurero de los fracasos de las instituciones y oportunidad para relaciones de ayuda duraderas e incluyentes	21
	<i>Efrem Milanese</i>	
■	CAPÍTULO II	
	Experiencias de inclusión social: una respuesta frente a la drogodependencia	38
■	De la productividad hacia el emprendimiento social	39
	<i>Fundación social y formativa Arca de Noé</i> <i>Pasto</i>	
■	El Centro de Integración Social <i>Aldea Agua Clara</i>	55
	<i>Corporación Encuentro</i> <i>Villavicencio</i>	
■	Protección integral a niños, niñas y adolescentes	67
	<i>Fundación para el Desarrollo Integral del Ser -Fundaser</i> <i>Popayán</i>	
■	Tratamiento integral a las adicciones	81
	<i>Fundación Libérate</i> <i>Bogotá</i>	
■	Herramientas para construir bienestar	97
	<i>Asociación Niños de Papel</i> <i>Bucaramanga</i>	
■	El Parche, una propuesta de redes para el tratamiento comunitario en situaciones de sufrimiento social	111
	<i>Fundación Procrear</i> <i>Bogotá</i>	
■	Callejando por la vida	129
	<i>Corporación Teméride - Gobernación de Risaralda</i> <i>Pereira</i>	
■	CAPÍTULO III	
	Aprendizajes y logros de la práctica de la inclusión social	145



presentación

El camino de la inclusión

No es fácil hablar de inclusión en un país que tiene como uno de sus rasgos característicos la exclusión: 49.2% de su población bajo la línea de pobreza, y 14.7% están en la indigencia¹; más de tres millones de personas en situación de desplazamiento y sólo 6 de cada 10 jóvenes entre los 16 y los 17 años acuden al sistema escolar², sólo por mencionar algunas cifras.

Las carencias mencionadas y muchas otras propician frecuentemente el fenómeno que preocupa a quienes participan en este libro: el abuso de sustancias psicoactivas.

Quien vive la condición de abusador y además se encuentra en situación de alta vulnerabilidad social entra entonces en una dinámica que engendra más

¹ Departamento Nacional de Planeación (DNP). Misión para la Erradicación de la Pobreza y la Desigualdad (MERPD). Bogotá 2006.

² Universidad de los Andes. Propuesta para el diseño de un Sistema de Protección Social para Colombia. Documento preparado para la MERPD.

rechazo social, más exclusión y castigo, lo que lo aleja cada vez más de cualquier posibilidad de solución a su situación. Los abusadores de sustancias han sido tratados como delincuentes, locos, vagos, amenazas sociales y enfermos. El problema no es nuevo, por supuesto, y al mismo se le han dado diferentes tipos de abordajes: la judicialización, el marginamiento, el tratamiento clínico aislado a cada individuo en instituciones terapéuticas, las terapias ocupacionales, la mayoría de ellas con resultados que no han logrado soluciones reales y efectivas a esta problemática.

Sin embargo, desde hace un tiempo comenzó a abrirse camino una propuesta de tratamiento eminentemente social para un problema que es también social: el abuso de drogas. Esa perspectiva parte de un concepto clave: el drogodependiente antes que un enfermo es un ciudadano, es parte de la sociedad y debe ser incluido en ella.

En este sentido, la perspectiva de la inclusión social en el tratamiento de las dependencias no se enfoca en los individuos como enfermos o transgresores sino en las personas que hacen parte de un grupo social, el cual debe participar en su rehabilitación y en su proceso de inclusión.

La opción por la inclusión social parte del reconocimiento de la dignidad de las personas y por tanto del respeto a su libertad y su autodeterminación. En consecuencia, un aspecto central de esta perspectiva es el reconocimiento y restitución de los derechos plenos de la persona: a la vida, al trabajo, a la educación, a la salud. Se trata de mejorar integralmente sus condiciones de vida y promover su reintegración social estimulando redes de apoyo y acogida.

Lo anterior implica de entrada transformar la visión del individuo aislado, subvalorado y enfermo, por la de una persona con las capacidades potenciales para participar activamente en su proceso de reintegración social y tener un lugar social, un papel en la comunidad. Implica también el respeto por la diversidad y las capacidades, opciones y expectativas de las personas.

La propuesta de inclusión social se orienta a abordar las carencias de todo tipo: afectivas, de conocimiento y habilidades sociales y laborales, de servicios

educativos y de salud, de oportunidades de trabajo, de orientación personal. El objetivo es restablecer los vínculos afectivos y lograr la inclusión plena y la propuesta es hacerlo de manera colectiva, fortaleciendo las redes personales, institucionales, comunitarias, sociales.

En ese proceso largo de inclusión la comunidad tiene un papel importante de soporte, de atención, de servicio, que debe planearse cuidadosamente y llevarse a la práctica con constancia y respeto por las personas. Para que tenga éxito, la estrategia debe estar operada por diversos actores, debe cohesionar y estructurar las redes existentes, vinculando los agentes necesarios para lograr una solución integral donde participe el Estado, las organizaciones civiles y sociales, la comunidad, la familia y el individuo.

Es fundamental también generar confianza entre los actores y en el sujeto del proceso, que permita una interacción fluida y estable de instituciones, organizaciones y personas que se conocen, se comprenden, se respetan y están comprometidas en este y otros objetivos sociales.

Otro aspecto importante de la estrategia de inclusión social es la perspectiva de proceso, lo cual supone intervenciones de largo aliento, que abandonan la idea de un trabajo instrumental durante un corto periodo, interrumpido cuando la persona se libera de su adicción, lo que hace que no tenga seguimiento ni apoyo y acompañamiento posteriores.

A la visión de proceso hay que sumarle la de la integralidad. El trabajo de inclusión social supone transformar la visión reductiva del mero tratamiento terapéutico o de la inserción económica aislada o la opción punitiva, para ofrecer una propuesta donde se incluya la posibilidad de crecer, formarse como persona, empoderarse para participar y generar opciones de vida; pero además ofrecer posibilidades de educación y formación para el trabajo, posibilidades de restauración de los vínculos familiares y sociales, de inserción económica estable y, por supuesto, posibilidades de tratamiento terapéutico de la adicción.

Todo lo anterior requiere no solo cambios estratégicos y metodológicos, sino cambios culturales profundos. Valores como el respeto por los otros, por sus diferencias y su libertad, como la tolerancia y la ética del cuidado deben primar.

El objetivo fundamental de la estrategia de inclusión social será entonces favorecer la integración social y laboral de las personas con dificultades de inserción a través del desarrollo de su propio proyecto de vida, promoviendo la cohesión social y la igualdad de oportunidades para todos a través de sistemas de protección social y políticas de inclusión adecuadas, que tengan fácil accesibilidad y financiamiento, y sean sostenibles, adaptables y eficientes.

La inclusión social le apunta a enfrentar los problemas estructurales de manera integral, para que empiecen a modificarse las condiciones que llevaron a la exclusión y la adicción. La idea es asistir, acompañar, generar desarrollo y seguridad humana como camino a la felicidad.

No se trata de “normalizar” la vida de la gente, sino de generar condiciones para que puedan ejercer su libertad de manera digna. Antes que volver a la “normalidad”, la idea es generar capacidades para manejar el riesgo, para obtener reconocimiento, para mantenerse en el ciclo social y económico.

Es preciso facilitar la vida en comunidad, impulsar una realidad que sea cómoda para ello, una realidad que acoja, que respete las personas, que les dé libertad sin perder la privacidad; educándolas en el manejo de la libertad, la autonomía y el autocontrol, propiciando la potenciación de su ser mediante la formación y el empoderamiento.

Esa estrategia, ese sistema de atención orientado a los propósitos ya señalados requiere como condición básica, que existan unas políticas públicas favorables al desarrollo de la estrategia y a la cristalización efectiva de la inclusión social, con las cuales movilizar recursos, apoyos y capacidades institucionales y académicas. Requiere también un clima ético, una conciencia, unos valores y por supuesto la voluntad política del Estado, las instituciones y las comunidades, decididas a transformar la vida de quienes hoy se sienten excluidos de sus beneficios.

¿Cómo se ha abierto el camino de la inclusión social en Colombia para el tratamiento de la drogodependencia? ¿Cuáles han sido los enfoques teóricos, los desarrollos metodológicos, las aplicaciones prácticas de esta perspectivas? Buena parte de las respuestas a esas preguntas se sugieren en este libro, que es un testimonio de diversas formas de aproximarse a la inclusión social como la alternativa para el tratamiento de quienes tienen problemas con el consumo de sustancias y que tiene mucho que mostrar en esa perspectiva.



Introducción

Este libro recoge las propuestas y las experiencias que han desarrollado las fundaciones Procrear y Libérate en Bogotá, Niños de Papel en Bucaramanga, la corporación Teméride en Pereira, Arca de Noé en Pasto, Fundaser en Popayán y la corporación Encuentro de Villavicencio en el tratamiento de poblaciones con problemas de drogodependencia y vulnerabilidad social. Todas ellas han acogido niños y niñas, jóvenes y adultos en dificultades, para apoyarlos en la restitución de sus plenos derechos y posibilidades como ciudadanos.

Antes de entrar en la exposición de las experiencias, se presenta un agudo e interesante análisis del profesor Efreml Milanese¹ sobre lo que ha sido la evolución de la perspectiva del abordaje social en el tratamiento de la drogodependencia, desde dónde evolucionó, qué motivo su desarrollo, cómo ha sido su gestación e implementación y cuáles son sus verdaderas posibilidades. Su profunda disección abre un claro panorama a la exposición de las siete experiencias que se documentan.

La fundación social y formativa Arca de Noé desarrolla su proyecto educativo desde 1997 en la ciudad de Pasto, donde los niños, niñas y jóvenes en situación de calle encuentran un lugar de acogida, educación y emprendimiento, que les permite mejorar sus condiciones y construir un proyecto de vida. La formación en el emprendimiento social que reciben niños, niñas y jóvenes en la fundación va

¹ Psicoanalista Italiano. Asesor del departamento internacional de Cáritas Alemana en el área de drogas en América Latina, Asia, África y Europa.

más allá de la simple búsqueda de la productividad y la generación de recursos, mediante el modelo de cooperativas basado en la solidaridad y la búsqueda del benéfico común. Es por esto que los logros de esta experiencia se dan en los ámbitos productivo, personal y social.

La Corporación Encuentro, en Villavicencio, ofrece un programa de atención que permite resolver las necesidades de desarrollo de los niños, niñas y los adolescentes en conflicto con la ley penal y consumidores de sustancias psicoactivas, mediante un enfoque de desarrollo personal, autónomo y sostenible. Para esto, la corporación les ofrece un ambiente que les garantiza a los jóvenes la promoción, garantía y restitución de sus derechos y la construcción de sus deberes, estimulando la reformulación de su estilo y proyecto de vida.

La Fundación para el Desarrollo Integral del Ser, Fundaser, inició sus actividades en el año 2000, con la intención de ofrecer atención a niños y niñas que requieren protección integral en la ciudad de Popayán. Desde ese momento, atiende niños y niñas que viven problemáticas de abandono, violencia intrafamiliar, abuso sexual, consumo de drogas, desvinculación del conflicto armado y desplazamiento, principalmente. Con el objetivo de prevenir, orientar y reinsertar a los niños y niñas, se establece un perfil de vulnerabilidad y se elabora un plan de acción individual entre el adolescente, la familia y el equipo de la institución, con claridad en los compromisos, tiempos relativos al cumplimiento de los objetivos de cambio y transformación expresados de común acuerdo.

La Fundación Libérate, de Bogotá, es un centro especializado en la prevención y el tratamiento de las adicciones en personas entre los 15 y los 65 años de edad, provenientes de todo el país, utilizando un modelo de atención biopsicosocial, en el que se integran los aspectos biológico, psicológico y social de cada persona. Durante los cinco años de trabajo, la Fundación, ha desarrollado y fortalecido la implementación de este modelo, logrando un entendimiento global e integral de la enfermedad, en el que cobra gran importancia la participación activa del usuario como gestor de su propia vida, por lo que se promueve la puesta en marcha de su proyecto de vida y la creación de redes de apoyo que generen hábitos saludables.

Fundación Niños de Papel, de Bucaramanga, es una organización con 17 años de experiencia en el trabajo con niños, niñas y adolescentes en diferentes condiciones de vulnerabilidad, que basa su labor en ofrecer una sólida formación sociolabo-

ral para asegurar que puedan integrarse a su medio personal, social y laboral, y mejorar sus condiciones de vida. Se busca que, a largo plazo, los niños logren su participación en escenarios productivos como individuos útiles y capaces de obtener y conservar un rol ocupacional acorde con sus características individuales.

La Fundación Procrear ha desarrollado desde 2002 un proyecto de prevención primaria y mejoramiento de las condiciones de personas en situación de riesgo y exclusión grave en el centro de Bogotá, mediante un centro de escucha para el tratamiento de base comunitaria, llamado El Parche. En el centro de escucha se trabaja en la construcción de una estrategia de reducción del sufrimiento ocasionado por problemas asociados con el consumo de sustancias psicoactivas y la infección por el VIH, a través de un conjunto de acciones que modifican las relaciones entre las personas, los grupos, las instituciones y las redes.

Finalmente, **la Corporación Teméride y la Gobernación de Risaralda**, han construido un modelo socioeducativo en la ciudad de Pereira que beneficia a habitantes de calle, recicladores, trabajadoras y trabajadores sexuales y sus familias, contribuyendo a la prevención y reducción del daño causado por el consumo de sustancias psicoactivas. Este modelo se desarrolla en torno a tres ejes: *el territorio*, como escenario de la cotidianidad; *la comunidad*, como un actor activo, dada la importancia que tiene para el individuo establecer vínculos que desarrollen de manera adecuada sus habilidades y estrategias, y *la familia*, como aquel referente inmediato sobre el cual se han construido los valores y el sentido de vida, para desde allí incidir en la relación con el consumo, que exponen al riesgo y hacen más vulnerable a esta población. Callejando por la vida, como se llama este proyecto, es hoy el modelo de acompañamiento y coordinación interinstitucional entre la sociedad civil y las instituciones públicas.

Todas estas experiencias, recogidas gracias a la colaboración activa de los gestores, administradores, profesionales, beneficiarios y colaboradores de las mismas, representan un avance importante en el tratamiento de la drogodependencia y las situaciones de exclusión, marginalidad y vulnerabilidad que constituyen su entorno natural. Los textos que documentan cada una, que se pueden leer a continuación, representan sin duda un importante aporte al mejoramiento de las prácticas sociales e institucionales enfocadas en esta perspectiva y un amplio conjunto de ideas y posibilidades que enriquecerán la práctica profesional de quienes están involucrados en tan importante tarea.



capítulo I





La comunidad:

BASURERO DE LOS FRACASOS INSTITUCIONALES Y OPORTUNIDAD PARA RELACIONES DE AYUDA

EFREM MILANESE

El diálogo entre la comunidad local y el sistema de las instituciones, en el campo de la asistencia y la salud pública, ha sido una constante en los últimos tres siglos. Este diálogo ha tratado de acercar los extremos de un dilema: excluir la persona de la comunidad para proteger a esta última o para proteger y curar a la persona de manera más eficaz, por un lado, y por el otro excluir a la persona necesitada de atención especializada o de la asistencia de alto nivel afirmando que la comunidad local podría hacerse cargo de ella. Dicho de otra manera: el dilema entre la especialización de las curas y cuidados y el comunitarismo, que produce a su vez dos formas de abandono: el abandono en el interior de las instituciones (los hospitales psiquiátricos, por ejemplo, o las comunidades terapéuticas donde las personas están por años, cuando no por toda la vida) o el abandono en comunidades locales sin recursos, sin apoyos y con alta vulnerabilidad.

Hacer políticas públicas de inclusión significa entonces romper con el paradigma del abandono, sea este en las instituciones o en la comunidad. Significa ir más allá de la idealización de las comunidades y de la demonización de las instituciones, o viceversa. Significa proponer respuestas concretas a problemas concretos, con mirada firme sobre los actores y procesos involucrados en los problemas.

Más recientemente, en la década de los 50 y por razones económicas, así como por los límites de las prácticas institucionales, sobre todo en la atención a enfermos crónicos (físicos y psíquicos) y a fenómenos nuevos en el área de la salud (como por ejemplo el consumo y la dependencia de sustancias, las personas afectadas por el VIH/SIDA, los ancianos), se inicia una reflexión y una práctica que se ha llamado *community care*¹ (partiendo de las experiencias inglesa y norteamericana, sin olvidar el aporte francés, aunque bajo nombres diferentes).

Lógicas para un cambio de paradigma

Primer acercamiento

Esta reflexión que condujo a una práctica concreta y al primer acercamiento de los dos extremos mencionados, respondió a lógicas diferentes:

1. El sistema médico y de salud se estaba especializando rápidamente y la especialización implicaba curas específicas y no globales, tomar a cargo enfermedades y no enfermos, órganos y no personas, aunque la dimensión personal pudiera llegar a ser parte integrante de la relación entre médico y paciente². Los sujetos que no pueden someterse a estas curas especializadas o que no pueden dar su órgano para que se les cure no tienen lugar en la organización de salud, en los hospitales.
2. Hay modalidades de sufrimiento que están ligadas a orígenes o causas que no se pueden modificar o que la ciencia no sabe todavía cómo hacerlo (discapacidad o enfermedad mental por ejemplo). En consecuencia es inútil crear instituciones en donde esto se intente, es mejor ayudar a las familias o a las redes sociales a hacerse cargo de la situación o dar ayudas puntuales a estas personas, cuando lo necesitan, sin sacarlos de su familia (se trata de un adelanto muy importante respecto a lo que se hacía anteriormente, cuando se producían encierros demasiado largos para los

¹ Folgheraiter Fabio (1994) *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro-sociale*. Trento Erikson. Este escrito, en algunos de sus pasajes, más allá de las citas textuales, se inspira libremente en el trabajo de Folgheraiter citado en esta nota.

² Estas reflexiones obviamente son algo reductivas respecto a la complejidad de la relación médico-paciente, sin embargo es oportuno tomar en cuenta que el médico y el paciente se relacionan en el contexto de un sistema (el sistema de salud o de cura) en el cual no está contemplada la eficacia en términos relacionales sino productivos.

enfermos mentales, por ejemplo, que ahora se destinan únicamente a los criminales).

3. Este acercamiento ha sido el resultado del encuentro entre un sistema de seguro social y sus límites³, no el resultado de una elaboración teórica o de una práctica de comunidad. Esto significa que el llamar a estos procesos de la acción social procesos comunitarios es una convención verbal que se refiere al simple hecho de ser la comunidad todo aquello que no es ni un hospital ni un servicio ni un asilo. Se entiende que este proceso de *community care* nos ha puesto a todos a reflexionar sobre el tema de la comunidad.
4. En realidad no es porque el problema de los incurables se desplace del hospital a la comunidad que éste se resuelve, ni que la comunidad tenga por definición los instrumentos que el hospital no tiene. Si en los años 50 constataron que el sistema de políticas de bienestar social necesitaba que la comunidad funcionara como un recurso, esto no significó que efectivamente lo fuese.

Se suscitaron serios problemas porque la comunidad no estaba dada, había que construirla, y las primeras tentativas de trabajo en la comunidad en realidad consistieron sencillamente en delegar la carga asistencial en las familias y en las redes subjetivas de las personas, pidiéndoles que transformaran a las familias o a las comunidades locales en función de los procesos de trabajo de los hospitales y de las clínicas.

Los problemas más evidentes que surgieron estuvieron ligados a la coordinación, financiación, mantenimiento de los estándares, la eficiencia de los servicios, la formación de los operadores y la ausencia de una relación auténtica⁴ entre los operadores de los servicios y de las instituciones y las personas o los actores de las situaciones problema (la comunidad).

³ Bertin G.(a cura de) (1988) *Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*, Milano Franco Angeli.

Esping Andersen et. Al (1986) *Risposte alla crisi dell'Welfare State: ridurre o trasformare le politiche sociali*, Angeli, Milano.

⁴ Por relación auténtica nos referimos a una relación de reciprocidad, interconexión e interdependencia, de paridad entre servicios institucionales o intencionales y lo que llamamos

Hacerse cargo de situaciones residuales

Segundo acercamiento

Es importante indicar que en el mundo anglosajón el término trabajo de comunidad o *community care* se ha transformado desde una posición centrada en una relación auténtica con redes familiares y comunitarias, en un argumento muy reaccionario utilizado para delegar todo a la comunidad y deshacerse de las situaciones que no pueden fortalecer los grandes sistemas de cura (hospitales, en particular)⁵. Las políticas de comunidad se han transformado entonces en un sistema que delega a la comunidad todo aquello que algunos sistemas fuertes de cura no encuentran financieramente rentable realizar, o que no se somete disciplinadamente a sus protocolos de intervención (esto es lo que usualmente se define como comunitarismo).

Hablar entonces de trabajo de comunidad exige identificar de cuál trabajo de comunidad se trata y qué se entiende por comunidad. Y de esta manera a los problemas mencionados algunos párrafos más arriba se añaden otros:

1. La transformación del mercado de trabajo, que implica la reorganización de la estructura familiar (la última modificación tiene el nombre de flexibilidad y de globalización y tiene todavía que ser estudiada).
2. Lo primero implica la reducción drástica de las figuras redundantes en las redes familiares y sociales y el empobrecimiento de las competencias en materia de asistencia en la sociedad (debida a la cultura de los asilos y de los hospitales).

Estos problemas han producido dos fenómenos:

- a. El incremento de las demandas de ayuda dirigidas a servicios especializados (hospitales, organizaciones privadas etc.); llamamos este tipo de demandas "carga directa".

⁵ Puede resultar útil, a veces, tratar de despojar a los términos de su carga ideológica para ver cual es la realidad a la que se refieren en el aquí y ahora de cada una de las situaciones sobre las cuales se pretende intervenir.

- b. El nacimiento de una carga indirecta constituida por todas las personas que, en la comunidad, necesitan de ayuda específica de información, capacitación y formación para poder hacerse cargo de la asistencia a las personas de manera eficaz y eficiente. Estas personas también manifiestan grandes necesidades de protección y de apoyo (funciones típicas de la asistencia que en la literatura se definen como efecto irradiación⁶).

Aumento del número de servicios y disminución de la calidad

Tercer acercamiento

Si se hubiera continuado con la lógica del trabajo comunitario implantada después de la segunda guerra mundial se hubiera creado una situación en la cual se tenían que implementar servicios para la información, la capacitación, la formación, el apoyo y la protección de los miembros de las redes subjetivas de las personas que necesitaban de asistencia. Esto hubiera producido algunos efectos perversos:

- Un incremento de los servicios, mientras que por razones económicas se buscaba reducirlos.
- Un incremento de la dependencia de las comunidades hacia las instituciones y los servicios, mientras que este era el problema que se quería resolver.
- Un incremento exponencial del número de los asistidos (entre directos e indirectos), mientras que este era el otro problema que se quería resolver.
- El alejamiento de los operadores, delegados al entrenamiento y a la formación, de las situaciones de trabajo directo con la población y con respecto a la población misma; su empobrecimiento en términos de conocimientos “clínicos”, es decir, nacidos en la relación con los pacientes y, en consecuencia, su imposibilidad, hasta cierto punto, de proponer procesos de entrenamiento y formación que tuvieran conexiones significativas con las situaciones que eran objetivo de formación.

⁶ En realidad el efecto irradiación del sufrimiento en el interior de una familia o de la red de amigos o de la red de vecinos, relacionado con algunas patologías es muy fuerte. Imaginemos el efecto irradiación de una farmacodependencia, o de una enfermedad psíquica grave etc.

La comunidad, del *care* al *helping* (del cuidado a la ayuda)

En todo este proceso el trabajo de comunidad ha sido siempre pensado como un trabajo de apoyo a la cura especializada y subordinado a ella. Dicho de otra manera, el trabajo de comunidad ha sido pensado como el lugar en el cual los servicios de salud o de protección social o bienestar social, por incompetencias o límites de otro tipo, depositan a las personas para poder ellos seguir haciendo exclusivamente el trabajo de su competencia (este es un paso hacia adelante), sin que esto signifique nada en la transformación de la relación entre servicios e instituciones y comunidad (este es un paso hacia atrás).

Este acercamiento se sitúa en el marco del concepto clásico de asistencia entendida en prevalencia como soporte (acudimiento, hacerse cargo de, preocuparse por, etc.), dando apoyos materiales y afectivos relacionales que permitan a las personas tener una vida cotidiana más digna, a pesar de situaciones patológicas graves o de limitaciones significativas (en lo físico y lo mental).

En esta perspectiva la asistencia y el trabajo de comunidad son formas mínimas de apoyo que no tienen como finalidad la de eliminar o reducir la patología sino la de diluirla en el interior de un contexto o un medio de vida humano (familiar) o institucional (comunidades específicas) reorganizado para permitir a la persona vivir su vida cotidiana con una cierta libertad, dignidad y seguridad.

Sin embargo, con el paso del tiempo, las instituciones especializadas se dieron cuenta de que en ciertos contextos (la enfermedad mental y la farmacodependencia, por ejemplo) existía una estrecha conexión entre las acciones de apoyo y soporte y las acciones de ayuda o de cura especializadas. Esta relación era tan fuerte que estos dos aspectos constituyeron los elementos de base del sistema que se llamó tratamiento.

Así se llegó a un sistema sostenido por dos pilares: el pilar del *care* y el del *helping*. El primero está caracterizado por conceptos como la sensibilidad, la atención solícita, la compensación y se define como *long term care* (cuidado a largo plazo). El segundo está caracterizado como una intervención intensiva, focalizada contra la naturaleza de la persona en ese momento, con el propósito de eliminar los aspectos que no funcionan (se trata de un esfuerzo de remodelación personal que se ha llamado *people processing*).

El término *care* se relaciona con el mantenimiento de los estándares mínimos de bienestar, mientras que *helping* se relaciona con el logro o la reconstrucción de los estándares óptimos que resuelven el límite en el funcionamiento de la persona. Se trata de una conceptualización muy discutible que ha producido efectos: la construcción de comunidades terapéuticas especializadas, es decir de microcosmos en los cuales hay lo mejor de lo asistencial y lo mejor de lo curativo. Al final son siempre los especialistas los que contribuyen a determinar el contexto (por especialistas se entiende no exclusivamente a los médicos, a los psiquiatras o psicólogos o psicoterapeutas, sino también a los que se definen a sí mismos como tales, los "teoterapeutas" por ejemplo, que proponen procesos todavía más radicales de reorganización de la vida cotidiana y psíquica, de manera que su terapia surta el mejor efecto posible).

Sin embargo no se han producido únicamente efectos perversos (más allá de la carga ideológica que algunas palabras conllevan). Las iniciativas que se inspiran en la cura intensiva o en el *people processing* han posibilitado la experimentación de prototipos o de procesos pilotos que han sido algunos de los motores de la investigación y de la transformación de los sectores de la salud social (pensamos por ejemplo en los resultados de las experimentaciones de la Tavistock Clinic, de los servicios de Psiquiatría de Trieste en la época de Basaglia o en las consecuencias en la psiquiatría francesa producto de las experimentaciones de Racamier, por ejemplo).

Modalidades tradicionales de trabajo comunitario

A través de este largo proceso de trabajo en la salud y en sus dimensiones sociales, se han constituido formas de trabajo en la comunidad que pueden llamarse tradicionales. A continuación se reseñan algunas con el propósito de favorecer la reflexión sobre la práctica cotidiana y evidenciar cuánto de tradicional hay en ella (no necesariamente para excluirlas de, sino para entender el sentido que tienen y el tipo de influencias que ejercen). Cada una de estas formas es, como se vio, una forma de trabajo de comunidad, por esta razón, en los renglones que siguen, se omite esta fórmula al referir cada una de ellas.

• Estrategia de desinstitucionalización

Ya se mencionó cómo el trabajo de comunidad había servido como estrategia para “sacar” de las instituciones especializadas algunas acciones de apoyo y soporte. En realidad las instituciones no realizaban estas acciones, lo que significa que no se sacaron de las instituciones “acciones o procesos” para realizarlos en la comunidad sino personas, para que en la comunidad fuera posible realizar lo que en las instituciones no era posible llevar a cabo.

• Asistencia informal

El tema de lo informal fue utilizado para referirse a todas aquellas formas de apoyo y cura que la persona necesitaba y que sistemas demasiado rígidos no permitían llevar a cabo. Fue la necesidad de atender a la persona y no solamente a su enfermedad lo que empujó hacia este tipo de transformación. Sin embargo esto implicó, de alguna manera, la expulsión o el alejamiento de la persona de la institución y no la transformación de la institución.

• Inserción de estructuras o servicios en la comunidad

Es una operación que se basa en la concepción de comunidad como territorio en el cual se implantan servicios que antes se prestaban en un hospital o en un centro especializado. Esto no implica que la relación entre operador y población cambie, significa únicamente que el beneficiario tiene que desplazarse menos para poder tener el servicio que necesita.

En la territorialización de los servicios se observaba, sin embargo, la idea de que en el interior de estructuras más pequeñas y cercanas a los lugares de vida de las personas la relación entre operador y “paciente” iba a cambiar, en el sentido de una mayor autenticidad y mayor atención a la persona.

• Asistencia formalizada en el domicilio de la persona

Este es el acercamiento máximo posible en términos de territorialización de los servicios. Las visitas familiares de médicos, especialistas en psiquiatría, trabajadoras sociales, enfermeros, educadoras se convirtieron en una forma de seguir a los “pacientes” sin que éstos salieran de su entorno familiar. Si esto constituyó un paso adelante en el acercamiento a la persona y a su entorno,

no significó cambios en la relación entre operador y paciente. Lo que se ha observado con frecuencia es que el operador, por las limitaciones del sistema en el cual trabaja (horarios, turnos de servicio, cantidad de pacientes a atender) vive la visita familiar como si se tratara de una visita en un reparto del hospital o en una de las estructuras de asistencia. Esto produjo con frecuencia un nivel alto de informalidad en la manera como la institución daba sus servicios y una formalización de las familias que tenían que asumir tareas de organización a su interior que favoreciera el trabajo del operador en el momento de su visita (institucionalización de las familias).

- **Asesoría socioasistencial en el territorio, en una óptica de *problem solving***

Por medio del proceso de territorialización el sistema socio asistencial (de *care*) llega paulatinamente a ocupar todo el espacio de la vida cotidiana de las personas. El último lugar que quedaba “libre” de la intervención era la comunidad misma que se ocupa por medio de los procesos de *problem solving*. En estos casos la intervención de comunidad significa ayudarla a resolver los problemas que se presentan por medio del empleo de técnicas y procesos de trabajo de grupo típicos de organizaciones productivas, educativas o de asistencia, por ejemplo. En este acercamiento la comunidad es considerada como una organización y por lo tanto es tratada como tal. El acercamiento por medio de esta estrategia no implica un trabajo de desarrollo comunitario o de modificación del sistema socioasistencial, sino una relación de ayuda que permite a ambos sistemas seguir persistiendo como son.

- **Mejoramiento por medio de procesos formales de las curas informales**

Es este un pasaje importante desde el punto de vista práctico y estratégico. El sistema asistencial, en lugar de seguir trabajando en la óptica del sistema que consideraba únicamente sus prácticas como buenas y adecuadas, empieza a considerar también como recursos los estilos y las prácticas de ayuda, asistencia o cura informales que las comunidades y las familias sabían realizar. El objetivo entonces ya no era el de considerar a la comunidad y a la familia como incompetentes sino como dotadas de competencias que tenían que ser reforzadas, formalizadas o sistematizadas.

Es en este contexto que se insertan los procesos de empoderamiento (*empowerment*) que trataban de lograr: capacitación a la familia; dirección y control sobre las redes primarias (familia y vecinos, intervención de red en sentido jerárquico: presionar a las redes para que intervengan); creación de redes de autoayuda en el interior de los servicios y de las instituciones; implementación de acciones dirigidas a mejorar la cultura comunitaria (en particular prevención y promoción del bienestar), previendo que los servicios, a través de estrategias de trabajo social comunitario, pudieran estimular y organizar a la comunidad como un todo, formando organizaciones, asociaciones y otro tipo de estructuras; planeando iniciativas de prevención; terapia familiar, derivada de la aplicación de la teoría general de los sistemas en el campo de la psicoterapia (Bateson, 1956) y orientada a mejorar a la familia en su conjunto, mas que al individuo (familia entendida como comunidad).

La adopción de estos procesos de empoderamiento transformó profundamente el trabajo en la comunidad y significó el punto de llegada (hasta el presente) de esa lenta transformación de las prácticas de *care* por medio de la integración de prácticas de *helping* y viceversa.

Las trampas de la modernidad y las formas nuevas del trabajo de comunidad: el trabajo de red

La introducción de la reflexión sobre el trabajo de comunidad a partir de la teoría de redes produjo un cambio ulterior. Es la situación que se vive en la actualidad y que se expresa en algunos elementos característicos: la centralidad de la sociedad civil, la presencia de procesos de autogestión, la organización de formas cooperativistas flexibles que planean, gestionan y realizan servicios dirigidos a la comunidad.

En este caso las formas cooperativas son el producto de un proceso de organización de la sociedad civil, no constituyen instituciones. Se supone en consecuencia que son más cercanas a las comunidades y a las personas. El producto de este proceso de autoorganización es la cogestión (público-privado) de programas al interior de los cuales se establecen espacios de autonomía, incrementales e interdependientes. Un aspecto importante en estos procesos de autogestión

es que los operadores de las formas cooperativas ya no son “personas dotadas de buena voluntad” sino profesionales como los de las instituciones, que sin embargo trabajan con modelos operativos y organizacionales inspirados en otros principios, en particular el *non profit*⁷.

Para entender el sentido de esta transformación, que constituye el punto de llegada de los pasajes que se ilustran desde el principio, es útil considerar en el lugar central de la reflexión el sentido del trabajo de comunidad basado en una óptica asistencialista. Para ello se ha tomado como referencia el excelente trabajo de Folgheraiter F. que sintetiza este proceso de reflexión por medio de cinco falsas creencias o trampas de la modernidad.

• Cuantitativa

Cada problema nuevo que surja puede ser resuelto por un nuevo servicio que se crea. Es suficiente tener recursos infinitos para tener servicios infinitos que se hagan cargo de problemas infinitos. Este acercamiento crea problemas de sostenibilidad (y además de oportunidad). La peor consecuencia de este proceso en el contexto del *care* y del *helping* es la organización de la asistencia en función de los servicios y la inflación de los mismos sin conexión con la vida cotidiana de la gente.

• Reduccionista

Un problema complejo siempre puede ser descompuesto en problemas más sencillos, asignando la solución de cada uno de ellos a servicios especializados creados para el efecto. Este es el acercamiento “resolución de problemas” (*problem solving*). Se puede ver en este proceso un desarrollo del precedente en términos de inflación de servicios: no solamente un servicio para cada uno de los tipos de problemas, sino un servicio para cada uno de los problemas que constituyen un problema. Se trata de una óptica rígidamente incremental que considera que los problemas complejos son la sumatoria de problemas más

⁷ Puede resultar útil considerar que este espíritu innovador ha producido formas de organización socioasistenciales que pueden incurrir en los mismos procesos de burocratización o de conflictos entre las diferentes ideologías profesionales, que se encuentran en las instituciones. Ver a este propósito: Milanese E., Merlo R., Laffay B. (2000) *Prevención y cura de las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas. Una propuesta comunitaria. Tomo I° La Evaluación*. Plaza y Valdez, México.

sencillos y no el resultado de la interacción entre situaciones problema más sencillas (a veces).

- **Iluminista**

La eficacia de una intervención depende exclusivamente de la claridad de las ideas científicas subyacentes y de la precisión con la cual la intervención se lleva a cabo. En este contexto, si la intervención es ineficaz es porque el operador no ha sabido controlar todas las variables, como si su capacidad de control tuviera que ser virtualmente ilimitada, o que se esperara que su capacidad de control se incrementara al infinito a medida que progresa la investigación científica. En el contexto de las profesiones de ayuda esta afirmación o hipótesis no tiene valor.

- **Cualitativa**

La transformación de la calidad de vida de las personas, de los grupos o de las comunidades no depende solamente de la calidad de los servicios y de la calidad de las acciones o programas que estos producen y realizan. La eficacia de una relación de ayuda no depende exclusivamente de lo que hace el operador, sino de la manera con la cual cada uno de los actores involucrados en la acción reacciona respecto a esta. Banalizando: el ser humano es un sujeto, no un objeto de la relación. Es solamente cuando se trabaja con un objeto que el éxito de la acción depende de la *performance* de quien la opera.

- **De la eficacia**

No es mejorando a lo infinito la eficiencia de los servicios y de las prestaciones que se mejora el nivel de eficacia. La eficacia depende también de otros factores: la capacidad de trabajar en situaciones caracterizadas por altas turbulencias, la capacidad de establecer con las personas alianzas eficaces dirigidas al logro de los objetivos del *care* o del *helping*, la actitud hacia la persona, la flexibilidad en la conducción de los procesos, la capacidad de incidir en las relaciones entre sistemas diferentes que actúan sobre el mismo problema, etc..

El cambio y su lugar

Todas estas consideraciones conducen a estimar el cambio como tema central del trabajo de comunidad o de comunidades locales. Se trata entonces de ver

qué es lo que se entiende como “cambio”. Definirlo es importante para no caer en generalizaciones del mismo.

• **El cambio: equilibrios y rupturas de equilibrio**

Hay por lo menos dos tipos de cambio, el que se realiza en situaciones “normales” de desarrollo y movimiento de lo social (la vida cotidiana) y el que se realiza por medio de intervenciones o acciones intencionales y que se sitúa afuera de la normalidad (entendida como vida cotidiana con toda su complejidad). Ambos campos son permeables e interconexos: las formas normales pueden volverse intencionales y extraordinarias y las extraordinarias pueden volverse normales, cotidianas y rutinarias.

Esto se refiere al cambio de segundo tipo, que surge como demanda o necesidad frente a una situación en la cual se ha dado una grave ruptura del equilibrio dinámico en los procesos de desarrollo, es decir, en los cambios rutinarios presentes en la vida cotidiana. Lo anterior significa que las formas “tradicionales” de manejo de los procesos de cambio (por lo regular se trata de formas de adaptación de lo diferente en función de lo normal) no logran producir el efecto esperado (esto significa que son las formas “tradicionales” las que tienen que cambiar).

Hay dos formas de cambio extraordinario que han sido manejadas por la cultura durante siglos, de manera impropia la mayoría de las veces: se trata de los cambios introducidos por el nacer y el morir. Las modalidades de manejo han sido consideradas tan importantes que han producido formas ritualizadas que se traspasan de una generación a otra por medio de las instituciones. Las instituciones, a su vez, han sido formadas y constituidas para manejar estas formas de cambio de manera que no produzcan un des-orden que iría en contra de los intereses del grupo produciendo una fecundidad sin límites y por consecuencia mortal o una muerte sin límites y por consecuencia catastrófica.

Otras formas de cambio que han sido ritualizadas son los cambios debidos al crecimiento, el paso de la niñez a la vida adulta y los cambios relacionados con la sexualidad. Los rituales de iniciación han sido construidos para manejar ambos cambios, no porque coincidan sino porque sirven para garantizar las dos necesidades básicas de todo grupo humano, su persistencia y su desarrollo.

• El cambio como evolución

Uno de los elementos que pueden crear algunas dificultades en el manejo del cambio o en su producción, cuando es necesario, es que las situaciones de equilibrio siempre están en evolución y se considera evolución a toda forma de cambio de alguna manera previsible y considerada manejable, o que no modifica todo el sistema.

Esto implica como consecuencia que cuando se introducen formas para crear un cambio extraordinario (por ejemplo contener los efectos de exclusión social en una familia, en una comunidad local o en una institución de educación) el cambio no produce una situación igual o parecida a la que existía antes de manifestarse el problema, sino una situación a veces totalmente nueva respecto a las formas evolutivas previstas por el sistema y en consecuencia predecibles o respecto a las que la intervención tenía previstas en sus objetivos y finalidades.

Esto significa que la producción de cambios extraordinarios se ubica en un proceso de cambios cotidianos influenciándolos y dejándose influenciar por ellos (no es que la vida cotidiana de una comunidad se detenga esperando que el cambio extraordinario se realice, la comunidad local sigue viviendo su vida cotidiana y esto modifica el proceso de realización de las acciones dirigidas a implementar el cambio extraordinario). Por otro lado las acciones de cambio extraordinario desde el primer momento modifican el funcionamiento normal del desarrollo de la vida cotidiana y estas influencias recíprocas producen un proceso constantemente recursivo que tendrá resultados inmediatos, a veces perceptibles y a veces no, pero de todos modos resultados finales, en parte predecibles y en parte no.

Lo que es posible predecir es la finalidad global (la reducción de los procesos de exclusión) pero no como ésta se realizará concretamente. La realización es el resultado del proceso de las interconexiones entre acciones, entre desarrollo normal y cambio extraordinario, entre actores y sistemas. En síntesis: el cambio social extraordinario no es una restauración sino una evolución intencional de las relaciones entre sujetos o sistemas, con efectos parcialmente previsibles.

• El lugar del cambio

Se puede decir que el cambio “tiene que realizarse en la interfaz entre las instituciones y la sociedad” como dice Folgheraiter. Y lo cierto es que las personas se encuentran en el contexto de dos grandes sistemas: instituciones por un lado y sociedad por el otro. Este mismo planteamiento puede darse también en el contexto de sistemas menos grandes o de micro sistemas. Por ejemplo:

- En la relación entre los representantes de la administración y de la gestión de una escuela y los docentes o entre éstos y los alumnos, entre los alumnos y la administración o la administración y los familiares.
- En la relación entre la administración de una alcaldía y la población;
- En la relación entre un servicio de pronta acogida de farmacodependientes y los farmacodependientes o sus familiares.
- En la relación entre familias de una misma comunidad.
- En la relación entre líderes de opinión, etc.

El listado puede ser infinito, como son infinitos los actores sociales, pero su operador lógico será siempre el mismo: relación, ese es el lugar en el cual se da el cambio.

Instrumentos para el cambio: La mediación operativa

El instrumento por medio del cual se puede incidir en la relación entre sistemas de actores o entre actores de los sistemas es la mediación operativa. Por medio de este rótulo se entiende una “(...) modalidad o posibles instrumentos por medio de los cuales llegar a la realidad e incidir sobre ella como uno lo desea”⁸.

Hablando de realidad, en esta perspectiva este texto no se refiere a la realidad objetiva, admitiendo que ésta exista como tal, ni fenomenológica, sino a la realidad que surge o es producida por la relación entre actores. Dicho de otra manera, si se tiene el problema de una situación de farmacodependencia en una familia,

⁸ Folgheraiter Fabio (1994) *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro-sociale*. Trento Erikson, pag 14

el objetivo de la mediación operativa es el de proponer entre todos los actores del sistema (el operador social también) algunas acciones que modifiquen las relaciones entre los actores. Estas acciones son relaciones específicas producidas por la red familiar o propuestas como provocación por el operador.

Se puede entonces pasar de una perspectiva clásica, por medio de la cual la fuerza de la acción social se aplicaba al sujeto portador del problema (el que lo manifestaba), a una perspectiva relacional en la cual la fuerza de la acción social se aplica a la relación entre los actores que ponen en juego o representan el problema.

Conclusión

La Comunidad Local, entendida como sistema de redes puede constituir hoy un concepto que ayuda a resaltar de manera diferente el rol de la comunidad misma, tanto en lo que tiene que ver con crear o producir algunos de los problemas con los cuales se tiene que enfrentar, como en producir las respuestas en términos de cuidados, de cura y de inclusión. El tema de las redes y en particular de las redes de recursos que existen en la comunidad y que pueden ser evidenciadas, organizadas y empoderadas se encuentra entonces en el centro del debate actual. Este debate, en particular en el área de políticas públicas para la inclusión, tiene que enfrentarse con dos situaciones de fondo que no han cambiado en los últimos veinte años.

La primera está constituida por la escasez de recursos y por el incremento de situaciones que piden respuestas. Esto produce en las redes de recursos comunitarios una frustración profunda: saben hacer pero no pueden, desean saber hacer pero no hay recursos para un entrenamiento y un acompañamiento eficaz, siempre hay algo que falta y que se encuentra fuera de las posibilidades de los actores comunitarios.

La segunda es que para que haya recursos comunitarios se necesita de una comunidad (entendida aquí como un sistema de redes que animan un territorio). Ahora bien, las mutaciones producidas por el desarrollo de nuevas formas de producción y de distribución de la riqueza (entre estas la globalización) han modificado profundamente los modelos organizativos de las comunidades tra-

dicionales. En el caso específico de los consumidores de drogas severamente excluidos, estos pertenecen por lo general a comunidades altamente turbulentas enfocadas más en sobrevivir que en desarrollarse, con redes locales fuertemente organizadas para mantener situaciones al margen de la legalidad donde la exclusión es uno de los recursos utilizados para producir riqueza. No es entonces un problema que hay que resolver sino un estado de cosas que hay que consolidar (veamos por ejemplo la relación entre consumo de drogas, explotación del trabajo sexual, marginalidad y exclusión y cuan rentable puede ser en términos de producción de riqueza). En este caso incluir significa modificar reglas de producción y de intercambio de bienes, incidir en la organización misma de las redes locales, no significa únicamente focalizarse en los excluidos sino en los procesos que los producen y los necesitan, en los procesos que los mantienen en estado de exclusión.

Plantear políticas públicas de inclusión focalizadas en el fortalecimiento de los recursos comunitarios implica entonces tener simultáneamente la mirada puesta en las necesidades de los excluidos y sus derechos fundamentales pero también en los procesos que los necesitan, que los producen y que los mantienen en estado de exclusión.

capítulo II

EXPERIENCIAS DE INCLUSIÓN SOCIAL: UNA RESPUESTA FRENTE A LA DROGODEPENDENCIA



Arca de Noé
PASTO



De la productividad

HACIA EL EMPRENDIMIENTO SOCIAL

Arca de Noé es una propuesta educativa para la libertad y la inclusión de los niños, las niñas y los jóvenes en situación de calle en la ciudad de Pasto, Nariño.

Trabaja en prevención, tratamiento y reinserción de aquellos niños, niñas y jóvenes que consumen drogas y que están en riesgo de ver vulnerados sus derechos o a los cuales ya les han sido vulnerados. Lo hace a través de procesos de acogida, formación y estímulo al emprendimiento, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida en un contexto de desarrollo humano sostenible y por medio de una real inclusión social.

Arca de Noé trabaja desde 1997 con niños y jóvenes en situación de calle, a los que ofreció en principio un albergue nocturno. A comienzos de 2002 avanzó hacia el montaje de talleres de formación prelaboral en sistemas, panadería y mecánica de motos, donde los jóvenes participaban en ciclos de seis meses, lo que estimuló un número significativo de grupos en formación con altas necesidades insatisfechas.

A partir de las inquietudes y realidades manifestadas por los jóvenes, se integró una organización con un grupo de cinco jóvenes egresados de este tipo de proceso, a la cual se unieron quince madres adolescentes que estaban en un proceso de formación adelantado por la Alcaldía Municipal de Pasto.

Desde febrero de 2003 se comenzaron las primeras reuniones de información y organización del grupo, buscando una estrategia diferente a la convencional de generar ingresos, como el emprendimiento social, y organizándose a través de un modelo solidario, la cooperativa.

Desde ese momento la cooperativa ha desarrollado acciones enmarcadas en el Plan de Seguridad Alimentaria de la ciudad y participa en programas como los comedores escolares, con la preparación de hasta 7.500 refrigerios diarios. Para ello dispone de una factoría de alimentos con una superficie de 600 m² y una panificadora con 900 m². También ha organizado una tienda solidaria y apoya toda clase de eventos sociales que requieran este tipo de servicios. Para los jóvenes que necesitan otro tipo de formación se cuenta con un taller de mecánica de motos. Los jóvenes que trabajan allí también participan en campeonatos a nivel departamental y nacional.

Las líneas de acción

Arca de Noé es una empresa social que se puede identificar como organización no gubernamental, dedicada al desarrollo de proyectos sociales participativos con niños, niñas, jóvenes, familias y comunidad en general. Sus líneas de acción se recogen en un eje investigativo y cuatro componentes.

• Eje investigativo

Arca de Noé impulsa con la Gobernación de Nariño el Observatorio Departamental de Drogas,, que junto con su Centro de Documentación constituyen herramientas investigativas orientadas al constante monitoreo del fenómeno de las drogas en Nariño, para sugerir estrategias de intervención con población en situación de calle, vinculada al consumo de drogas.

• Componente de Acogida

Se trabaja a través de dos comunidades de acogida: una para niños y jóvenes en proceso de inclusión social y otra dirigida a madres adolescentes en situación de calle. En la primera el modelo de atención refleja el modelo familiar comunitario, en ella participan niños, niñas y jóvenes en edades que van desde

los 8 a los 23 años de edad. En la segunda el énfasis se pone en crear en la niña gestante y en la madre adolescente el concepto de la importancia de una familia funcional y protectora, apoyando la formación de nuevas familias como salida a una situación de alto riesgo, trabajando tanto la maternidad como la paternidad responsable.

• **Componente Pedagógico**

La empresa social cuenta con una guardería en la que se atienden cerca de cincuenta bebés diarios y con una escuela experimental dirigida a niños, niñas y jóvenes con problemáticas asociadas a la calle, allí se atienden alrededor de 120 muchachos y muchachas diarias entre los cinco y los catorce años.

Las dos propuestas pedagógicas ofrecen una serie de servicios complementarios como el acompañamiento para facilitar el acceso a los servicios sociales de obligatoriedad del Estado, seguimiento psicosocial, atención médica general y seguimiento nutricional, que se desarrolla a través de un proceso de seguridad alimentaria.

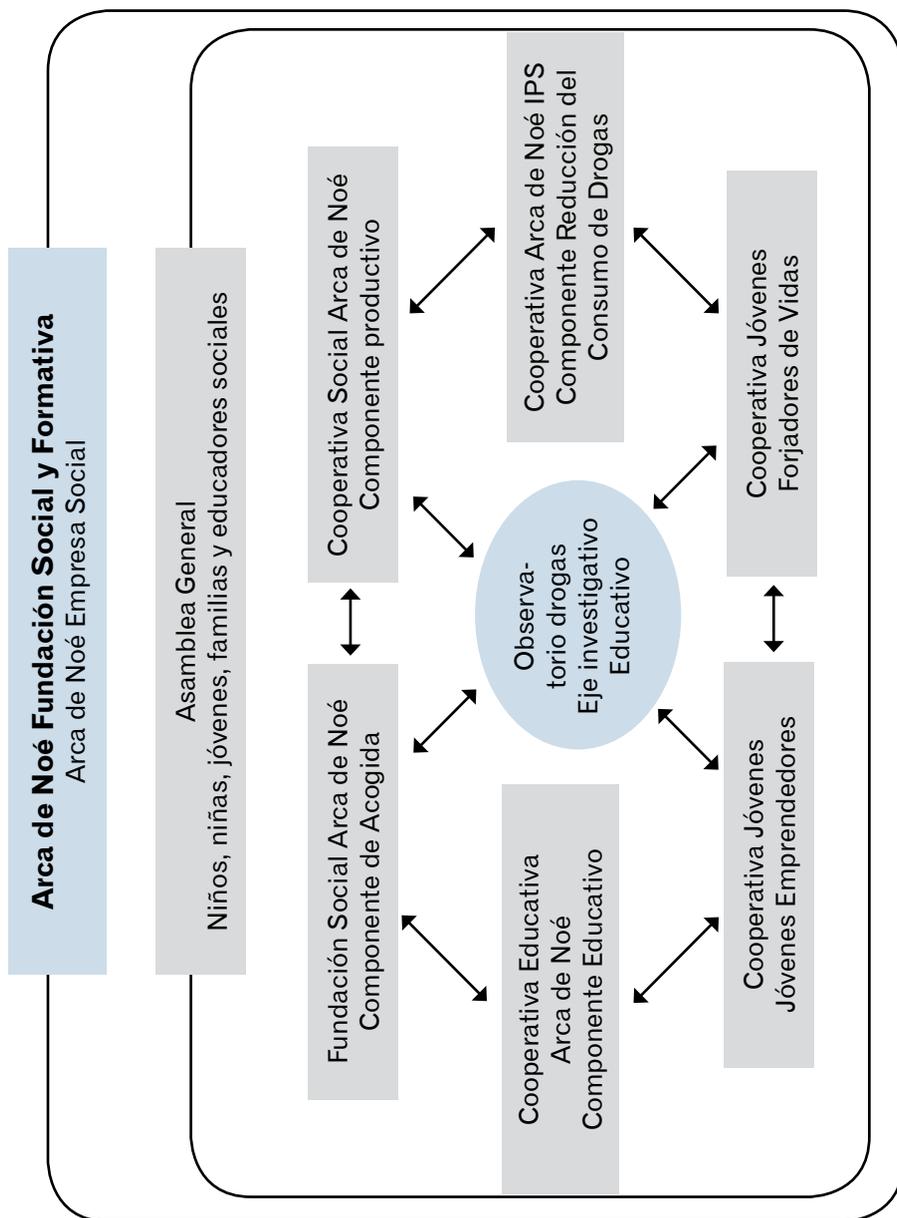
• **Componente de Emprendimiento Social**

En la Cooperativa Social Arca de Noé se adelantan una serie de acciones para acompañar a los jóvenes y a madres adolescentes en nuevos tipos de organización, estrechamente vinculados a la producción. Este proceso, que integra la asociatividad, la formación y la producción, pretende mejorar su calidad de vida y desarrollar un pensamiento basado en la cooperación, la integración y la solidaridad como alternativa para el desarrollo humano y la superación de la realidad que viven.

• **Componente de Reducción del Consumo de Drogas**

Para los niños, las niñas y los jóvenes que presentan problemas de drogas, Arca de Noé creó una cooperativa de servicios en salud con la cual garantizar un tratamiento clínico-social adecuado y desarrollar un real proceso de inclusión social utilizando los otros servicios de la fundación. Su objetivo estratégico es rehabilitar e incluir socialmente a estas personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades reales de participación social y productividad.

Estructura organizativa



Una experiencia de inclusión



El enfoque de la experiencia de Arca de Noé es de inclusión social a través de la formación y la productividad como estilo de vida, vivenciada y practicada en los encuentros diarios que promueven el desarrollo de habilidades y destrezas dentro de un ambiente protegido, que permite aprender de los errores y enriquecerse de los mismos.

Esta forma de trabajo va más allá de la sola productividad y generación de recursos para el mejoramiento de la calidad de vida de los destinatarios, está fundamentada en el cooperativismo como estrategia de organización y como concepción de vida, que permite trascender el interés individual para lograr el beneficio común; allí, la solidaridad se convierte en la base y en el fin de los procesos emprendidos.

Para lograr este objetivo se trabaja en el desarrollo de habilidades y destrezas que faciliten la vinculación del grupo de jóvenes y madres adolescentes al mundo laboral. También se busca generar ingresos económicos que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de los beneficiarios y sus familias, así como ofrecer herramientas que hagan posible una adecuada inclusión social.

Todo este esfuerzo cuenta con acompañamiento psicosocial, que fortalece y motiva el desarrollo desde la esfera personal, familiar y comunitaria.

La experiencia de Arca de Noé se inició con veinte jóvenes, cinco de ellos en proceso de inclusión social con problemas de consumo de sustancias y quince madres adolescentes, en algunos casos cabeza de familia. Personas que viven en su mayoría en las comunas 10 y 5, dos de las zonas de mayor vulnerabilidad social de la ciudad de Pasto. Los destinatarios de esta experiencia oscilan entre los 16 y los 24 años; pertenecen a estratos 0, 1 y 2; presentan bajo nivel de escolaridad; no cuentan con vivienda propia y conviven en condiciones de hacinamiento e insalubridad en algunos casos. Todo ello hace ver sus difíciles condiciones socioeconómicas, las cuales limitan no solo su desarrollo personal sino el de sus familias.

El grupo, a pesar de contar con diferentes necesidades, se unió desde sus experiencias individuales, sus expectativas y sus sueños, pero también en sus debilidades, temores y errores. La mayoría no contaba con ninguna experiencia laboral y algunos de ellos trabajaban la venta informal, sujetos a resultados inmediatos, individuales y en ocasiones ilegales.

Los jóvenes con problemas de consumo de drogas venían de una dinámica liderada por la vivencia en calle, donde la libertad para ellos significaba "hacer lo que quisieran". De esta forma las normas se convierten en el primer reto para este grupo de jóvenes y las relaciones entre ellos el segundo.

Las jóvenes madres, además de enfrentarse al mundo laboral, tenían que enfrentar la realidad de ser madres a temprana edad, lo que motivó la creación conjunta de una guardería para poder cuidar a sus hijos en horarios flexibles. Esto facilitó la creación de un espacio donde aprender, desarrollar sus habilidades y al tiempo responder por el cuidado y protección de sus hijos con toda la tranquilidad.

Cómo se desarrolla la experiencia

El trabajo de Arca de Noé con niños, niñas y jóvenes se desarrolla en cinco fases:

Primera fase

Integración y conformación

En esta fase se organiza el grupo y se integra a través del modelo de cooperativismo solidario, conformando una cooperativa en la que todos participan por igual sin importar su situación personal, género, ni edad. Para ello se hizo necesaria una inducción básica del proceso de cooperativismo que permitiera la comprensión del modelo y la forma de organización que se pretendía conformar.

Segunda fase

Formación hacia la productividad

Esta fase se desarrolla de manera conjunta, donde la formación se convierte en la base de la productividad y viceversa, permitiendo aprender, corregir y aportar en los espacios comunes y protegidos, como son las jornadas de trabajo y encuentros personales o grupales.

Tercera fase

Productividad

Una vez desarrolladas las habilidades y herramientas necesarias para enfrentar el mundo laboral, se crea el espacio para que se demuestre lo aprendido y desarrollado en las jornadas de formación, siempre acompañados y respaldados por el equipo coordinador (educadores), pero con plena autonomía y libertad en el ejercicio de las actividades productivas, así como en la organización de horarios, tiempos, cargos y funciones de acuerdo con sus perfiles.

Cuarta fase

Formación hacia el emprendimiento social

Una vez se cuenta con la autonomía para el desarrollo de habilidades productivas, se retoma la solidaridad como el fundamento de sus acciones como personas y como equipo de trabajo y se orienta el trabajo hacia la motivación y desarrollo de un emprendimiento social que, a diferencia de otras cooperativas, permita no solo pensar en el beneficio común de los asociados sino de la comunidad en general, desarrollando así encuentros para comprender el concepto nuevo en la experiencia, pero con gran soporte teórico y práctico.

La estrategia de coordinación

La construcción de relaciones y alianzas interinstitucionales con otras ONG y OG ha favorecido el desarrollo de la experiencia, permitiendo diseñar conjuntamente propuestas que no solo benefician a los jóvenes vinculados a la cooperativa social, sino al resto de población vulnerable vinculada a Arca de Noé. Igualmente el enfoque solidario y la capacidad de producción han permitido insertarse en programas de índole municipal, como el de seguridad alimentaria, el cual permite ampliar el marco de intervención desde los productores-transformadores hasta los consumidores, que hacen parte de un mercado social justo y solidario.

Las relaciones interinstitucionales cultivadas han permitido crear iniciativas sociales que puedan incidir en políticas públicas orientadas a favorecer a la población en situación de vulnerabilidad con la que trabaja Arca de Noé.

Dentro de este mismo marco ha existido una coordinación liderada por Arca de Noé con diferentes organismos, que ha incidido en el exitoso desarrollo de las diferentes iniciativas sociales a favor de niños, niñas, jóvenes y madres adolescentes vinculados a través de los diferentes programas de la institución.

A nivel local se han establecido relaciones con la Gobernación de Nariño, el Instituto Departamental de Salud, la Alcaldía Municipal de Pasto, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Educación, el ICBF y la Alianza Equidad y Desarrollo.

A nivel internacional se ha logrado la cooperación de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC, la Comunidad Europea y el Centro Italiano de Ayuda a la Infancia.

Los resultados de la experiencia y sus beneficiarios

Los logros obtenidos de esta experiencia se extienden a los ámbitos productivo, personal y social.

- Los participantes en la experiencia se formaron bajo el concepto básico de emprendimiento social, lo que aporta una recursividad enorme para el desarrollo empresarial futuro de cada uno; además se formaron en el concepto de cooperativismo solidario, donde definir el tipo de negocio para montar depende del bienestar de la comunidad en general y no solamente del de los socios de la cooperativa.
- Se contribuyó en la reducción del consumo de sustancias mediante los espacios de acompañamiento social, formación y productividad, como forma de tratamiento y compromiso social.
- Los jóvenes y madres adolescentes partícipes de esta experiencia se integraron y aprendieron a trabajar en equipo, respetando sus diferencias y apoyándose en sus necesidades comunes.
- Se desarrollaron habilidades y destrezas que facilitarían la comprensión del verdadero sentido del trabajo y el significado de conceptos como responsabilidad, puntualidad y constancia.
- Se creó un espacio y una oportunidad de acceder al mundo laboral a través de propuestas colectivas y no individualistas como comúnmente suele presentarse.
- Se generó el respaldo necesario para que los jóvenes no solo participaran de las propuestas productivas al interior de la institución, sino también hacia el sector local de la ciudad de Pasto.
- Se generaron recursos que contribuyeron al mejoramiento de la calidad de vida de los beneficiarios y sus familias.
- Se contribuyó a la solución de situaciones legales, personales y familiares que en un momento dado afectaban no solo el desarrollo personal, sino la integración y el desempeño productivo.

- La experiencia ha logrado reconocimiento local y nacional gracias a que, mediante la utilización del modelo de economía solidaria ha logrado la inserción social de jóvenes con problemática de consumo de sustancias y madres adolescentes.
- Los beneficiarios directos de esta experiencia han sido treinta jóvenes y madres adolescentes y cinco familias jóvenes vinculadas al proceso, partícipes de la jornada de formación y productividad. Ellos en la actualidad conforman una cooperativa social propia y se encuentran vinculados a las diferentes áreas productivas de Arca de Noé: factoría de alimentos, panificadora, tienda solidaria y mecánica de motos.
- Otros beneficiarios directos son cincuenta niños y niñas menores de 5 años que hacen parte de la guardería *Pequeños Callejeros*, quienes son hijos de los jóvenes y las madres adolescentes de la cooperativa social e hijos de familias que viven o se encuentran permanentemente en el sector del centro de Pasto, en general personas que necesitan del servicio por los oficios que desempeñan: vendedores informales, trabajadoras sexuales, recicladores y personas de escasos recursos, entre otras.
- Los beneficiarios indirectos de esta experiencia han sido las familias de los jóvenes, en especial sus hijos, con quienes se han organizado diferentes actividades orientadas a la restitución de derechos vulnerados como la salud, la educación, la complementación alimentaria, la recreación, la orientación y el tratamiento a través del Centro de Atención de Drogodependencia, CAD, entre otros.
- Con el montaje y funcionamiento de la tienda solidaria se ha logrado beneficiar a las familias que participan de los programas que desarrolla la fundación, así como a la comunidad en general, que accede a los productos de la tienda a un precio justo y obtiene calidad, inclusive a través de microcréditos familiares que permiten una mejor organización de sus ingresos, los cuales son diarios, dada las actividades informales que desempeñan. También Arca de Noé y otras ONG de la ciudad se han beneficiado del servicio, pues compran alimentos perecederos y no perecederos a un precio justo, así como también algunas instituciones educativas de la ciudad, a quienes se les suministran refrigerios diarios mediante contratos y convenios.



El impacto de la experiencia

La experiencia adelantada por Arca de Noe desde febrero de 2003 ha generado un importante reconocimiento por la participación y el aporte social que este tipo de población puede desarrollar a través del modelo de cooperativismo solidario, reduciendo los índices de consumo de sustancias, hurto, desempleo y baja autoestima y contribuyendo a la inclusión social de jóvenes con problemática de consumo de sustancias y madres adolescentes beneficiarias.

También ha sido objeto de reconocimiento el trabajo con población vulnerable bajo el modelo de cooperativismo orientado hacia el trabajo solidario, que va más allá de los beneficios individuales.

Se han proyectado nuevas líneas productivas que motiven no solo la generación de nuevos ingresos y vinculaciones productivas, sino el desarrollo de un sistema de emprendimiento social que tiene en cuenta no solo el beneficio individual del emprendedor sino el de toda la comunidad que lo rodea.

La intervención con jóvenes y madres adolescentes con problemática de consumo a través del modelo solidario ha constituido una alternativa para replantear la formación y productividad desde lo cotidiano.

Otro impacto importante es el de haber vinculado al mundo laboral a 45 personas, entre jóvenes, madres adolescentes y algunas familias jóvenes partícipes del proceso, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida.

Gracias a la experiencia adquirida en estos años de formación y productividad, la cooperativa ha logrado insertarse en el mercado local, permitiendo la realización de actividades relacionadas con la comercialización de alimentos y prestación de servicios.

Las lecciones aprendidas

Pese a que el modelo cooperativo tiene ya una trayectoria, su aplicación como una metodología nueva para el trabajo con este tipo de población, permitiendo la integración de la teoría solidaria con la realidad y cotidianidad compartida en el diario vivir, ha sido un logro importante. El modelo cooperativo solidario se convierte en un estilo de vida compartido y vivenciado en cada uno de los espacios y procesos productivos y sociales emprendidos bajo el concepto de solidaridad.

- El nivel de organización y responsabilidad social de los jóvenes y madres adolescentes en el inicio de la experiencia fue muy bajo, por sus experiencias y necesidades inmediatas, sin embargo con el trabajo de formación y productividad iniciado se comenzó a crear sentido de pertenencia, compromiso y autonomía frente a las responsabilidades asumidas.
- El proceso de organización y formación no se redujo únicamente a la formación para el cooperativismo, como requisito básico para la conformación de cooperativas, sino que se amplió al acompañamiento y formación integral, que se vive y se proyecta a lo largo de la experiencia como sentido de vida, concluyendo así que la sola legalización de este tipo de modelo no es el fin, ni el inicio del proceso sino una parte del todo que compone este modelo de intervención.

- No todos los participantes del proceso lograron el mismo nivel de empoderamiento. Algunos desertaron por diferentes motivos, como su vinculación a otro tipo de negocios, o su cambio de vivienda fuera de la ciudad, por desacuerdos y conflictos familiares o porque la experiencia para algunos finaliza cuando se logra aplicar el modelo de generación de ingresos, lo que ha demostrado que a pesar de ser un proceso colectivo y solidario el proceso de inclusión social se desarrolla de manera individual, de acuerdo con los avances y retrocesos de cada uno.
- La atención y acompañamiento psicosocial permanentes han permitido identificar y comprender actitudes, comportamientos y hasta ausencia de los y las jóvenes, durante el proceso, reconociendo una realidad personal, familiar, grupal y comunitaria.
- Se estableció que es preciso contar con una adecuada dotación de maquinaria y herramientas en las áreas productivas, para apuntar a una formación integral y empresarial.

Posibilidades de sostenibilidad y transferencia de las innovaciones de la experiencia

Teniendo en cuenta que esta intervención se basa en la formación y la productividad con un enfoque solidario, se espera una participación activa y directa de los beneficiarios, aprovechando las potencialidades y habilidades desarrolladas para impulsar no solo nuevas propuestas lideradas por la institución, sino también las propuestas y emprendimientos generados por ellos mismos.

Aunque hasta el momento el equipo responsable apoya y respalda parte de estos procesos en lo económico, organizativo y de infraestructura, la sostenibilidad se proyecta en la absoluta autonomía de los emprendimientos y ejecución de propuestas que nacen desde sus intereses y saberes, para beneficio de los participantes.

Además de los logros colectivos a través del modelo, se ha conseguido también una formación personal para que este tipo de población adquiera herramientas validas para enfrentar y responder a un mundo laboral que no tiene en cuenta condiciones de vulnerabilidad sino desarrollo de habilidades competitivas y eficaces.

La organización a través del modelo solidario de cooperativas generó grandes expectativas tanto en el grupo beneficiario, como en otras ONG y en la administración municipal, por ser una experiencia nueva para la organización y participación de un grupo de personas, con estilos de vida y organización muy diferente a las de la propuesta.

Durante y después de las jornadas de formación y productividad los y las jóvenes incentivaron pequeñas propuestas de mercadeo que han permitido arrojar el diseño y montaje de nuevas áreas productivas, que no solo respondan a un proceso de formación, sino de emprendimiento social y comunitario.

El montaje de una guardería, como resultado de la organización y satisfacción de la necesidad del cuidado de sus hijos y como una forma a su vez solidaria de actuar frente a los compromisos y responsabilidades productivas, ha sido otro modelo a difundir en el entorno comunitario de la experiencia.

El equipo de trabajo

Arca de Noé trabaja esta experiencia con un equipo de educadores sociales, que actúan interdisciplinariamente:

Cesare Cettini, educador social experto en drogodependencia – Representante legal de Arca de Noé Fundación social y formativa.

Camila Finazzi, educadora social, coordinadora del componente Emprendimiento Social.

Adriana Benavides, trabajadora social, gerente de la Cooperativa Social Arca de Noé.

Alexandra Sánchez, psicóloga social, coordinadora del área de Formación y Atención Psicosocial.

Fredy Rodríguez, educador social, coordinador de las áreas productivas.

Luz Marina Acosta, psicóloga, gerente de la Cooperativa Arca de Noé IPS y responsable del equipo CAD.

María Mercedes Figueroa, socióloga, coordinadora investigación.

Paola Castro, comunicadora social, coordinadora comunicaciones.



ARCA DE NOÉ
FUNDACIÓN SOCIAL Y FORMATIVA

Cra 20B N 21-23 / La Panadería
San Juan de Pasto, Nariño
Teléfonos: 720 7216 - 720 1244
Contacto: Cesare Cettini
arcadenoe@telecom.com.co



Corporación Encuentro
VILLAVICENCIO



EL CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Aldea Agua Clara

La Corporación Encuentro creó el Centro de Integración Social para atender a jóvenes de ambos sexos que desertan de la escuela y se involucran en el consumo de sustancias psicoactivas por causas como la necesidad económica de trabajar desde muy temprana edad, ausencia de respuestas a sus expectativas actuales por parte de las instituciones educativas, o los problemas de disciplina y aceptación de autoridad.

Esos jóvenes muestran comportamientos violentos y agresivos, con tendencia a la formación de grupos sometidos a líderes que demuestran fuerza, poder y en algunos casos posesión de dinero. También presentan historias de desescolarización temprana: 60% de ellos se hallaba cursando hasta sexto grado de educación básica; 35% cursaba entre el sexto y el octavo grado de educación básica y 5% se encontraba cursando los dos grados correspondientes a la educación media cuando abandonaron el estudio.

Los y las jóvenes muestran grupos familiares carentes de padre en la mayoría de los casos, con un alto índice de madre solterismo, marginados muchos de ellos

de las ofertas formales de educación y empleo, por lo cual se ocupan entonces en actividades ilegales e informales, como medio alternativo de satisfacción de las necesidades básicas.

Por ello, en la Corporación se empeñaron en ofrecer un programa de atención especializado en el tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas, mediante un enfoque de Desarrollo Personal (pedagógico, terapéutico y participativo), dirigido hacia el desarrollo integral, autónomo y sostenible, de acuerdo con el interés superior, en un ambiente que le garantice a los jóvenes el goce de sus derechos y la construcción de sus deberes, estimulando la reformulación de su estilo y proyecto de vida.

Para lograr este objetivo se propusieron a su vez:

1. Crear espacios de participación mediante procesos pedagógicos y actividades lúdicas y recreativas promovidas por cada uno de los integrantes del grupo interdisciplinario, para facilitar la recopilación de la información requerida en la elaboración del Plan de Atención Individual.
2. Crear espacios de participación que faciliten el desarrollo del Plan de Atención Individual con la vinculación de la familia y su entorno sociocultural.
3. Preparar al niño(a) o joven para el desprendimiento gradual y su reingreso al medio sociofamiliar como ser autónomo, participativo, con capacidad de actuar como ciudadano con derechos y deberes.
4. Verificar el impacto y efectividad del proceso de atención, que se realiza como mínimo durante dos meses, a quienes estuvieron vinculados al proceso, para acompañarlos en su inserción al medio familiar y social.

El enfoque del trabajo

El enfoque sobre el que se basa la Corporación Encuentro para adelantar el trabajo es el de la *Protección Integral en el Modelo Restaurativo* que transforma el concepto de niño, niña o adolescente visto como objeto pasivo de protección, como una propiedad privada de los padres y como un ser incapaz, hacia un concepto de niño/adolescente, como persona en desarrollo, con derechos plenos y un ser activo en su relación con el mundo y las personas que lo rodean.

En el caso del adolescente infractor de la ley se asume como sujeto de derechos, lo que significa reconocer su responsabilidad progresiva frente a la ley en virtud del desarrollo individual, su capacidad de participar activamente en todas las decisiones que lo afectan, el derecho a que le sean respetadas todas las garantías procesales y a que le sean propiciadas las condiciones para el ejercicio pleno de todos sus derechos mientras se encuentra vinculado al proceso judicial y, adicionalmente, a ser tratado con respeto en una relación pedagógica encaminada a desarrollar en él plena conciencia como ciudadano activo y responsable.

Las líneas de acción

Para cristalizar estos objetivos dentro del enfoque propuesto, la Corporación trabaja en seis líneas de acción:

- **Componente familiar:** en el que se analiza a la familia desde el enfoque sistémico - ecológico, el cual reconoce la diversidad y la complejidad como características de los sistemas bio – antropo - sociales, de modo que toda acción que se ejerce sobre un individuo repercute sobre la familia y vice-versa, y lo mismo ocurre con toda acción que se desarrolla dentro de su entorno social.
- **Componente pedagógico:** plantea que la construcción de la persona debe ser el proceso central de la educación, contemplada desde el desarrollo integral del ser humano, única forma de lograr la satisfacción de sus necesidades, el ejercicio de la ciudadanía y el manejo de códigos de la modernidad. Desde esta perspectiva, la educación personalizada surge como una modalidad educativa que se apoya en la consideración del ser humano como persona activa, con posibilidades personales para explorar, cambiar y transformar el mundo que lo rodea.
- **Componente cultural:** permite hacer del proceso reeducativo una construcción colectiva, producto de la relación humana entre jóvenes y profesionales, entre los mismos jóvenes y finalmente entre jóvenes y familia. Dicha construcción colectiva es posible gracias al diálogo, que crea las condiciones para animar la acción y generar la reflexión, para motivar la participación y finalmente la creación de un nuevo estilo de vida.

- **Componente terapéutico:** favorece el que los niños, las niñas y lo(a)s adolescentes se recuperen emocionalmente, fortalezcan su autoestima y clarifiquen su identidad, para que estén en condiciones óptimas de estructurar un proyecto de vida autónomo y puedan reintegrarse socialmente de manera eficaz, productiva y satisfactoria.
- **Componente de salud y nutrición:** vela por el buen estado físico y mental de los niños a partir de un conjunto de acciones orientadas a la organización y gestión de la atención en salud.
- **Componente de gestión:** integra acciones que permitan potenciar la intervención, como la organización de un sistema de información y registro de las acciones dirigidas a los niños, las niñas y lo(a)s adolescentes por áreas de derechos, la definición de planes de trabajo orientados a maximizar las acciones y evitar así el desgaste interinstitucional, la estimulación de la participación activa de la comunidad en la promoción, la intervención en la red y la elaboración de proyectos y programas guiados a la intervención directa y puntual sobre la problemática de niños, niñas y adolescentes.

Cómo se adelanta el trabajo

Establecido el contacto familiar, se inicia el proceso de terapia de familia de acuerdo con lo establecido en el Proyecto de Vida Personal e Integral (PLATIN), el cual pretende establecer una alianza terapéutica a fin de ganar la confianza y motivación suficientes para mantenerse dentro del proceso de cambio de los niños, niñas y adolescentes.

En el grupo de aprestamiento y alfabetización se ubica a quienes no han vivido el proceso educativo formal o cursaron alguno de los cuatro primeros grados de la educación básica primaria con extensos periodos de deserción escolar y que demandan acciones básicas en las dimensiones lógico-matemática y motora, ampliando periodos de atención y memoria y reafirmando habilidades grafo-motoras y normas básicas de convivencia.

En el grupo de nivelación participan quienes, habiendo cursado entre el quinto y el octavo grado de básica secundaria, han tenido extensos periodos de deser-

La estrategia de coordinación

El reconocimiento formal de la Corporación Encuentro como parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar crea para ella unos compromisos y a la vez la hace receptora de una serie de servicios que se derivan de otros miembros del sistema como corresponsables de la promoción, garantía y restitución de los derechos de la infancia.

En este orden de ideas, el área de Derechos de Protección se canaliza a través del contrato de aportes suscrito con el ICBF, sujeto al cumplimiento de los estándares de calidad exigidos, avalado además por el reconocimiento que hace la Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas, FECCOT.

En el área de Derechos a la Vida y Salud se comparten responsabilidades con las empresas sociales del Estado, ESE, de los niveles municipal y departamental en los términos de la Ley 100 de 1993, el Código del Menor y la Ley de Infancia y Adolescencia.

En cuanto al desarrollo integral como área clave de los derechos de la infancia y adolescencia se suscriben convenios con la Secretaría de Educación Municipal y otros organismos descentralizados de las áreas de la cultura, la recreación y el deporte que garantizan, además de la certificación de los diferentes grados cursados, la presencia de docentes y otro personal especializado con cargo al presupuesto local.

Para esta área también se suscriben convenios con el SENA, los cuales permiten certificar los procesos de formación para el trabajo que se adelantan al interior de la institución con recursos y personal propios.

ción escolar, por lo que es necesario afianzar sus habilidades básicas a nivel escritural, lector y matemático. También es preciso estimular su pensamiento lógico-matemático mediante el paso a las competencias avanzadas y la comprensión de textos y desarrollo de competencias gramaticales y de entrenamiento en habilidades sociales y competencias ciudadanas.

El grupo de refuerzo escolar lo conforman aquellos que habiendo cursado entre el octavo grado de básica secundaria y el onceavo grado de educación media

vocacional, sus habilidades y competencias no les permiten continuar con el ritmo de estudio de acuerdo con sus potencialidades y orientación vocacional. Se enfatiza en las competencias comunicativas, recalcando en los niveles de comprensión y argumentación y proyecto de vida.

En el *componente cultural* se trabaja para desarrollar hábitos para la convivencia, conformar grupos de socialización y capacitación, promover la implicación, la modulación/conciencia y generar capacidad de decisión, compromiso, responsabilidad y calidad de la acción, para lo cual se utilizan entre otras posibilidades los cineforos y las ludotecas.

En el *componente terapéutico* se adelanta psicoterapia individual orientada a la intervención en crisis, orientación o consejería e intervención sistemática. También se hace psicoterapia grupal con grupos de orientación y grupos de crecimiento personal.

En el *componente de salud y nutrición* se adelanta una valoración médica del estado nutricional y se diseña la minuta alimentaria, así como se adelanta un programa de educación nutricional.

En el *componente de gestión* se busca el sostenimiento de los canales de comunicación interinstitucionales, como oportunidad de apoyo para la intervención integral, en especial aquellas dirigidas a la promoción, garantía y restitución de los derechos, donde se estructuren y articulen las iniciativas, esfuerzos y recursos con la intencionalidad de cumplir responsabilidades comunes.

Los beneficiarios

En condición de beneficiarios directos, en el Centro de Atención Integral se atiende un promedio mensual de 25 niños consumidores o con problemáticas asociadas al consumo de SPA, de los cuales el 90% corresponden a niños y el 10% a niñas. Los rangos de edad con mayor frecuencia de atención están entre los 16 y 18 años (60%) y entre los 12 y 15 años (30%).

Como beneficiarios indirectos se encuentran en primer lugar los grupos familiares de los usuarios, quienes son sujetos de acciones complementarias a las

que constituyen habitualmente el proceso de tratamiento, luego las personas que han participado como operadores o ejecutores de las actividades y que previamente han participado en procesos de formación para ello y las instituciones que conforman la red de apoyo a través de la incidencia en la construcción de las políticas sobre reducción del daño.

Resultados de la atención integral a usuarios de sustancias psicoactivas

- Valoraciones médicas de control y seguimiento: 100% de usuarios atendidos
- Acciones preventivas que disminuyen en 90% la remisión a entidades prestadoras de salud
- Tramite de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en 100% de los casos atendidos
- Valoraciones nutricionales en 100% de los casos atendidos
- Valoraciones psicológicas en 100% de los casos atendidos
- Intervención individual y grupal orientada a resolución de conflictos emocionales, comportamentales y efectivos y atención en crisis
- Atención en habilidades sociales
- Desarrollo y fortalecimiento de hábitos de estudio
- 26% nivelan proceso de alfabetización
- 60% inician educación básica formal
- 14% obtienen refuerzo escolar
- Desarrollo y fortalecimiento de las habilidades, destrezas y competencias para el desempeño laboral
- Inducción a la publicidad 30%
- Informática: 100% de usuarios involucrados
- Desarrollo de destrezas manuales: 70% involucrados

El impacto del trabajo de la *Aldea Agua Clara*

La efectividad del proceso, vista desde la reincidencia histórica, muestra que entre el 45 y el 50% de las personas que hacen parte del proceso alcanzan una inclusión considerada aceptable dentro de las circunstancias particulares a cada uno de ellos.

Igualmente, la presencia de la organización en el contexto y en términos de intervención dirigida hacia la disminución del consumo de SPA, se ha fortalecido en la ciudad de Villavicencio, siendo cualificada por parte de las entidades responsables del tema.

A través de la gestión adelantada por la Corporación Encuentro se ha construido la cultura y compromiso de corresponsabilidad por parte de la institucionalidad en el desarrollo de los procesos relacionados con el manejo de la problemática del consumo de los niños, niñas y adolescentes infractores de la ley penal.

Sin embargo, la condición de infractor es excluyente frente a la realidad del consumo de SPA por parte de la infancia y la juventud de la ciudad de Villavicencio, siendo insuficiente el cubrimiento y abordaje de la verdadera dimensión del problema.

Las lecciones aprendidas

- **El punto fuerte: la atención personalizada.** Esta estrategia, a la vez que permite resolver las necesidades de desarrollo de los niños, niñas y los adolescentes en conflicto con la ley penal y usuarios de SPA, desde la óptica de promover, garantizar y restituir sus derechos, les permite lograr aprendizaje, socialización y entrenamiento para su vida posterior extra-institucional.

Toda la intervención se dirige hacia la construcción de un proyecto de vida personal e integral (PLATIN), que comprende, además de la promoción, garantía y restitución de derechos, el desarrollo y aprendizaje de destrezas, conocimientos, actitudes y valores acordes con sus intereses y expectativas en cada una de las áreas de su desarrollo: físico, emocional, intelectual, social y espiritual.

- **El punto débil: la medida judicial.** El hecho de cursar una demanda y estar bajo medida en medio cerrado, genera fuerte rechazo por parte de los jóvenes hacia las actividades propuestas.

Evaluación

Anualmente el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar evalúa los estándares de calidad, con el fin de certificar los procesos de intervención. La última se realizó el 26 de abril de 2007, por parte de cuatro funcionarios contratados por el ICBF, verificando el cumplimiento de estándares y adjudicando en porcentaje de cumplimiento una calificación de 95%. Dentro de los aspectos positivos, dejaron en acta las siguientes afirmaciones: hay disponibilidad de un equipo técnico completo y se destaca la organización del proceso institucional y el alto compromiso del personal profesional.

La Corporación Encuentro

Fue creada mediante documento privado el 17 de junio de 1977, y está inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá como entidad sin ánimo de lucro.

La Corporación, como entidad de derecho privado, asumió mediante contrato de aportes suscrito con el ICBF la administración del Centro de Integración Social el 13 de septiembre de 2001. Para ello se comprometió a ejecutar el Proyecto de Atención Institucional, PAI, enfatizando en la promoción, garantía y restitución de los derechos de la infancia, en especial de quienes se hallan vinculados al consumo de SPA.

El Centro de Integración Social para Niños, Niñas y Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal tiene como misión trabajar de manera integral en la modalidad institucional, mediante atención especializada, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos en la construcción de un nuevo estilo de vida.

El Centro de Atención Integral plantea en su visión que será en 2010 la institución que lidere en los Llanos Orientales acciones integrales dirigidas a la infancia y la juventud, mediante la prestación de un servicio de excelencia, que se manifestará siempre en la satisfacción de los derechos fundamentales de los usuarios.



Sostenibilidad

La creación de una red de apoyo interinstitucional, materializada en la mayoría de los casos en la suscripción de convenios con organizaciones públicas y privadas, ha garantizado la continuidad y el sostenimiento de los usuarios en los procesos de inclusión social. Aporta igualmente a este propósito el reconocimiento y apoyo que han recibido las redes de apoyo.

El equipo de trabajo

Tito Alfonso Barreto G.

Administrador de empresas
Director / Coordinador formación laboral

Hugo Iván Olaya Ruíz

Terapeuta ocupacional
Representante legal / Director

Ricardo Jaramillo

Psicólogo
Coordinador área técnica

Marcela Garzón Salazar

Psicóloga
Coordinadora área técnica

Jorge Forero

Pedagogo reeducador
Coordinador de educadores

Gloria Azucena Guerrero

Pedagoga reeducadora
Coordinador de educadores

Angela Ximena Cruz

Psicopedagoga
Coordinadora académica

Adriana Zamora

Psicopedagoga
Coordinadora académica

María Noreida Parra

Trabajadora Social
Coordinadora trabajo de familia

Francy Velázquez

Trabajadora Social
Coordinadora trabajo de familia

Liliana Pérez Dimate

Ingeniero de Sistemas
Coordinadora área de sistemas

Eduard Ospina

Normalista superior
Coordinador área de formación
laboral

Leonardo García

Educador

Omary Reyes

Pedagoga reeducadora
Educadora

Ariel Villalobos

Licenciado Edufísica
Educador

Ricardo Ramírez

Psicopedagogo
Educador

Yesid Naranjo

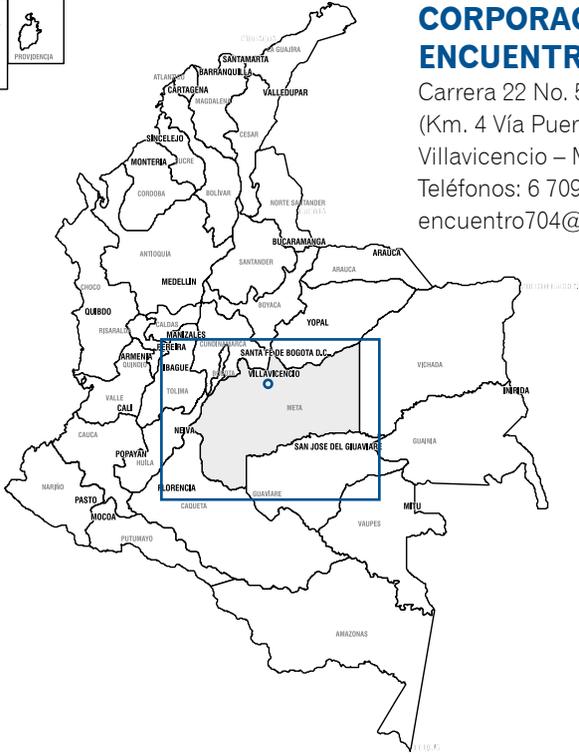
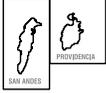
Normalista superior
Educador

Raúl Castaño

Enfermero profesional

Wilson Cárdenas

Licenciado Psicología infantil
Educador



CORPORACIÓN ENCUENTRO

Carrera 22 No. 5-16 Sur
(Km. 4 Vía Puerto López)
Villavicencio – Meta
Teléfonos: 6 709 301 / 315 828 7592
encuentro704@hotmail.com





Fundaser
POPAYÁN





Protección integral

A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Fundaser se creó en agosto de 2000 como respuesta a la necesidad de atender a los niños y niñas que requerían protección integral debido a problemáticas de abandono, violencia intrafamiliar, abuso sexual, consumo de drogas, desvinculación del conflicto armado y desplazamiento, principalmente.

Así, un grupo de profesionales y amigos crearon una ONG cuyo objetivo principal sería prevenir, orientar, asistir y reinserir personas en crisis. Iniciaron con un pequeño equipo interdisciplinario conformado por una psicóloga, una trabajadora social y un pedagogo especialista en prevención, quienes recibieron la aprobación y el apoyo del ICBF para iniciar el proyecto con un grupo de 17 niños, en instalaciones que se encontraban abandonadas, donde la principal actividad fue la de organizar, distribuir y ubicar a los niños.

La organización fue creciendo hasta conformarse cuatro áreas, la Formativa donde se buscan alternativas para cada una de las dificultades que el grupo de niños presentaba; la Técnica, que respondió a la necesidad de capacitación práctica en oficios para los niños y niñas, con talleres de cerámica, aprestamiento, huerta y teatro; la Académica, con la que se obtienen logros importantes como la resolución de Secretaria de Educación para certificar a los niños en talleres como joyería, modistería y cerámica, al igual que la posibilidad de que los niños, niñas y jóvenes validaran su primaria o año escolar. También se montó un área de Servicios Generales para colaborar en las tareas de atención a los infantes.

El trabajo de Fundaser se orienta a garantizar la protección integral a niños, niñas y adolescentes basándose en áreas de derechos como educación, salud

y participación, que incentiven su proyecto de vida en los ámbitos personal, familiar y social. Se elabora un diagnóstico de cada niño o niña, a partir del cual se realiza un Plan de acción en esos mismos ámbitos, con la participación de los protegidos y de la red de apoyo. Posteriormente se comienzan a aplicar las acciones del plan individual que fortalezcan el proceso psicoterapéutico dentro y fuera de la institución.

Las líneas de acción sobre las cuales articula el trabajo tiene que ver con:

- Protección integral a la niñez y la familia: a través de la atención en Medio Institucional, modalidad en Situación de Abandono o Peligro, tomando como base la perspectiva de derechos de la infancia y familia.
- Prevención integral: mediante el diseño y ejecución de proyectos de prevención integral en el contexto municipal y departamental (en lo familiar, escolar y comunitario).
- Tratamiento comunitario: Atención y asistencia a población habitante de calle y comunidades altamente vulnerables del departamento.

El marco de referencia para el trabajo

El cambio de paradigma para pensar la infancia obliga un cambio en la forma como se conciben los procesos sociales, los actores y los aspectos relacionados con los niños¹, con los adolescentes y con la familia. La perspectiva de la protección integral que recoge los planteamientos de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, constituye el marco ético de las políticas, acciones, programas y decisiones que se toman sobre la niñez y la adolescencia.

De acuerdo con el Observatorio de Infancia de la Universidad Nacional (2002)², la perspectiva de la protección integral proporciona el mejor marco para analizar tanto la situación de los niños y adolescentes, como las políticas públicas desarrolladas en la última década por varias razones:

¹ Con la palabra niños, en todo el texto nos vamos a referir tanto a los niños como a las niñas.

² Observatorio de Infancia (2002), *Estado del arte sobre la situación de la niñez en Bogotá durante la última década*. DABS - Universidad Nacional de Colombia.



- Sitúa al niño y la niña en la condición de sujetos de derechos y no como objeto de compasión.
- Pone el interés superior del niño como el elemento fundamental en el momento de tomar decisiones sobre un niño o niña o sobre un colectivo de niños y niñas.
- Considera que la familia, la sociedad y el Estado son corresponsables del cumplimiento de dichos derechos.
- Incorpora la filosofía de la protección integral, haciendo evidente la necesidad de asegurar los derechos a toda la población infantil.
- Considera al niño, la niña y el adolescente como sujetos participantes, no como objetos; hacedores de su propia vida y no sujetos pasivos.

En concordancia con lo anterior, Fundaser elaboró el Proyecto de Atención Institucional (PAI) para la atención integral de niños, niñas y jóvenes, el cual incluye la misión, la visión, los principios filosóficos, los objetivos generales y específicos de la institución, así como la definición y organización de las etapas del proceso de atención.

Cómo se desarrolla el trabajo

Las etapas del proceso responden de forma coherente y clara al modelo de atención, están definidas y limitadas con criterios claros que facilitan la comprensión de la forma como un niño avanza en el proceso, así como de las condiciones para tomar estas decisiones. De esta manera se han previsto dos fases principales:

- **Fase 1.** Elaboración del diagnóstico o evaluación integral: se inicia una vez el niño, niña o adolescente ingresa al servicio y es la base para la siguiente fase de elaboración del plan. La evaluación debe hacerse en forma conjunta entre los diferentes profesionales, la familia y el adolescente. En los casos en que provenga de otro servicio, es importante tener en cuenta el proceso allí adelantado, retomándolo con el adolescente y su familia y, en lo posible, averiguando con el o los equipos de estos servicios, su percepción al respecto.

Se plantea como objetivo del diagnóstico establecer un perfil de vulnerabilidad utilizando como marco de referencia el Modelo Solidario de Inclusión y Atención a la Familia, ya que ofrece una mirada comprensiva de los diferentes contextos en que transcurre la vida del adolescente y su familia y permite identificar los factores de riesgo, los protectores y los recursos, tanto de la familia como del adolescente y del programa. La evaluación debe incluir además, un reporte completo del estado de salud, incluida la condición de nutrición y salud oral, previo reconocimiento por parte del médico y el odontólogo.

- **Fase 2:** Formulación del Plan de Atención Individual (PLATIN): en la medida en que los objetivos de la intervención logren ser fijados sobre procesos interaccionales y no sobre cambios conductuales, es posible descentrar a los miembros de la familia del problema inmediato, complejizar la visión

de su presente y buscar la liberación paulatina del malestar asociado al problema. Es decir, que esta ampliación de su horizonte vital es en sí mismo un factor del cambio que se desencadena desde el primer encuentro.

• **Componentes del PLATIN:**

- **Objetivos o metas:** define lo que se busca alcanzar en términos de cambio
- **Dimensión que afecta:** se refiere al componente de Vulnerabilidad – Generatividad que pretende movilizar cada objetivo, dentro de los cuales están incluidas las áreas de derechos
- **Acciones:** se refiere a los compromisos o tareas a seguir para lograr los objetivos
- **Nivel de participación:** describe lo que cada integrante del sistema (adolescente, familia, institución) se compromete a cumplir en cada acción
- **Tiempos:** define los tiempos estimados para el cumplimiento de cada acción

Al igual que el diagnóstico integral, la construcción del Plan es un proceso flexible, al hacer permanentes revisiones y ajustes de acuerdo con los avances y cambios observados.

• **Desarrollo del Plan Individual:**

Una vez determinado el plan de acción entre el adolescente, la familia y el equipo de la institución, con claridad en los tiempos relativos al cumplimiento de las metas propuestas, los involucrados deben comprometerse y disponer todos sus esfuerzos para lograr los objetivos de cambio y transformación expresados de común acuerdo.

Todas las actividades básicas y cotidianas arriba planteadas, tendrán que acomodarse al cumplimiento de los compromisos pactados en el Plan de Atención Individual y, adicionalmente, incluir las acciones que sean necesarias para su ejecución. De esta forma cada actividad cobra un nuevo sentido ya que se enfoca a una meta que dará significado al paso del adolescente por la institución y este significado se relaciona además con un propósito de formación en democracia

y reparación del daño causado. Así se da viabilidad en la práctica institucional al modelo restaurativo y al modelo solidario.

Si bien es importante que el adolescente se acomode a las prácticas y rutinas institucionales, lo cual proporciona seguridad y disciplina, es conveniente también que la institución tenga la capacidad de flexibilizarse cuando sea necesario, para lograr avances en la ejecución del Plan Individual con cada adolescente. Esta flexibilidad debe darse de manera especial en la participación de la familia.

• **Evaluación del plan individual:**

Corresponde a la verificación real, periódica y sistemática de los cambios en el adolescente y su familia de acuerdo con las metas del Plan. Para ello se pueden concertar y construir unos indicadores de seguimiento que pueden ser de tipo cuantitativo y cualitativo dependiendo de los resultados que se espera lograr.

Con base en estas evaluaciones periódicas se irán haciendo ajustes al Plan, formulando nuevas metas, modificándolas o incluso cambiando la dirección del mismo si así lo estiman conveniente los integrantes del sistema (adolescente, familia, equipo de la institución).

Las evaluaciones serán la base para la elaboración de los informes del equipo de la institución a las autoridades competentes (jueces y defensores de familia). Dichos informes darán cuenta de los avances en el proceso de atención con el adolescente y su periodicidad es trimestral o extraordinaria, en caso de ser solicitados por la autoridad competente.

• **Áreas de intervención:**

- Salud
- Atención psicológica
- Atención socio familiar
- Servicios educativos
- Formación pre-laboral y laboral



La estrategia de coordinación

Fundaser trabaja en red con instituciones que participan activamente en el Consejo de Política Social (ICBF, Policía, Personería, red pública de salud, Secretarías de Salud, comisarías de familia, Sena, Secretaría de Educación, sector educativo, Medicina Legal, Fiscalía) Comité de Cafeteros, Programa para la Descentralización del Plan Nacional de Drogas - Convenio UNODC-MPS y Comité Departamental de Prevención del Cauca. Con todos ellos mantiene vínculos activos de cooperación y trabajo.

- Alimentación
- Recreación, cultura y deporte
- Información y comunicación
- Atención especializada, cuando lo requieran

Si bien el Proyecto Institucional desde cada una de las áreas mencionadas desarrolla acciones comunes a todos los adolescentes en términos de accesibilidad a servicios, acciones educativas, conexión a redes y acceso a la atención especializada, en el Plan Individual se concretan los compromisos del adolescente, su familia y la institución en torno a procesos de cambio particular. Dichos planes corresponden a un trabajo de protección integral en Fundaser.

Los beneficiarios

Fundaser ha atendido en estos siete años aproximadamente a 550 niños, niñas y adolescentes. El Proyecto de Atención Integral de Fundaser en el Cauca atiende a niños, niñas y adolescentes de Popayán y de municipios de todo el departamento del Cauca. Un 40% de ellos son de etnia indígena y 30% son afrocolombianos. La gran mayoría de estratos 0, 1 y 2.

Fundación para el Bienestar y Desarrollo Integral del Ser, Fundaser

Fundaser es una entidad cívica sin ánimo de lucro destinada a garantizar la prevalencia de los derechos reconocidos en la Convención Internacional a niños, niñas, jóvenes y familia a quienes les han sido vulnerados, adoptando estrategias espirituales, pedagógicas y psicoterapéuticas de corresponsabilidad que incentiven la prevención, la protección integral y la rehabilitación.

Fundaser busca posicionarse como una entidad líder a nivel nacional, construyendo una unidad de atención integral basada en la garantía de derechos como principio rector que incentive la vida digna de niños, niñas, jóvenes y familia.

En general, un 30% de los niños viene del área rural y un 40% del área urbana. Otro 20% está representado por víctimas del desplazamiento forzoso y el restante 10% es de procedencia desconocida.

Niños y adolescentes acuden principalmente por remisión del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, incluyendo defensorías de familia, policía de menores, comisarías de familia y jueces de menores o por demanda espontánea y voluntaria de la familia. También se atienden por demanda espontánea y voluntaria del niño o niña, en edades entre los 6 y los 17 años. La gran mayoría de ellos llega con problemas psicológicos y en un 77% son desertores del sistema educativo.

Resultados e impacto de la experiencia

El 80% de ellos cuenta con un Plan de Atención Individual, PLATIN (con sus respectivos seguimientos y evaluaciones) y un 60% había sido reintegrado al medio sociofamiliar a 31 de mayo de 2007.

El 90% de la población participó y aprobó procesos de formación relacionados con ocupación laboral a través de convenios con el Sena, así como de talleres orientados desde el Centro de Protección. De acuerdo con el seguimiento realizado a los egresados de la institución, el 30%, que son mayores de edad, se encuentran laborando y ejecutando el proyecto de vida construido a partir del proceso de inclusión generado desde el centro. Un 60% de las familias participan en la construcción (seguimiento y evaluación) del PLATIN, han sido atendidas y continúan en contacto con el equipo interdisciplinario.

El impacto de la experiencia tiene que ver con efectos positivos y negativos que ha producido. Entre los positivos pueden mencionarse la observancia de:

- Niños, niñas, adolescentes y familias con estabilidad emocional, educativa y social
- Jóvenes y familias con estabilidad económica
- Jóvenes en medio universitario
- Familias con posibilidades de crear microempresas
- Permanencia de equipos interdisciplinarios fortalecidos desde el modelo solidario de atención.

Entre los negativos se observan algunos jóvenes con quienes no se ha logrado generar proceso, o han regresado a la calle y están vinculados a acciones delictivas. Algunos han muerto, están en consumo activo, o la familia no se vinculó al proceso. También se evidencian familias con mirada asistencialista y defensores de familia con visión cerrada de los procesos de socialización, que obstaculizan el trabajo con los niños, niñas y adolescentes.

Sobre estos resultados, el ICBF hace una evaluación trimestral, de acuerdo con estándares de calidad diseñados por esa institución; la Fundación ha obtenido una calificación de 92 en una escala de 1 a 100.



Lecciones aprendidas

La principal de ellas ha sido pasar del asistencialismo a la protección integral con enfoque de derechos, lo que permite hacer exigencias a los entes territoriales, especialmente Salud y Educación. De igual manera, la vinculación responsable de la familia en el proceso de los niños, niñas y adolescentes desde el amor responsable y exigente.

De otra parte se han Implementado procesos de protección integral desde una perspectiva garante de derechos de los niños, niñas y jóvenes de FUNDASER;

hoy se conoce el perfil psicosocial de los niños, niñas y jóvenes que ingresan y egresan de Fundaser. Se han incluido proyectos ocupacionales como parte integral del PLATIN. Se ha vinculado permanentemente a las familias en el diseño, seguimiento y evaluación del PLATIN de su hijo. También se ha profundizado en el conocimiento del enfoque solidario de atención y se ha manejado el PLATIN con todo el equipo interdisciplinario.

Se ha establecido, sin embargo, que la infraestructura es deficiente para el desarrollo de los diferentes procesos que implican el PLATIN: no hay espacios adecuados para los talleres y hay hacinamiento en los dormitorios y comedores. No se cuenta con un espacio donde se atienda al niño, niña o adolescente en la fase inicial, lo cual permitiría estabilidad del usuario en el proceso, minimizando la posibilidad de desertar por rechazo en su adaptación al nuevo medio.

Se hace seguimiento al egreso durante seis (6) meses con visitas domiciliarias o roles de coordinación de los usuarios en el proceso formativo con otros niños, niñas y adolescentes.

Innovación y posibilidad de transferencia

Un aspecto que se considera innovador es la participación en espacios de discusión de políticas públicas.

También el promover que los mismos jóvenes participen en el proceso y desarrollo de las fases, identificando sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, diseñando su PLATIN, referente para elaborar su proyecto de vida y modelo para los otros niños, niñas y adolescentes.

En las otras líneas de trabajo de Fundaser, como la de tratamiento comunitario, pese a los instrumentos que el modelo maneja, se ha implementado de manera muy útil la del diseño del PLATIN para los usuarios del Centro de Escucha y el Centro de Atención.

Igualmente se ha logrado manejar un modelo solidario de atención en esas tres líneas de acción: protección integral, prevención y tratamiento comunitario.



El equipo de trabajo

Uriel Alfonso Medina Orozco. Representante legal y Director del Centro de Protección Integral del departamento.

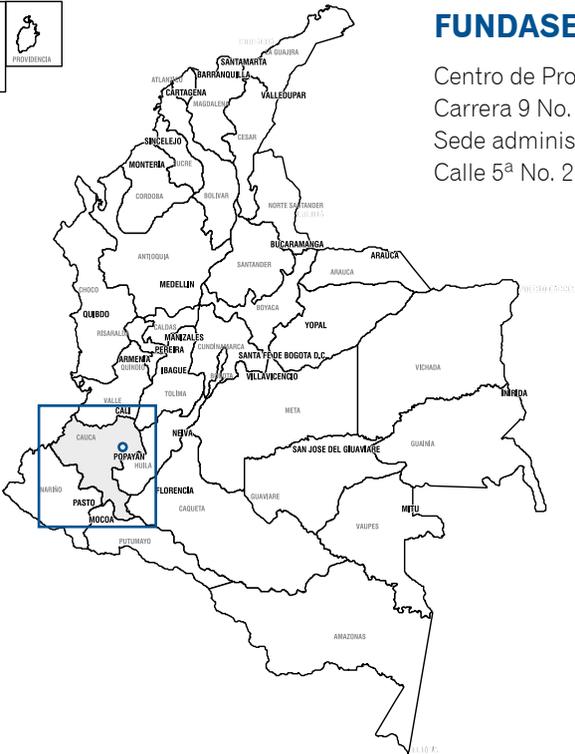
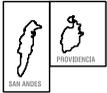
Especialista en educación para la prevención de la drogadicción, con 20 años de experiencia en el área.

Sacerdote Julio César García Restrepo. Coordinador General del Centro de Protección Integral del departamento.

Psicoterapeuta, psicopedagogo, especialista en farmacodependencia, filósofo y teólogo con 16 años de experiencia.

Zuly Lorena Ramírez M. Psicóloga Social. Especialista en formulación de proyectos de desarrollo social, Asesora proyectos Fundaser.

Ofelia Castrillón. Docente coordinadora Centro de escucha y tratamiento comunitario Alfonso López de la ciudad de Popayán. Operadora comunitaria.



FUNDACIÓN PARA EL BIENESTAR
Y DESARROLLO INTEGRAL DEL SER
FUNDASER

Centro de Protección:
Carrera 9 No. 50N - 148, Popayán
Sede administrativa:
Calle 5ª No. 2 – 28, Popayán

Teléfonos: (2) 832 92 37 – 824 2141
Celular: 315 586 4413

Contacto: Alfonso Medina
fundaserm@latinmail.com
mfundaser@hotmail.com



Fundación Libérate
BOGOTÁ

Tratamiento integral

A LAS ADICCIONES

La Fundación Libérate es un centro especializado en la prevención y el tratamiento de las adicciones y enfermedades relacionadas, a través de un modelo de atención biopsicosocial, que ha desarrollado y fortalecido durante los cinco años que tiene de fundada. Trabaja en Bogotá con personas adictas entre los 15 y los 65 años de edad, provenientes de todo el país.

En sus comienzos la intervención se basó en la experiencia de comunidad terapéutica, con “terapia de choque” y métodos conductuales clásicos. Se contaba con un director terapéutico, que era un adicto rehabilitado en supuesta remisión temprana de la enfermedad; sin experiencia ni conocimiento de la fenomenología y teorías etiológicas que intentaban explicar esta compleja enfermedad.

Posteriormente, la intervención comenzó a centrarse en la capacidad de resiliencia emocional (neuronal) y en la esperanza de la mejoría comportamental de usuarios y familias. La terapia de choque se sustituyó por un espacio de afecto y credibilidad.

Esta perspectiva, más integral, llevó a plantear un modelo mixto de intervención en el que a la comunidad terapéutica se sumó el aporte de un modelo biomédico, que implicaba intervenciones desde lo biológico, y se comenzó a enfocar el tratamiento de acuerdo con los rasgos y trastornos de personalidad. La participación de los profesionales se hizo más directa y las intervenciones en equipo más claras. Con esta base y con las experiencias previas vividas se decidió transformar el modelo de atención mixto (comunidad terapéutica + biomédico) en un modelo de intervención biopsicosocial.

La implementación del modelo y su ajuste llevaron a un entendimiento global e integral de la enfermedad, que salva el sesgo de la subjetividad de una sola persona, así como implica el entrenamiento y formación profesional de quienes intervienen terapéuticamente. Además, supone la participación activa de todos los frentes de la sociedad, iniciando por el empoderamiento del usuario como gestor de su propia vida, con recuperación personal, capacitación, ocupación e inclusión.

Las líneas de acción

La Fundación Libérate tiene tres líneas de acción: prevención, tratamiento e inclusión social.

En *Prevención* ofrece una respuesta integral al problema de la adicción, con acciones en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Primaria, mediante programas informativos y educativos, centrándose en el trabajo de intervención en factores de riesgo asociados al consumo antes que este se presente, para evitar su consumo o el primer contacto, uso o experimento con ella.

Con la prevención secundaria, se pretende ponerle remedio a los primeros síntomas del problema de salud que van apareciendo en la persona cuando ya ha habido contacto con la sustancia. La idea es detener el consumo de la droga en la persona a través de programas de apoyo. Se utiliza con personas en alto riesgo o consumidores incipientes.

En la prevención terciaria se trabaja con un programa de tratamiento reeducativo basado en la modificación de comportamientos y el mejoramiento de todas las condiciones y habilidades personales, con ello se busca detener el progreso de la enfermedad (no se puede curar) para retomar una vida más saludable.

La modalidad de *Tratamiento interno* consiste en un proceso regulado de aplicación terapéutica a través de diferentes modalidades en procura de modificar las facetas comportamentales y normativas que se pudieron afectar en la persona antes y/o durante su proceso adictivo. Así mismo busca proteger de factores tales como drogas, sitios, grupos y entornos negativos que puedan menguar la identificación y la aceptación necesarias para el fortalecimiento del carácter.

En ésta modalidad también se involucra el área clínica para ahondar en los factores causales primarios y procurar herramientas más sólidas para una óptima interacción del individuo con su familia y la sociedad.

La *Inclusión Social* se trabaja mediante actividades formativas y ocupacionales que preparan a los usuarios para integrarse social y laboralmente: el taller de panadería, el centro de acopio de material reciclable, el galpón de gallinas, el centro de cómputo y la huerta.

El modelo biopsicosocial

Como se plantea en la Fundación Libérate, el modelo biopsicosocial integra la triada biológica, psicológica y social. El enfoque biológico reúne a los modelos de enfermedad, automedicación y exposición; el psicológico incluye los postulados conductistas y los cognitivistas, y estos últimos a su vez incluyen a los modelos de aprendizaje social, de adaptación y social; y en el social se encuentran los modelos de asociación diferencial, control parental, autoestima, iluminativo, moral y compensatorio (Beck, Wrigth, Wewman y Liese, 1999; Graña y colbs., 1994; Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998).

El modelo biológico o modelo médico, propone que el sujeto no es responsable ni del origen ni de la solución de su problema. En esta perspectiva, el modelo de enfermedad plantea que existe una fuerte predisposición genética acompañada de dificultades en el proceso madurativo personal, que hace susceptible al sujeto de convertirse en adicto, explicando los problemas personales, familiares y sociales como producto del consumo; el modelo de automedicación sugiere que es necesaria la existencia de un trastorno de personalidad y/o mental, pues la patología llevaría al consumo, en busca de alivio para la misma; y el modelo de exposición propone que la dependencia es producida por la capacidad que tiene la sustancia de actuar como reforzador positivo sobre los centros cerebrales de recompensa, explicando así las conductas de búsqueda y consumo (Graña y colbs., 1994; Lorenzo y colbs., 1998).

Los modelos psicológicos, en su mayoría, están basados en las teorías de aprendizaje. Los postulados conductistas, de acuerdo con el condicionamiento operante,

plantean que el consumo es reforzado cuando el sujeto experimenta mejoras en su funcionamiento social, debido a los efectos de desinhibición que genera la sustancia. Los postulados cognitivistas, por su parte, proponen tres modelos: a) el modelo de aprendizaje social, el cual le da vital importancia a los patrones de conducta de las figuras que el sujeto puede imitar, donde la fuerza de la imitación dependerá de la relación con dichas figuras; b) el modelo de adaptación, que señala que los consumidores carecen de habilidades para solucionar problemas, por lo que la aparición del consumo estará determinada por la necesidad de adaptarse y c) el modelo social, que está determinado por la forma como el sujeto interpreta la experiencia del consumo, los efectos de la sustancia y la manera como responde a nivel fisiológico y emocional (Lorenzo y cols., 1998).

El enfoque social, por su parte, propone varios modelos. a) el modelo de asociación diferencial, que plantea que cuanto menor sea el grado de apego a la familia mayor será el efecto de asociación al grupo de iguales y su conducta de



consumo; b) el modelo de control parental, que sostiene que las consecuencias de la falta de afecto de los padres y el poco respeto por las normas representará un mayor riesgo para el consumo de sustancias, c) el modelo de la autoestima, que sugiere que la baja autoestima dentro del marco familiar es recuperada en el grupo de pares, asumiendo pautas de comportamiento de su grupo, desviadas o no; d) el modelo moral, que señala que el individuo es el responsable del inicio y solución del problema; f) el modelo iluminativo, donde se plantea que el sujeto es responsable del desarrollo de la adicción y que para cambiarla necesita de la ayuda de un poder superior; y g) el modelo compensatorio, donde el individuo no es responsable del inicio del problema pero sí del cambio (Graña y cols., 1994; Lorenzo y cols., 1998).

Sobre esta base la Fundación Libérate ha desarrollado un marco metodológico que se desarrolla a través de una triple estrategia: la recuperación personal, la estrategia ocupacional y la estrategia laboral.

En la estrategia de *Recuperación personal* el usuario debe ser activo, y gestionar su propio proceso de inclusión. En esta dimensión se adelanta un tratamiento psicofarmacológico orientado a reducir síntomas y alteraciones del comportamiento y controlar los síntomas de abstinencia. El tratamiento se orienta a generar independencia en habilidades de vida y educar en habilidades sociales, de comunicación, solución de conflictos, tolerancia a la frustración y entrenar para la toma de decisiones. También se ofrece soporte psicológico al usuario y su familia (grupal e individual), así como alimentación y vivienda. La familia participa desde la satisfacción de las necesidades afectivas y materiales de sus miembros, el establecimiento de patrones positivos de relaciones interpersonales, hasta la estimulación de la creatividad de los usuarios.

En la estrategia *Ocupacional* se desarrollan talleres de formación ocupacional en panadería, reciclaje, agricultura urbana, galpón de gallinas y el taller de cómputo.

La estrategia *Laboral* se adelanta a partir de acciones de acompañamiento en la orientación vocacional, proyecto de vida, entrenamiento en búsqueda activa de empleo e intermediación en el mercado de trabajo.

Empoderamiento y participación

El objetivo general de la estrategia de atención de la Fundación, dirigida a 250 usuarios en proceso de recuperación y 500 de sus familiares, consiste en empoderar al usuario como gestor y auto gestor de su propia vida, propiciando la participación activa de todos los frentes de la sociedad. Para lograrlo trabaja en brindar herramientas a través de los procesos psicológicos que permitan la modificación de patrones desadaptativos; acompaña al usuario en la construcción de un proyecto de vida coherente con su realidad; integra a la familia como primer ente de socialización y resocialización y moviliza los servicios de salud necesarios para fortalecer el tratamiento desde lo biológico.

El trabajo se realiza en seis etapas: inducción, aceptación, construcción, proyecto de vida, reinserción y seguimiento.

- **En la primera etapa, de *Inducción***, se busca generar un espacio de acogida al usuario recién ingresado, facilitando la adaptación al grupo y al programa a través del reconocimiento de normas y fundamentos de la convivencia. En esta etapa se da a conocer el Manual de Convivencia de la Fundación (filosofía) y se hace la valoración inicial (entrevistas y evaluaciones) y el pronóstico del usuario con el equipo interdisciplinario.
- **En la segunda etapa, de *Aceptación***, se identifican los diferentes núcleos problemáticos del usuario a través de actividades terapéuticas que confronten su historia con la realidad personal, familiar y social, permitiendo la formulación de su plan de tratamiento. En ese momento se construye el plan de tratamiento del usuario y se compromete al usuario como protagonista de su recuperación, mediante la delegación de responsabilidades específicas con el grupo y el programa.
- **En la tercera etapa, de *Construcción***, se elaboran las problemáticas identificadas durante el proceso terapéutico a través de acciones de resolución que le permitan al usuario construir su proyecto de vida. Es el momento de comprometerlo como directo responsable de la elaboración de estrategias para afrontar las problemáticas identificadas y fortalecer los factores de protección, enfatizándolos en los momentos con la familia y la sociedad.

La Fundación Libérate



La Fundación Libérate es un centro especializado en la prevención y el tratamiento de las adicciones y enfermedades relacionadas, que cuenta con un equipo clínico interdisciplinario conformado por profesionales de la salud (psicólogos y terapeutas) especialistas en ciclo vital y dinámica familiar, que ofrecen un programa de tratamiento y rehabilitación, basados en el modelo biopsicosocial.

Es una institución privada, sin ánimo de lucro, creada el 2 de mayo de 2002, con Personería Jurídica No 000555 de mayo 8 de 2002, expedida por la Secretaría Distrital de Salud. Actualmente certificada como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) y habilitada como CAD (Centro de Atención en Drogadicción).

La visión de Libérate es lograr, para el año 2015, ser el Centro de Referencia Nacional e Hispanoamericano para la Prevención y el tratamiento de las adicciones y enfermedades relacionadas.

- **La cuarta etapa, el *Proyecto de vida***, se enfoca en consolidar el proceso terapéutico poniendo en marcha el proyecto de vida y logrando al tiempo el reconocimiento de problemáticas residuales. En ella se busca darle manejo adecuado a las problemáticas que surgen durante el proceso de transición entre el programa y la comunidad de origen y flexibilizar los objetivos trazados en el proyecto de vida, acomodándolos a la dinámica real que muestra la familia y la sociedad.
- **La etapa quinta, de *Reinserción***, apunta a poner en marcha el proyecto de vida y crear redes de apoyo que generen estilos de vida saludables. Se abre la posibilidad de desempeñar actividades específicas acordes con los perfiles ocupacionales del usuario y se le educa frente a los procesos de recaída y las medidas preventivas.
- **Finalmente, en la sexta etapa, de *Seguimiento***, se hace terapia individual mínimo una vez por semana y se organizan grupos de seguimiento semanal. Si hay problemas, es posible que se descienda a alguna de las etapas anteriores.

Los resultados y el impacto del programa

La población atendida por la Fundación Libérate es en un 90% hombres entre los 15 y 65 años y 10% mujeres de 40 años en adelante. La Fundación ha hecho una difusión amplia entre la comunidad sobre los objetivos y acciones del programa. También ha logrado la elaboración y aplicación de una metodología e instrumentos de orientación y prevención de recaída, proyecto de vida e inserción laboral adaptados a cada uno de los usuarios.

En los dos años de desarrollo del programa:

- Se mejoraron las condiciones de vida de los usuarios y de sus familias.
- Se aumentaron sus capacidades y posibilidades de inclusión social y laboral.
- Se enfatizan los cambios en la percepción de su papel en la sociedad y en su percepción de otros aspectos tales como la formación y la salud.
- Se incluyeron dentro del tratamiento procesos de base científica: Intervención individual, programa de prevención de recaída, programa de intervención con familia, capacitación, formación y habituación laboral.
- Se adecuaron y dotaron los diferentes talleres del Centro Ocupacional, con los instrumentos, equipos e insumos necesarios.

El porcentaje de recuperación que maneja la Fundación Libérate es del 40%, es decir, de cada diez usuarios que reciben el programa cuatro regresan a formar parte activa de la sociedad a la cual pertenecen. Algunos de ellos inician sus actividades laborales gracias a los talleres de capacitación generados en la institución (panadería y centro de acopio de material reciclaje).

Para poder obtener estos porcentajes se utilizan estrategias de contacto telefónico con el usuario y con el familiar, contacto electrónico, grupo de seguimientos para egresados (el cual se realiza cada 15 días) y celebración de los aniversarios de limpieza.

La Fundación desde hace varios meses lleva a cabo un proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad, el cual ha permitido identificar las falencias



que se presentan y las fortalezas del programa, con el objetivo de mejorar la atención prestada y desarrollar estrategias que permitan hacer del programa el mejor en su campo.

Gracias a diversas encuestas realizadas a los usuarios se ha logrado identificar como fortalezas la intensidad del seguimiento individual, la inclusión del vínculo afectivo en el manejo terapéutico, el reconocimiento como seres humanos a todos y cada uno de los usuarios, la calidad humana de los terapeutas, la inclusión de diversas estrategias dentro del programa como arte-terapia, músico-terapia, espacios espirituales y las actividades culturales.

Como posibles efectos negativos se ha identificado que en los procesos hay más intensidad terapéutica en el área psicológica, dando menor importancia al área biológica – médica.

De otra parte:

- La población es fluctuante y en muchos casos el seguimiento no se logra.
- Se da mayor continuidad a la terapia grupal en familia.
- Hay poco apoyo de la empresa privada para la contratación de personas adictas.

- Poco apoyo de entidades gubernamentales para la contratación de profesionales expertos en el tema.
- Existen dificultades en la consecución de recursos para el mejoramiento de la planta física.
- Hay poco personal calificado en el tema de las adicciones.

Por otro lado, y gracias al proceso de autoevaluación llevado a cabo en la institución, se ha logrado identificar la necesidad de establecer estrategias más efectivas para el seguimiento y control de los diversos procesos que allí se adelantan.

La estrategia de coordinación

Los mecanismos de coordinación manejados en la institución se dividen en tres focos; en primer lugar se encuentran los comités encargados de articular las diferentes estrategias terapéuticas con las necesidades de cada uno de los usuarios; además se propician espacios para capacitación y formación del personal vinculado, con el apoyo de instituciones especializadas en diferentes áreas de interés.

Se cuenta con el apoyo de instituciones de educación superior con el fin de coordinar acciones de investigación, orientación y supervisión para los profesionales en formación. También se ha logrado contacto con laboratorios de fármacos.

Cada uno de estos mecanismos ha generado mayor claridad en los diferentes procesos y ha propiciado la eficacia y eficiencia en el tratamiento, sin importar su modalidad, favoreciendo la apertura a nuevos conocimientos y construyendo una red más sólida para el abordaje de las adicciones.

Las lecciones aprendidas

La Fundación ha aprendido que a través de la calidez y calidad del vínculo afectivo los procesos se desarrollan con mayor adherencia y sostenibilidad.

También ha concluido que quien tenga la responsabilidad del grupo de personas en rehabilitación debe tener respaldo psicoterapéutico individual y un equipo interdisciplinario en lo colectivo. También es evidente que la pretensión de mantener hombres y mujeres en espacios comunes, en la internación, estaba llamada al fracaso, pues extrañamente aumentaba la violación de las normas de la Institución y la expresión psicopatológica de las personalidades de los usuarios, que producían su retiro por las fallas cometidas y alteraciones comportamentales mediadas por la interacción de géneros. La decisión de mantener mujeres en la modalidad de internado se cambió por la de ofrecerles la modalidad de hospital día.

En la práctica, la integración de enfoques no resulta tan sencilla, cayendo por lo general en modelos donde prima uno de ellos y al cual los otros se subordinan –dejando fuera, justamente, sus discrepancias frente al modelo principal. De lo cual resulta que los enfoques agregados sólo tienen una participación parcial, y presentan una alteración y una limitación en la orientación propia de cada uno.

La débil profundización en torno a los marcos teóricos hace difícil evaluar los alcances y la validez de los resultados estadísticos o de las respectivas conclusiones teórico-técnicas.

Es indispensable el compromiso de la sociedad, representada en el Estado y la empresa privada, destinando recursos suficientes para disminuir la demanda de psicoactivos y fortalecer las instituciones, tejiendo redes de apoyo encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas en tratamiento. Esa calidad de vida se expresará en mejores condiciones de servicios públicos, vivienda, servicios de salud y oportunidades laborales reales, con una compensación salarial acorde con las necesidades del individuo y de la comunidad.

De otra parte, la exclusión que sufren estas personas provoca una acumulación de carencias tanto en el ámbito educativo como en el familiar y social. No disponen de conocimientos y competencias profesionales ni de experiencia laboral, lo que unido a su déficit de actitudes y hábitos socio-laborales se convierten en factores que impiden reunir las condiciones mínimas de empleabilidad. De tal manera que para Libérate la inclusión debe partir de la recuperación integral, ofreciendo un servicio con profesionales especializados y una formación en talleres específicos que ayude a la adquisición de hábitos laborales y responsabilidad.

El reconocimiento de seres humanos que sufren, con igualdad de condiciones mentales, aptitudes y oportunidades para asumir un estilo de vida diferente, es tal vez una de las lecciones más importantes. La persona que sufre de una adicción tiene dignidad, sueños y metas al igual que cualquier otro miembro de la sociedad.

Evaluar para mejorar

Se ha diseñado una estrategia para evaluar y mejorar el programa de tratamiento, como también un protocolo de evaluación y un plan de acción con el fin de estructurar los procesos y contenidos del programa.

Se trabaja bajo los criterios de evaluación exigidos por la Secretaría de Salud (Pamec) y se contrata una firma de auditoría externa para evaluar los procesos y procedimientos en el modelo de intervención, con el fin último de mejorar la calidad del servicio.

El modelo se somete a un trabajo de auto evaluación, lo que lleva al mejoramiento de los procesos y al aprendizaje organizacional. Actualmente el modelo se encuentra en el proceso formal de evaluación basándose en los estándares definidos por la Secretaría de Salud para los Centros de Atención de Drogadicción, CAD.

La sostenibilidad de la propuesta

Para asegurar la permanencia en el tiempo es necesario concretar científicamente los procesos de recuperación. También es importante conseguir la participación de la comunidad (al menos de los agentes y grupos dinámicos); para lograrla se necesita compromiso por parte del Estado y la empresa privada, de manera que destinen recursos para el fortalecimiento de las instituciones y sus equipos humanos.

Después de culminado el proceso el usuario tiene la posibilidad de contar con un grupo de apoyo manejado por los mismos egresados donde se tratan temas de recuperación. También se realizan jornadas de familias dos veces al año dirigidas por terapeutas.

Cerca del 10% de los egresados del programa se han integrado laboralmente a los diferentes talleres.

Innovación y posibilidades de transferencia

Desde hace dos años, y en conjunto con la Universidad del Bosque, se ha visto la necesidad de respaldar científicamente los procesos y el modelo de atención, por lo cual se ha investigado y sustentado científicamente en cuatro áreas importantes para el fortalecimiento del modelo: familia, prevención de recaída, procesos de evaluación del programa residencial y programa de terapia motivacional.

Para agosto de 2007 se iniciaba una investigación sobre las representaciones sociales que tiene un grupo de consumidores sobre su identidad y rol como adicto.

También se inició el taller de panadería (Pan de Vida) el centro de acopio de material reciclable (Ecolibérate), el galpón de gallinas, el taller de agricultura urbana y el centro de cómputo.

El equipo de trabajo

Martha Suescún, psicóloga, Directora

Andrea Niño, psicóloga, Coordinadora de Psicología

Daniel Nieto, pedagogo reeducador, Coordinador Terapéutico

Ricardo Tamayo, psiquiatra

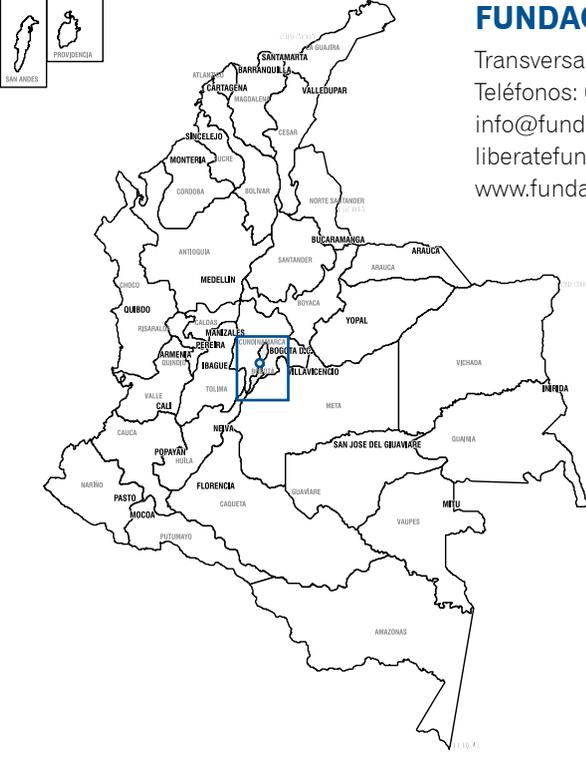
Diana Peña, médico

Gonzalo Aristizábal, licenciado en Artes

Rubén Darío González, panadero, Panadería

Andrés Díaz, ingeniero industrial, Coordinador de Reciclaje

Fredy Suescún, Coordinador de Admisiones



FUNDACIÓN LIBERÁTE

Transversal 77 No 166 – 40
Teléfonos: 680 6910 685 4670
info@fundacionliberate.org
liberatefundacion@yahoo.com
www.fundacionliberate.org



Asociación
Niños de Papel
BUCARAMANGA





Herramientas

PARA CONSTRUIR BIENESTAR

La experiencia de 17 años de trabajo con niños, niñas y adolescentes en diferentes condiciones de vulnerabilidad ha convencido a Niños de Papel de que buena parte del éxito de su inserción social posterior tiene que ver con una sólida formación, para asegurar su participación en escenarios productivos y con ello fortalecer la posibilidad de elevar su calidad de vida. Para lograrlo han desarrollado alternativas como los Talleres con un Propósito, que le permitieran cumplir con el objetivo de formar y vincular laboralmente a los y las jóvenes, como una acción que hace parte de su proyecto de vida. Los resultados de estas experiencias han motivado el establecimiento de redes y alianzas estratégicas que permiten ampliar y mejorar de manera constante los beneficios de este programa. Es el caso de la creación de canales de coordinación y apoyo con entidades externas, que han permitido acceder a programas de formación y capacitación para la calificación de los y las jóvenes.

Niños de papel sabe que, hoy en día, los procesos productivos demandan trabajadores que estén en capacidad de combinar competencias técnicas y académicas, que sean capaces de tomar decisiones, que se adapten fácilmente a los cambios tecnológicos, que puedan manejar responsablemente una mayor autonomía, que tengan habilidades para trabajar coordinadamente y en equipo, que demuestren capacidades para analizar y resolver problemas de ocurrencia intempestiva y que aprendan con facilidad y rapidez. Por ello el sistema de educación y formación profesional debe satisfacer la necesidad de una mano de obra competente, calificada y flexible en una economía moderna que cambia rápidamente.

Los jóvenes y los adultos necesitan de un sistema de formación que sea capaz de medir los resultados y de permitirles aumentar su capacidad de producción durante su vida profesional. El proyecto de Formación Sociolaboral de la Asociación Niños de Papel, pretende aumentar la visión de integralidad en el Modelo de Atención, con la aplicación de talleres de formación en las diferentes competencias de intervención facilitando en el niño, niña y adolescente la selección de actividades ocupacionales que desarrollen su proyecto de vida. El proceso comprende servicios de evaluación, orientación, formación, adaptación y ubicación selectiva para que los beneficiarios del programa puedan integrarse a su medio social, laboral y personal como individuos útiles, capaces de obtener y conservar el rol ocupacional acorde con sus características individuales y alcanzar una promoción o ascenso.

El proyecto de Formación Sociolaboral está dirigido a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y/o habitantes de calle en los cuales se evidencien características como las siguientes:

- Antecedentes familiares de maltrato físico, psicológico y emocional
- Antecedentes de abuso sexual
- Desintegración o inexistencia de núcleo familiar
- Padres fallecidos
- Existencia de padres sustitutos, con características de maltratadores.
- Analfabetismo o bajos niveles de escolaridad
- Experiencia como trabajadores en sectores informales de la economía
- Antecedentes de consumo de SPA (lícitas e ilícitas)
- Resquebrajamiento de sus valores sociales y personales
- Bajo sentido de protección y proyección personal y social
- Abandono (dificultades económicas, problemas mentales etc.)
- Expulsión del medio social (ya sea por violencia social en sus diferentes manifestaciones).

Asociación Niños de Papel

Es una entidad no gubernamental creada en 1990 para procurar a los niños, niñas y adolescentes habitantes de calle una atención integral adecuada a sus características y problemáticas, mediante la implementación de una red que incluye propuestas de protección (hogar ubicado en medio comunitario), especializada (alternativa que da respuesta a problemas graves de droga y comportamiento) en modalidades abiertas, semicerradas o cerradas. Incluye el cubrimiento de diversas áreas de intervención y prepara a los niños, las niñas, los y las adolescentes para que se integren en la vida social, familiar, escolar, laboral y comunitaria de forma autónoma y responsable.

Su misión es garantizar la atención integral a los niños, las niñas y los jóvenes en condiciones de riesgo y con derechos vulnerados, para que sean gestores y constructores de su propio desarrollo.

Su visión es la de ser líderes en Colombia en la atención integral de niños, niñas y jóvenes, con propuestas que contribuyan al pleno cumplimiento de los derechos de las poblaciones beneficiarias y usuarias de los servicios institucionales en un marco de trabajo en red.

Sus líneas de acción son:

1. Callejización
2. Uso y abuso de drogas
3. Abuso sexual – prostitución infantil – embarazo precoz
4. Abandono – ausencia de grupo familiar.
5. Maltrato infantil
6. Trabajo infantil
7. Delincuencia común

Estas situaciones de riesgo y vulnerabilidad son concebidas como el resultado de una suma de circunstancias de tipo emocional, psicológico, social y familiar que han provocado un mayor o menor grado de deterioro en su proceso de desarrollo psicosocial y que es preciso superar.

Estas circunstancias lanzan al niño, niña o adolescente a la búsqueda instintiva de la satisfacción de sus necesidades, incurriendo en situaciones de robo, consumo, prostitución y callejización, y utilizando factores de seudo protección como galladas o pandillas, que no solo no le ayudan a su crecimiento sino que deterioran crecientemente su situación.

Poco a poco este proceso va provocando una destrucción de la personalidad del niño, que entra en conflicto con la comunidad y se involucra en problemas como infracciones, contravenciones, consumo y trafico de droga o delitos.

Un niño, niña o joven con estas características que se vincula al programa es objeto de análisis de sus potencialidades para ofrecerle herramientas que mejoren sus procesos de toma de decisiones y resolución de conflictos, que lo fortalezcan en el afrontamiento de la realidad y que maximicen sus recursos individuales de protección y su capacidad de asumir la vida. La idea es conocer su perfil y su historia personal para ofrecerle herramientas de crecimiento y capacitación que, paulatinamente, le permitan desempeñarse y proyectarse en el medio social, familiar y comunitario.

Formar para el crecimiento

El proyecto de formación sociolaboral a los beneficiarios de la Red de Atención Institucional de la Asociación Niños de Papel se inició en noviembre de 2004 con el propósito de fortalecer el programa institucional que ya venía funcionando, de formación e inserción laboral de los jóvenes con derechos vulnerados en la ciudad de Bucaramanga. El proyecto se propuso estimular la creación de empresas productivas, comerciales y de servicios que mejoren las condiciones de empleo y autosostenibilidad.

Para alcanzarlo se plantearon varios objetivos específicos:

- Lograr mejores diagnósticos, que permitan establecer claramente el perfil a moldear;
- Generar alternativas prevocacionales; establecer redes para prácticas, capacitación y ubicación selectiva; potenciar los talleres productivos como centros de formación y ubicación prelaboral y
- Promover el desarrollo empresarial y la comercialización de productos.

Los beneficiarios directos del proyecto, que supone una fase de ejecución de dos años y una de seguimiento de uno más, son todos los niños, niñas y jóvenes que se incorporan a los servicios de la Red de Atención de Niños de Papel:

- Etapa de Diagnóstico: 1.100 niños, niñas y adolescentes
- Etapa Prevocacional: 400 niños, niñas y adolescentes
- Etapa Vocacional: 280 adolescentes
- Etapa Prelaboral: 150 adolescentes
- Etapa Laboral: 80 adolescentes

Al igual que cada una de las entidades de formación técnica y educación superior, así como las empresas con sentido de responsabilidad social que se involucran en el proceso.

El proyecto contempla cuatro etapas en su desarrollo:

Etapa 1. Diagnóstico de aptitud y actitud ocupacional:

Es la primera instancia del proceso institucional y tiene una duración de un mes. En él participan todos los niños, niñas y adolescentes que ingresan a los diversos programas de atención que tiene la Asociación Niños de Papel.

Etapa 2. Orientación y participación prevocacional:

Dentro de esta etapa se desarrollan acciones tendientes a detectar la vocación ocupacional de los niños, niñas y adolescentes y con ello facilitar la continuidad

del programa de formación, disminuyendo los riesgos de deserción que en el transcurso del mismo puedan ocurrir. Las acciones están definidas desde dos aspectos: la orientación profesional interdisciplinaria (individual y grupal) y la participación en actividades de capacitación (artes y oficios) que promueven el aprendizaje y el descubrimiento y potenciación de actitudes y aptitudes vocacionales de los participantes.

- *Orientación profesional (interdisciplinaria):*
En esta etapa del proceso se le ayuda al joven a resolver los problemas de elección ocupacional teniendo en cuenta las características personales y la forma en que corresponden a las posibilidades de la ocupación. Esta basada en la opción libre y voluntaria del interesado.
- *Participación prevocacional:*
La participación prevocacional es posible mediante la creación y fortalecimiento de talleres artesanales que permitirán la rotación de todos los beneficiarios por cada uno de ellos. El proceso de rotación se hará teniendo en cuenta la intensidad horaria establecida para cada actividad (arte u oficio).

Etapa 3. Formación prelaboral y vocacional:

- *Formación prelaboral :*
En esta etapa los jóvenes participantes, de acuerdo con su plan de trabajo, serán ubicados en programas de adaptación laboral en entidades productivas (talleres productivos institucionales, empresas externas) en las áreas que ellos definan con la asesoría del profesional en Terapia ocupacional, tomando como punto de partida lo trabajado dentro del proceso de orientación y participación prevocacional. Dentro del sistema institucional la adaptación laboral y escolar es muy importante, porque satisface no solo necesidades económicas y materiales sino también psicológicas, sociales y morales.

Las actividades se desarrollan en condiciones que no ofrezcan riesgo para la salud ni la integridad física, mental, emocional y social de los beneficiarios.

- *Capacitación o formación vocacional :*
Dentro de esta etapa se desarrollan igualmente acciones de gestión para la vinculación de los beneficiarios del proyecto a actividades de capacitación mucho más especializadas que complementan el proceso de formación.

Etapa 4. Ubicación laboral selectiva:

La edad promedio mínima para la ubicación es de 17 años en adelante, buscando que el joven pueda proyectarse y desprenderse del proceso de atención institucional en el que ha estado involucrado.



La estrategia de coordinación

Este programa se adelanta gracias a la aprobación de un proyecto de cooperación internacional presentado en la convocatoria pública de proyectos de la Junta de Comunidades Castilla La Mancha y gestionado por la Federación Mundo Cooperante.

La comunidad local participa activamente en la implementación del proyecto a través de la red de capacitación creada durante su ejecución, en la que participan las instituciones capacitadoras y las empresas solidarias que permiten que los niños, niñas y jóvenes de la Asociación tengan una formación conjunta en contenidos y prácticas. Estas empresas también participan en la etapa de finalización del proyecto con la ubicación laboral y la compra de los productos que se logran en los talleres. Todas estas acciones son orientadas desde el Departamento de Prevención y Atención de la Asociación.

Los resultados y su impacto en la comunidad bumanguesa

La estrategia de atención que propone el proyecto ha rendido sus frutos. Estos tienen que ver con que:

1. Se cuenta con un equipo técnico-operativo, que se guía por criterios unificados sobre la apropiación de estrategias y metodologías utilizadas.
2. Se dispone del diagnóstico de aptitud y actitud ocupacional de cada uno de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de la red de atención de la Asociación Niños de Papel.
3. Se cuenta con un proceso que desarrolla la orientación y participación prevocacional de los usuarios de la Red de Atención Integral.



4. Se cuenta con una red de servicios especializados en formación pre-laboral y vocacional constituida por entidades de capacitación técnica y empresas solidarias.
5. Se cuenta con un recurso humano formado y apto, ubicado en programas de adaptación laboral en los talleres productivos de la Asociación y empresas solidarias.
6. Se dispone de productos de calidad, con capacidad de competir en el mercado.
7. Se obtienen los fondos suficientes para dar continuidad al proyecto en años sucesivos.
8. Se cuenta con un fondo rotatorio destinado a becar a aquellos jóvenes con capacidad de recibir una formación universitaria.
9. Se cuenta con un fondo rotatorio que brinda apoyo a la constitución de iniciativas empresariales de los jóvenes.

Todos estos logros han llevado a impactar la sociedad bumanguesa en diferentes ámbitos y niveles:

- La inserción de este programa en la actividad económica de Bucaramanga está asegurada por la demanda de los productos comercializados a nivel nacional e internacional. Junto a esto, es importante mencionar que existen ya experiencias exitosas de trabajo dentro del programa, como son las talleres de capacitación en “Panadería con un propósito”, “Café con un Propósito”, “Imprenta y Artes gráficas con un Propósito” y Granja Integral Autosuficiente.
- La adquisición de máquinas que componen los talleres de Modistería, Telares, macramé, bisutería, estampados, country, MDF, *Foamy*, bolsos y bambú y se encuentran al servicio de su población objeto.
- Vinculación de entidades capacitadoras como Cajasan (Caja Santandereana de Subsidio Familiar) a través de un convenio de asesoría para la continuidad de los procesos de formación.

- Otro factor muy positivo, son los convenios para la inserción laboral y de prácticas con las empresas solidarias, que pueden ofrecer alternativas de trabajo concretas a los jóvenes.
- La Federación Mundo Cooperante España es uno de los clientes de estos talleres y, además, promueve en España la comercialización de los productos que elaboran los menores que se encuentran en cualquiera de los talleres “Con un Propósito”.
- Los mismos rendimientos de estos talleres garantizan su sostenibilidad en el tiempo.

Las lecciones aprendidas

Este programa responde a las necesidades prelaborales y laborales de los jóvenes procedentes de las calles, de la prostitución, con problemas de drogas que, tras superar las etapas iniciales del programa (Prevención Integral, Rescate, Recepción y Remisión, Comunidad Terapéutica), necesitan obtener una formación de calidad. La experiencia ha enseñado a Niños de Papel que los procesos de formación socio laboral permiten a los jóvenes, cuando llegan a su mayoría de edad, acceder a una autonomía personal que, además, fortalece su autoestima.

Los jóvenes que participan en los talleres, aunque ya rehabilitados y reconstituida su salud física y mental en un alto porcentaje desde su ingreso al centro, se encuentran en un proceso intermedio. El riesgo de volver a las calles se mantiene, e incluso la posibilidad de recaer en el consumo de drogas, en caso de que el programa no les ofrezca una continuidad real en su proceso de desarrollo social y ocupacional conforme a sus necesidades.

La Asociación ha constatado que la política gubernamental, por su parte, no ofrece una respuesta eficaz a esta problemática, pues ofrece procesos asistenciales sin posibilidades de continuidad, desarrollo y sin un sistema de promoción claro, por carecer de la capacidad económica y técnica para ello. La participación en los talleres, además de una formación laboral que le abre perspectivas de



trabajo para su futuro, facilita la adquisición de hábitos de trabajo, de disciplina y una dedicación que los mantiene alejados de la calle, por lo que no sólo les forma sino que también inhibe la necesidad de consumo.

Por otra parte, el contar con una serie de ingresos en el caso de los contratados y de incentivos para los aprendices, genera en ellos una gran motivación, pues tienen la posibilidad de adquirir con ese dinero lo que ellos quieran (regalos para sus familias o ropa para ellos, por ejemplo).

Innovación y sostenibilidad

Con este enfoque, Niños de Papel ha puesto en marcha, durante los 17 años que lleva trabajando, una serie de microempresas que funcionan tanto como talleres formativos como negocios independientes. Estas unidades de gestión dan la posibilidad de formación, capacitación y ubicación laboral a jóvenes mayores de 14 años procedentes de la calle y de otras situaciones problemáticas, que se encuentran en los procesos de Hogares de Acogida o de Egreso del Programa de Atención Integral al Niño de la Calle, para posteriormente reinsertarse en el ámbito laboral y social.

La comercialización de los productos elaborados por los niños, niñas y adolescentes en los talleres, tanto en el mercado nacional como en el internacional (artesanías), permite la sostenibilidad de los talleres productivos. Los procesos de capacitación, por su parte, se mantienen gracias a convenios establecidos con las entidades de capacitación, gestión con la comunidad internacional por parte de Niños de Papel y aportes de ICBF.

El equipo de trabajo

Manuel Jiménez Tejerizo, Presidente Nacional.

Martha Herrera Flórez, Directora Regional Bucaramanga.

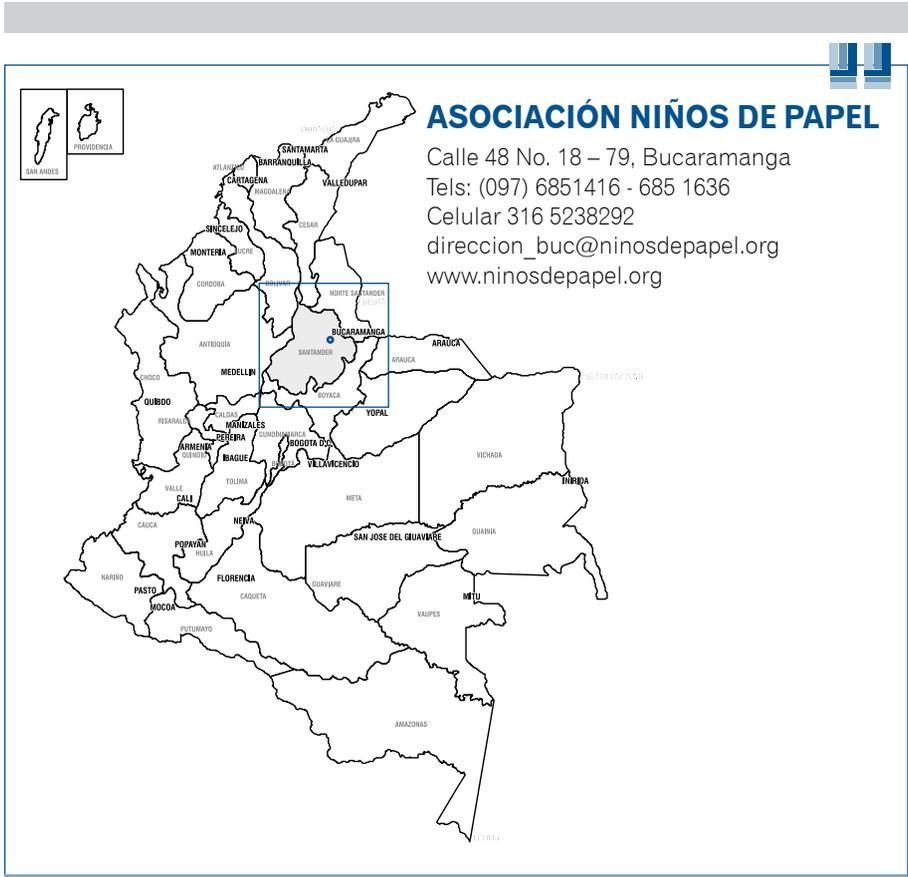
Sandra Juliana Rueda Agudelo, Terapeuta ocupacional.

Rosa Elvira Serrano Parra, Profesional de apoyo en actividades productivas y de tiempo libre.

Equipo de apoyo interdisciplinario de la Asociación.

Niños de Papel hace especial reconocimiento a todo el equipo técnico y profesional del Departamento de Prevención y Atención de las sedes de Bucaramanga y Cartagena de Indias.

A la ONG Mundo Cooperante y a la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, España.



The image features a map of Colombia with its departments labeled. A blue box highlights the Bucaramanga region, which includes the departments of Santander, Norte de Santander, and Arauca. The city of Bucaramanga is marked with a blue dot. In the top right corner of the map area, there is a logo consisting of three vertical bars of increasing height. To the left of the map, there are two small inset maps: one of the San Andrés islands and another of the Providencia island.

ASOCIACIÓN NIÑOS DE PAPEL

Calle 48 No. 18 – 79, Bucaramanga
Tels: (097) 6851416 - 685 1636
Celular 316 5238292
direccion_buc@ninosdepapel.org
www.ninosdepapel.org



Fundación Procrear
BOGOTÁ



El Parche

UNA PROPUESTA DE REDES PARA EL TRATAMIENTO COMUNITARIO EN SITUACIONES DE SUFRIMIENTO SOCIAL

La Fundación Procrear ha desarrollado desde 2002 un proyecto de prevención primaria y mejoramiento de las condiciones de vida de niños, niñas, jóvenes y adultos en situación de riesgo y exclusión grave en el centro de Bogotá¹. Allí funciona el centro de escucha para el tratamiento de base comunitaria, El Parche, en donde se trabaja en la construcción de una estrategia de reducción del sufrimiento ocasionado por problemas asociados con el consumo de sustancias psicoactivas y la infección por el VIH.

El centro de escucha El Parche se encuentra en la localidad de Los Mártires, en el centro de Bogotá, y específicamente atiende los barrios de Santa Fe y La Favorita. Un número significativo de personas que viven en la zona no tienen acceso a los bienes indispensables para una vida digna; están excluidas de los servicios de educación, salud y seguridad y conviven cotidianamente con situaciones de riesgo como la prostitución, venta y consumo de SPA, violencia

¹ Esta iniciativa de investigación en la acción ha sido apoyada con fondos de UNESCO, ONUSIDA, UNODC, la Unión Europea y Caritas Alemana (quién ha coordinado y asesorado los equipos locales) y se ha desarrollado simultáneamente en Haití, México, Colombia, Costa Rica y Brasil).

intrafamiliar, violencia armada, hurtos y delitos que generan sufrimiento social y exclusión grave. Es esta la población que busca integrar el proyecto en sus acciones de tratamiento comunitario.

Marco de referencia: Tratamiento de Base Comunitario

El Tratamiento de Base Comunitario (CBT por su sigla en inglés) comprende un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso, que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que consumen drogas en una situación de exclusión social grave, e influye al mismo tiempo en el mejoramiento de las condiciones sociales de las comunidades locales en la cuales viven y donde los operadores del programa trabajan².

En el marco del Tratamiento Comunitario el sufrimiento social es el sufrimiento engendrado por las relaciones entre las personas, grupos, instituciones, redes, comunidades, países. No se trata entonces solo de las consecuencias sociales del sufrimiento del individuo en la sociedad. Este puede estar ligado al estatus y al lugar que la persona ocupa en la sociedad, sin embargo estatus y lugar son también (aunque no exclusivamente) consecuencia de un cierto funcionamiento social y no exclusivamente producto de lo que el individuo hace. Esta forma de sufrimiento, en consecuencia, no puede ser resuelta solamente por intervenciones dirigidas hacia la persona sino por intervenciones que modifican el dispositivo de relaciones entre las personas, los grupos, las instituciones y las redes.

Si se utiliza el concepto de sufrimiento social como producto de las relaciones entre personas, grupos, redes, sistemas, se entiende más claramente el sentido del tratamiento comunitario y de una de sus estrategias centrales: el trabajo de red. El trabajo de red puede ser pensado como un proceso en el cual toda la comunidad (por medio de sus actores organizados en redes) es ayudada a superar las condiciones de sufrimiento engendradas por el funcionamiento mismo de las redes comunitarias.

² Ver E. Milanese (2007) Tratamiento Comunitario y reducción del daño del consumo de drogas: evaluación. Caritas Alemana, Unesco. Documento por publicar.

Se pregunta entonces ¿cómo promover un cambio en la comunidad para que la comunidad no enferme a sus miembros? La respuesta puede ser: promoviendo un cambio en el funcionamiento de las redes comunitarias de manera que puedan implementar acciones de autoprotección, de seguridad, de cuidado y sobre todo de promoción de la calidad de vida de todos sus miembros.

Por ejemplo, la dificultad que las personas tienen para acceder a los servicios de salud es una de las fuentes mayores de sufrimiento social. El problema entonces no es enfermarse, todas las personas se enferman, pero no todos tienen el mismo acceso a la atención. La tarea del Tratamiento Comunitario de Base es tejer redes y propiciar caminos para que todos los miembros de la comunidad tengan acceso a los servicios de salud, sin importar su sexo, edad o condición social.

La Reducción de Daño

De manera amplia, para este caso, se puede definir la reducción de daño como el conjunto de prácticas que buscan disminuir los efectos negativos de situaciones de exclusión severa y alta vulnerabilidad, asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y la infección por VIH, en el contexto sociocultural de los barrios Santa Fe y La Favorita.

La Reducción de Daño en el área de drogas se ha prestado a controversias ya que no plantea la abstinencia como premisa para la inclusión de las personas en los servicios de atención. Los detractores opinan que este enfoque disculpa y alienta el consumo de drogas, mientras que los defensores sostienen que es realista y que ayuda a los consumidores a seguir vivos y seguros y respeta la libertad de elección individual. Ambos enfoques tienen algo de razón: la reducción del daño sin límites y criterios puede, efectivamente, producir lo que los críticos afirman, mientras que aplicada con criterios claros ayuda a consumidores de drogas a seguir vivos y puede ser el comienzo de un cambio más profundo. En ambos casos la reducción del daño es también una estrategia que promueve en lo concreto el derecho de todos los ciudadanos al acceso a los servicios de salud, independientemente de las prácticas y conductas por medio de las cuales se han "enfermado". *El corazón de la reducción del daño no es la droga, son los derechos humanos.*

Procrear ha constatado en la práctica que la Reducción de Daño es un momento inicial y fundamental del proceso de inclusión social que se ha llamado Tratamiento Comunitario, pues se entiende no como una acción, sino como un dispositivo de acciones dirigidas al sistema de relaciones entre personas, grupos, redes e instituciones. En el Tratamiento Comunitario también se trabaja con el individuo pero es fundamentalmente para detener el empeoramiento de la situación de exclusión y para desarrollar y fortalecer habilidades de independencia y de pertenencia a redes sociales de soporte.

La conjugación de acciones de reducción de daño y de modificación de las relaciones entre los actores de la comunidad es lo que permite lograr procesos de tratamiento comunitario para inclusión social. Es importante considerar que no todas las personas se encuentran en igual situación de riesgo o vulnerabilidad, por ello es necesario contar con espacios de acogida y redes para cada uno de los momentos del proceso de inclusión social.

Se podría decir, haciendo una síntesis extrema, que el Tratamiento Comunitario es igual a acciones de Reducción de Daño + acciones de mejoramiento de las condiciones de vida + procesos de cambio de estilos de vida y acciones de articulación de redes sociales, que hacen posibles espacios de independencia económica y participación comunitaria. Por esta razón el problema conceptual de la Reducción de Daño es la ubicación que esta tiene en el conjunto de las políticas y de las prácticas de reducción de la demanda de droga: se trata de saber si es una práctica salvavidas aislada de cualquier forma de ayuda que vea más allá de la sobrevivencia, o si es un dispositivo parcial en un proceso mas amplio, una puerta de entrada en un mejoramiento de la vida de las personas y de las comunidades. *Se trata de ver si el objetivo es la dignidad mínima o un paso en el proceso hacia una dignidad plena.*

El trabajo en red

Cuándo una persona vive en exclusión grave, las consecuencias de esta situación sobre su equilibrio emocional, físico, mental y relacional dependen de sus características individuales (carácter), pero sobre todo de la amplitud y la densidad de su red subjetiva. Trabajar en una óptica de redes sociales le ha permitido a



Procrear entender que las formas de las relaciones entre personas tienen una fuerza que con frecuencia determina las acciones, independientemente de la voluntad de las personas.

Hablar de redes sociales es entonces una oportunidad para fijarse en las relaciones (lazos/vínculos) entre personas y no solo en las características y los problemas de las personas. La propuesta de El Parche trabaja apoyada en cuatro tipos de redes: la red Subjetiva, la red Operativa, la red de Recursos y la red Subjetiva Comunitaria.

• Red Subjetiva

Es el conjunto de personas y sus interconexiones que son importantes y significativas en la vida de una persona. Mientras más débiles y poco densas son las redes subjetivas de las personas, mayor es el riesgo y la vulnerabilidad social. La mayoría de las personas que viven en situaciones de exclusión severa cuentan con redes subjetivas débiles (con pocos nodos) y homogéneas, es decir, que la mayoría de las personas con las que se relaciona están también en situación de extrema vulnerabilidad, lo que contribuye a reforzar la situación de exclusión, marginalidad y daño. Si solo se interviene sobre las personas (reducción de daño) generalmente no se producen cambios duraderos en los sistemas relacionales, ni mejoramiento sostenible de las condiciones de vida.

• Red Operativa

Es el conjunto de personas que componen el equipo para el desarrollo de la experiencia de tratamiento comunitario. Para poder decir que un equipo de trabajo es una red operativa, es necesario que funcione en dos niveles:

- (a) el nivel de las relaciones formales internas: el escenario laboral y de coordinación en el que se comparten las tareas y la organización de la red de recursos.
- (b) El nivel de las relaciones externas y no formales con la comunidad. Escenario comunitario que conecta el proyecto con el entorno y con las personas en situación de exclusión grave.

• Red de Recursos

La red de recursos del proyecto son las personas, grupos, instituciones y organizaciones que han sido contactados por la red Operativa en el transcurso del trabajo de calle y de comunidad, que se han convertido en aliados que apoyan el trabajo de canalización y respuesta a las demandas comunitarias.

La construcción de una red de recursos es una premisa indispensable para lograr procesos de reducción del sufrimiento e inclusión social. Se ha constatado que en una comunidad local, hasta en la más desfavorecida, existen recursos humanos capacitados y competentes. Se trata entonces de encontrarlos, reunirlos, motivarlos, sensibilizarlos, organizarlos, de manera que su participación desde adentro sea efectivamente un reconocimiento de que la comunidad "puede". La cualidad y extensión de la red de recursos comunitario es uno de los elementos más importantes para asegurar la continuidad y la sostenibilidad de los procesos.

• Red Subjetiva Comunitaria

Es el conjunto de personas y sus interconexiones con las cuales los operadores del proyecto tienen relaciones "amistosas" que les permiten vivir experiencias de contacto, intercambio, contención y apoyo; es la manera con la cual el equipo participa en la vida cotidiana de la comunidad. La Red Subjetiva Comunitaria contribuye a construir en la comunidad local un contexto de seguridad. En comunidades de alto riesgo es fundamental contar con una red subjetiva comunitaria que reconozca, apoye y cuide el proyecto para poder trabajar.

Centros de Escucha

El Centro de Escucha se puede definir como un proceso de organización del trabajo comunitario que se fundamenta en la construcción de redes sociales en las que participan los actores de la comunidad local dando respuesta a problemáticas y necesidades priorizadas por ella. Los centros de escucha han sido pensados como una primera modalidad de creación de servicios de muy bajo umbral (en la cultura anglosajona son llamados *drop in centres*).

La primera forma de la escucha es la presencia, es estar allí. El centro de escucha cuenta un pequeño local que también puede ser una carpa o un espacio en un parqueadero de la zona, cuyo objetivo es brindar un espacio de encuentro de las personas sin importar su condición, edad, sexo o características personales. En el centro de escucha solo hay dos normas: no consumir y no pelear. Diariamente llegan personas que buscan ayuda, acompañamiento y acogida. Estas demandas son atendidas por operadores pares quienes, utilizando la red de recursos comunitarios, orientan y canalizan las peticiones de la comunidad.

El centro de escucha ayuda a prevenir y contener los procesos de exclusión y autodestrucción y contribuye a recuperar la posibilidad de soñar. Se trabaja haciendo prevención en el sistema de organización social cotidiana que existe en el contexto de intervención. Por lo tanto, no se trabaja fuera del sistema, ni bajo parámetros de innovación cultural que no se den en el marco de vida de esa comunidad local.

El proceso se basa en cinco ejes o directrices:

- (i) **Organización:** conocimiento y organización de los recursos individuales, grupales, comunitarios, en función de las necesidades de las personas.
- (ii) **Asistencia:** dar servicios básicos a personas en alto riesgo (refugio, higiene, salud, alimentación, asistencia médica básica, seguridad personal, educación básica) contando con su participación activa y la de la comunidad local.
- (iii) **Educación y empoderamiento** individual, grupal, institucional y comunitario por medio de procesos educativos (entrenamiento y formación, en particular de operadores pares) para mejorar la participación en acciones de calidad de vida.



(iv) **Tratamiento:** acciones y procesos de cura médica y psicológica por medio de los cuales, en la medida de lo posible (experiencias graves de exclusión pueden producir daños irreversibles), la persona pueda incrementar la calidad de su salud.

(v) **Trabajo:** las personas necesitan de un trabajo que les garantice autonomía económica; esto tiene que incluirse en un proceso de tratamiento. La presencia de una oportunidad laboral digna es un elemento esencial para el éxito del proceso.

Cómo se hace el trabajo en El Parche

El caso que a continuación se presenta muestra cómo se hace el trabajo en la práctica cotidiana de El Parche, desde acciones esenciales de reducción del daño, hasta trabajo de red y de tratamiento propiamente dicho.

• **Informaciones esenciales**

Ana Maria nació el 23 de abril de 1979, tiene 38 años y una hija de 5 años; ha llegado a 4º de bachillerato. Consume marihuana desde los 20 años y se inició en el bazuco a los 25. Vive en la calle desde los 10 años y trabaja vendiendo marihuana y cuidando la olla (el lugar de venta y consumo de drogas). Su proceso con El Parche lleva nueve meses.

• **Una red subjetiva en acción**

La primera anotación del caso es elaborada por una operadora par³ del proyecto, en la hoja de primer contacto (un instrumento de evaluación rápida utilizado por los equipos) y presenta la situación inicial:

“Yo estaba en la calle 22 cuando me encontré con Ana, que está embarazada; está muy mal, golpeada por su marido, según dice porque se está volviendo loco. Dice que él ha cambiado, que no fuma pipa, que fuma en la pieza con la niña y con ella en embarazo; le digo que ese humo es muy malo, ella llora y dice que no entiende el comportamiento de su marido, la niña esta de mal color, no esta en el jardín, no tienen orientación médica, pide que le den un cupo para la niña en el jardín y psicólogo para su marido. Los escucho y los oriento, vuelvo a darles información sobre la fundación y los jardines, y pido que escuchen y la aprovechen”.

Este fragmento ilustra una red subjetiva en acción. Ana es miembro de la red subjetiva de la operadora par, se encuentra entonces en el marco de relaciones ya establecidas y es en este marco que nace un encuentro “nuevo”. Lo nuevo es posible porque la operadora par “hace una invitación”, no espera una demanda para actuar sino que construye un espacio donde una demanda de ayuda pueda darse.

³ Un operador par es un miembro del grupo de beneficiarios finales de los programas de tratamiento comunitario o reducción del daño, quién ha aceptado ser entrenado para ser parte del equipo en la implementación del programa. Para que esta participación sea eficaz y segura para la persona y los beneficiarios, el operador par recibe entrenamiento, monitoreo y acompañamiento.

• El poder de una red de recursos comunitarios

Un escrito de Ana narra como fue su inicio en el proyecto: “Yo ingrese al proyecto en el mes de mayo del 2004, estaba desesperada y me ofrecieron un espacio. Puse a mi hija Natalia en el jardín de aquí mismo, empecé con mucho entusiasmo pero todo se vino abajo cuando nos dejamos creer de un rumor que nos iban a quitar la niña por el consumo y entonces en el mes de julio la saqué”.

También este fragmento ilustra como funciona el tratamiento comunitario ¿Por qué Ana pudo inscribir a su hija en el jardín comunitario? Porque el equipo durante años había trabajado para construir una red de recursos comunitarios eficiente, disponible a la intervención cuando fuera necesario. Para Ana haber encontrado esta forma de ayuda es “natural”, para el equipo que la ha hecho posible es el resultado de un largo y constante esfuerzo.

Ana ve en el programa y el en equipo una oportunidad que inicialmente la entusiasma, sin embargo en ese primer intento las relaciones con el equipo y con la red de apoyo no se fortalecieron lo suficiente como para construir seguridad y confianza, lo que la llevó a abandonar el proceso a los dos meses de haberlo iniciado. En este caso el trabajo de construcción de la red comunitaria necesita de esfuerzos para entender los fracasos o las interrupciones, y aceptar las consecuencia.

• La fuerza de los factores de contexto y de la red de recursos

Ana sale del programa... sin embargo es una manera de decir, porque el programa es comunitario y su dispositivo no es una institución con sus estructuras, sino toda la comunidad. Ana sigue viviendo en la comunidad y sigue asistiendo, cuando ella lo quiere, al centro de escucha. La flexibilidad del acercamiento comunitario le da la posibilidad de establecer el ritmo de la relación... no sin riesgos; sin embargo nunca se va de la relación. El territorio la mantiene en contacto y ella utiliza el territorio para mantenerse adentro del programa.

En febrero tiene un episodio de sangrado y pide ayuda, para lo cual se busca en la red de recursos apoyo para hacerle una ecografía; a partir de ahí regresa con regularidad al centro de escucha. Otra vez la red de recursos comunitarios: sin esta posibilidad Ana se hubiera ido... nuevo servicio, nuevo territorio, nueva interrupción. A veces los problemas, los traumas, son mas graves por sus con-

secuencias que por sus daños directos: no encontrar respuesta al dolor o a la necesidad allí donde se vive añade dolor y necesidad, y produce marginación.

“En ese entonces –escribe Ana María– yo tenía siete meses de embarazo de mi segunda niña, me dieron una cita para una ecografía y me mejore y seguí viniendo a hacer shaquiras”. Ana narra lo que ha sucedido: una cita para una ecografía, la ecografía, hacer shaquiras⁴: acciones concretas todas; acciones que necesitan de organización, de recursos, de programación, de continuidad. Parece natural pero sin embargo no lo es: allí se evidencia el dispositivo que hace posible el tratamiento comunitario. Es este dispositivo que hace posible que Ana durante esas semanas deje de estar encerrada en la olla o el inquilinato, empiece a ocupar su tiempo en actividades productivas, conozca a personas diferentes a las del grupo de consumo, inicie un proceso de sustitución de consumo de bazuco por marihuana y se inscriba en el sistema de salud para la atención del parto.

• De la reducción del daño al tratamiento comunitario: educación, cura, trabajo

Cuando la persona decide “jugar el juego”, aceptar el desafío de una oportunidad de cambio, se despliega todo el abanico de acciones concretas de ayuda posibles: acciones de red (conocer personas nuevas para disminuir la homogeneidad de la red subjetiva), reducción del daño en el consumo de drogas e inserción en el marco de derechos de la salud, por ejemplo. No se trata de una acción desligada de un contexto, es todo un dispositivo que se mueve y se adapta a la persona, tal como ella es en ese momento. Mantener ese dispositivo en movimiento, concentrado y congruente con lo que la persona necesita, es un desafío de todos los minutos. Es allí donde se juega el aspecto más complejo y frágil del tratamiento comunitario.

“El 15 de abril fui al médico a control de embarazo y me dejaron allá; al otro día nació mi hija Natalia y estuve en la dieta; cuando volví estuve al frente del taller de shaquiras y en el mes de mayo me puse al frente de la cocina y la alacena”.

⁴ Cuentas perforadas de colores que se utilizan para hacer collares, pulseras y otras manualidades.

Después del parto Ana buscó un espacio para trabajar donde pudiera estar cerca de su bebé, que nació muy baja de peso. El equipo decidió que ella podría estar con la niña en el taller de shaquiras; la presencia de la niña no era un problema para los demás y su seguridad estaba garantizada. Este aspecto fue fundamental para evitar una recaída en la mamá y proteger a la bebe y también un factor que contribuyó fuertemente a disminuir las situaciones de riesgo (esta puede ser llamada una acción de reducción de riesgos y no de daños). Este tiempo permitió también que Ana construyera confianza con el equipo del programa y recuperara habilidades organizativas y pedagógicas que no ejercía desde que empezó a consumir.

Desde las acciones concretas iniciales, típicas de la reducción del daño en su expresión mínima (que en Procrear se han llamado también asistencia básica), Ana se inserta en un proceso y en un dispositivo más amplio, orientado claramente hacia el mejoramiento de las condiciones de vida: encuentra una actividad productiva, pero además una oportunidad de vivir en un grupo, de ser coordinadora de ese grupo... de mostrar capacidades y competencias en el manejo de relaciones, de procesos productivos. Este pasaje de la reducción del daño al tratamiento comunitario se ha dado "naturalmente", sin que para esto se necesitaran discontinuidades típicas en los acercamientos institucionalizados... *no hay umbrales que pasar, solo relaciones que construir.*

Poco a poco Ana se inserta en un proceso de asunción de "responsabilidades", indispensable para fortalecer las capacidades de autonomía. Es un pasaje delicado porque implica la capacidad de vivir también las relaciones de conflicto que la asunción de responsabilidades implica.

En este pasaje se evidencian los problemas de relación con uno de sus compañeros de vida: es en este momento que el trabajo de consejería y propiamente terapéutico comienza a ser implementado. Es un trabajo a partir de la situación que la vida cotidiana presenta... como si la psicoterapia fuera un medicamento que se usa cuando es necesario y no en previsión de que sea necesario. Sin embargo el poder de los factores de contexto se manifiesta en manera dramática y parece derrumbar en pocos días los resultados del trabajo de meses.

• Los factores de contexto: límites y desafíos del tratamiento comunitario

A continuación se presentan fragmentos del diario clínico de Ana (el diario clínico es una parte de un instrumento de seguimiento de casos individuales en comunidades locales, llamado SPI.CI). Estos fragmentos abren una ventana sobre la complejidad del contexto comunitario, sus desafíos y la forma en que el equipo los maneja. No se trata de un paradigma para la acción, solo de un caso que describe cómo ésta se puede desplegar.

Jhon (operador del equipo) comenta que “la pieza de Ana es oscura, sin ventilación, muy pequeña para los tres y que la chaza⁵ estaba tirada sobre la cama. Luis, el compañero de Ana, se levanta a las 11 am. Ana está desesperada, hoy Paola (operadora del equipo) hizo relación de ayuda y se identifica como problema “el consumo de Luis”, además Ana le da el dinero para el consumo. Luis quiere empeñar el televisor y Ana lo amenazó con que si lo hace ella se va. Se le nota preocupada por lo que tiene que ver con su esposo, el sigue insistiendo en que la va a perder y en que la Fundación tiene mucho que ver. No estuvo con nosotros en la salida del martes porque al esposo no le gustó...

“Hoy se encuentra completamente descompensada, dice que Luis la manipula mucho, antesdeayer le iba a pegar, él argumenta que desde que está en la Fundación no lo quiere como antes, que se ha subido.

“En la tarde vinieron las profesoras, Carolina y Cristina, del jardín infantil, para comentar algo que tiene que ver con el aseo personal de su niña Natalia, quien se encuentra llena de piojos y liendres; las profesoras consideran que esta niña no se baña y sus vestimentas están sucias casi todo el tiempo. Lo que dijeron es que le dan plazo hasta el lunes para que su niña este totalmente limpia. Ana aceptó que no baña a su niña en las mañanas sino en la noche, con respecto a la ropa no dijo nada. Llegamos a unos acuerdos y vendrán el día sábado y el domingo las tres a un aseo profundo con agua caliente. En compañía de Ana bañamos a Tatiana y le sacamos bastantes piojos. Le volví a sugerir realizar este ejercicio todos los días, también con ella y el esposo, tener mucho cuidado con el aseo de la bebé. Me dice que en ocasiones no la baña por las mañanas porque no tiene gas y el agua es

⁵ Es esa especie de bandeja de madera (en otros casos un pequeño mueble o cochecito adaptado) que se usa para las ventas callejeras

helada, además la pieza no tiene baño, el baño es compartido. Quedamos de ver cómo apoyar este aspecto”.

Cuando la red subjetiva comienza a ejercer su “poder”, el tratamiento comunitario se concentra en garantizar los elementos básicos: que la relación no se pierda, que la asistencia básica siga, que el dispositivo no sea fragmentado, que las amenazas no generen impotencia y abandono. El fragmento anterior describe estas estrategias en manera muy puntual: (i) un miembro del equipo visita a Ana, observa su hábitat, informa al equipo... (ii) otro miembro del equipo habla con Ana, la ayuda concretamente a poner orden, a no dejarse ir, no dejarse atrapar en las mallas del conflicto con su marido; (iii) el equipo y la organización escuchan las amenazas y las reivindicaciones del marido de Ana, sin embargo no se retiran, siguen allí... lo importante es estar allí. El programa es un factor de turbulencia en la vida familiar de Ana, su esposo protesta en contra de los efectos del programa; (iv) también la red de recursos comunitarios (las maestras del jardín) observan la crisis de Ana, las niñas están abandonadas, sucias, llenas de piojos... (v) El equipo se hace cargo de la asistencia básica, que en este caso significa bañar a las niñas, eliminar los piojos...y seguir en los procesos.

• La resiliencia del dispositivo

Este último fragmento permite explorar otro aspecto del tratamiento comunitario: la resiliencia de su dispositivo. Las condiciones de riesgo en una comunidad local de “alto riesgo” son el sistema mismo de vida en la comunidad local, en consecuencia, el dispositivo del tratamiento debe haber incorporado en su procesos aquellos elementos que le permiten “absorber el impacto de los factores de riesgo” sin ser destruido por ellos; además de esto debe seguir funcionando como dispositivo, produciendo sus frutos ... Esto es garantía de que la persona también pueda ser resiliente: soportar el embate de los traumas y de las condiciones de vida y regresar a una vida mas vivible. En este aspecto también reside la cualidad de las redes, su elasticidad, su capacidad de adaptarse y responder... lo que permite que el dispositivo sea resiliente. Este efecto se logra todo en la fase inicial del tratamiento comunitario: cuando se construye el dispositivo.

Ana siguió en el proceso estabilizando los logros obtenidos por medio de la reducción del daño y comenzando a fortalecerse en un proceso de tratamiento comunitario. Retomó contacto con su familia de origen y viajó a su pueblo,

donde consiguió un trabajo. Luego se supo que se fue a vivir a Venezuela, el contacto se perdió. Lo cierto es que a Bogotá no ha regresado, porque hubiera contactado a la Fundación.

Sistema de monitoreo y evaluación⁶

El proceso de monitoreo y evaluación del proyecto CBT ha seleccionado catorce áreas o componentes: Educación básica, Consumo de drogas, Trabajo, Salud, Vida sexual, Higiene, Alimentación, Vivienda, Situación psicológica, Seguridad personal, Legalidad, Vida de grupo y Familia. El proceso de evaluación se basa en un método experimentado, implementando una evaluación inicial, una o más evaluaciones intermedias y una evaluación final. Este procedimiento permite evaluar resultados (variable dependiente) y proceso (variable independiente).

Los instrumentos de evaluación son utilizados también como base de recopilación de la información para fortalecer el manejo integrado de casos y acompañar la práctica cotidiana. Los datos obtenidos son discutidos en las sesiones de equipo e inciden directamente en la planeación e implementación de procesos individuales, de grupo y de red.

Algunos aprendizajes

De cómo funciona la red interinstitucional depende de manera significativa los resultados positivos del tratamiento comunitario. En el caso de Ana las redes de salud, educación y cuidado de niños fueron un apoyo muy importante para mejorar condiciones de vida y promover cambios de actitud.

Las actividades de asistencia básica y de reducción de daño, complementadas con actividades educativas y de rehabilitación producen resultados más significativos cuando se trabajan al mismo tiempo que de manera aislada.

Las actividades de educación son una buena forma de ampliar redes subjetivas y promover relaciones menos homogéneas y procesos de mejoramiento de autoestima y seguridad personal.

⁶ Los centros de escucha cuentan con un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación que se ha construido en Brasil, Colombia, México, Haití y Costa Rica durante cuatro años, con el acompañamiento de la Caritas Alemana y Unesco.

Las acciones educativas y de empoderamiento personal pueden ser motivo de turbulencias y sufrimiento psicológico que son parte de los procesos de cambio. En el caso de Ana, la molestia del compañero por su pertenencia a la Fundación fue un factor de riesgo que se trabajó de manera intensa para evitar que ella se retirara del proceso.

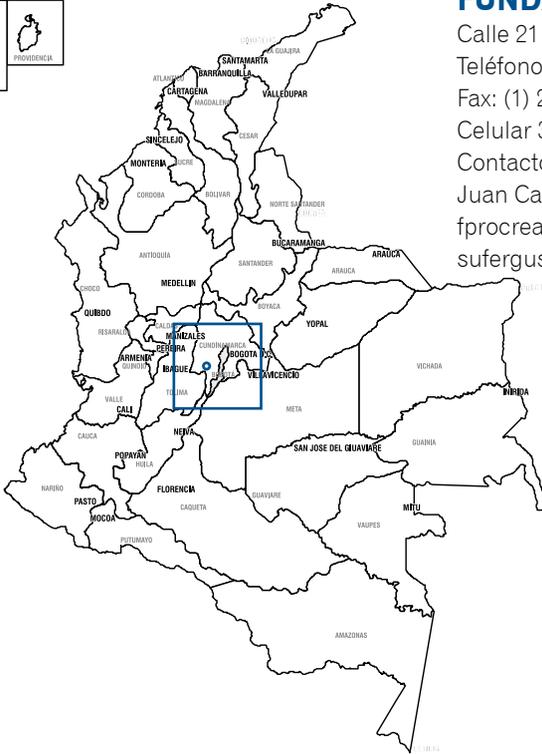
Contar con un trabajo durante el proceso de tratamiento comunitario es un factor de estabilidad y resultados positivos “Producir autonomía por medio del trabajo es el objetivo final del tratamiento comunitario... esto se logra produciendo organización, implementando actividades de asistencia básica, educativas, de cura medica y sicológica”.

Estrategias eficaces

Para mejorar las condiciones de sostenibilidad de los procesos de tratamiento comunitario vale la pena tener en cuenta un conjunto de estrategias que han demostrado su eficacia⁷:

- (a) Construir procesos evitando acciones aisladas
- (b) Encontrar puntos de equilibrio entre necesidades de autonomía y de dependencia
- (c) Orientar los procesos hacia el trabajo o las actividades productivas lícitas, mejor formales respecto a las informales, mejor en grupos pequeños respecto a las individuales, mejor asociados formalmente (cooperativas) respecto a las no asociadas formalmente (grupo de pares)
- (d) Usar, durante el tratamiento formas de microcrédito insertadas en las actividades de asistencia básica y educativa
- (e) Siendo que el “buen resultado” en el contexto de la exclusión grave no excluye el uso de drogas y no elimina los factores contextuales de riesgo, el monitoreo y el apoyo por parte de organizaciones o grupos de pares organizados es una condición de resultado positivo.

⁷ Tomado de E. Milanese (2007) Tratamiento Comunitario y reducción del daño del consumo de drogas: evaluación. Caritas Alemana, Unesco. Documento por publicar.



FUNDACIÓN PROCREAR

Calle 21 No. 16-19 Of. 201

Teléfono: (1) 282 1472

Fax: (1) 286 3215

Celular 310 305 5810

Contactos: Susana Fergusson

Juan Carlos Celis

fprocrear@yahoo.es

sufergusson@yahoo.es



Corporación Teméride y la Gobernación de Risaralda

PEREIRA



Luego del terremoto que afectó gravemente el Eje Cafetero colombiano en 1999, la ciudad de Pereira comenzó en 2003 un importante proceso de renovación urbanística que incluía la transformación de la zona del mercado central, denominada la Galería. Allí se había concentrado en los últimos treinta años una población de cerca de 1.500 personas, en su mayoría habitantes de calle, recicladores, trabajadoras y trabajadores sexuales con sus familias, de los cuales cerca del 90 por ciento consumían algún tipo de sustancia psicoactivas, en medio de situaciones de deserción escolar, violencia y marginalidad.

El lugar se caracterizaba por la presencia de algunas compraventas de chatarra, casas abandonadas utilizadas como inquilinatos y grandes expendios de drogas encubiertos en tiendas, bodegas y depósitos reconocidos en el sector.

La preocupación por el impacto del desalojo de la zona en esta población y en las comunidades receptoras de barrios periféricos del mismo centro de la ciudad, como La Churria y Travesuras, dispuestos de manera informal para el reasentamiento, dio origen a lo que se llamaría posteriormente Callejiando por la vida.

Callejiando se inició como un diagnóstico situacional de niños, niñas y jóvenes entre ocho y dieciocho años que vivían en la calle en el municipio de Pereira, orientado a la implementación de un modelo de prevención para la disminución

del riesgo y la vulnerabilidad del consumo de sustancias psicoactivas. A través de esa estrategia el proyecto se adentró en el entorno social y cultural de la población, en sus vivencias y sus ritualidades. Luego de ubicarse en este contexto comenzó a construir, de manera colectiva, dos estrategias: una dirigida a la formación y otra a la gestión y movilización de redes sociales institucionales, comunitarias y lúdicas.

Callejando por la vida representa hoy la construcción de un modelo socio-educativo para que la comunidad participe y ejerza su liderazgo en acciones de prevención y reducción del daño causado por el consumo de sustancias psicoactivas.

A través de la identificación del territorio (su historia, transformaciones en el tiempo, lugares de significación y sus dificultades), la comunidad (liderazgos, recursos, experiencias, ritualizaciones) y la familia (estructuras, parentescos, problemáticas y situaciones estresantes), Callejando busca estimular la organización y la participación en la planeación y el diseño de estrategias que favorezcan los factores protectivos y la reducción del daño. El modelo hace frente a las situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran niños, niñas y jóvenes frente al consumo de sustancias psicoactivas y la vida de calle, e incide en la construcción de una cultura de la prevención, el bienestar y la seguridad.

Callejando por la vida es hoy el proyecto de acompañamiento y coordinación interinstitucional que adelanta la Gobernación de Risaralda a través de la Secretaría Departamental de Salud y la Corporación Temeride, para ofrecer de manera permanente, y desde la calle misma, diferentes servicios a la niñez y la adolescencia en condiciones de alta vulnerabilidad.

La población atendida

En la zona de operación del proyecto se identificó una población de 1.465 personas (67% hombres, 25% mujeres y un 8% sin información). Una cuarta parte la componían niños, niñas, jóvenes y adultos jóvenes, mientras que el resto oscilaba en edades comprendidas entre los 26 a 35 años. Cerca del 23% habitaba en inquilinatos y los demás se repartían en aceras y bajo los puentes; el 38% de la población llevaba diez años viviendo en la calle. Se estimaba que

una cuarta parte de la población presentaba enfermedades pulmonares, una quinta parte gastrointestinales y otro porcentaje similar padecía de enfermedades psiquiátricas. Uno de cada diez había tenido o tenía alguna enfermedad venérea y casi la totalidad de la población presentaba adhesión al consumo de sustancias psicoactivas (41% de policonsumo).

Cerca del 46 % contaba con formación en básica primaria, en algunos incompleta; un 24 % secundaria y un 13 % analfabeta.

Entre 2004 y 2005, Callejando por la vida, atendió inicialmente una cuarta parte de la población de niños, niñas y jóvenes en situación de y en calle y con alta vulnerabilidad frente al consumo de SPA, en edades entre los 8 y 20 años, ubicados en estos sectores.

De los treinta y cinco niños/as y jóvenes que inicialmente formaron este grupo base de trabajo, se identificó su pertenencia a familias conflictivas, hogares disfuncionales, con ausencia del padre y/o la madre. Un 80% de la población manifiesta consumo de Sacol¹ principalmente, un 15% presentaban policonsumo y un 5% refirieron sobriedad o se encontraban en abstinencia.

Casi la totalidad de las personas atendidas había pasado por algún proceso de atención en modalidad cerrada y ambulatoria. Este mismo porcentaje había abandonado, evidenciando su ruptura con la norma, dispersión y falta de continuidad en procesos. Y muchos de ellos realizaban alguna actividad económica, que iba desde las ventas ambulantes hasta el apoyo a la actividad económica del sector de la Galería (ventas de psicoactivos, reciclaje o mandados).

El enfoque

La construcción del modelo socio educativo utilizado en Callejando por la vida se soporta en la concepción etnográfica aplicada a la educación², en la que se

¹ Pegante industrial muy popular a base de gasolina.

² Al hablar de etnografía aplicada a la educación se hace referencia al análisis de los métodos, los contenidos y la participación de los actores en el proceso de enseñanza – aprendizaje en relación con el contexto sociocultural, que incide de manera significativa en la formación.

evidencia el etnomodelo como dato primario de la experiencia sociocultural que genera transformaciones y variantes (Grebe 1997). Los etnomodelos son expresiones individuales de representaciones colectivas pertenecientes a un sistema sociocultural, que revelan cómo el actor percibe, conceptualiza y simboliza su realidad. En esta propuesta se incluyen redes y reducción del daño, pero se da prioridad a la construcción de procesos partiendo de los sujetos (alteridad).

Los trabajos realizados en redes sociales de apoyo muestran la importancia que tiene para un individuo el establecer vínculos que desarrollen de manera adecuada sus habilidades y estrategias, permitiendo afrontar diversas situaciones y exigencias de la vida social, fortaleciendo las relaciones sociales a través del reconocimiento del otro, entendiendo que cada persona tiene posiciones y roles diferentes dentro de un grupo, involucrando a esto los sentimientos y pensamientos que llevan a comprender a todos los individuos que intervienen en la red (Milanese, 2000).

Cómo se desarrolló la estrategia

El proceso se inició hacia el mes de mayo de 2003 en medio de la intervención social que realizó la Corporación Antioquia Presente en la zona de la antigua Galería, siguiendo el Plan Parcial de Renovación Urbana, del cual se desprendió el proceso de coordinación, acompañamiento y atención social a la población vulnerable del sector, caracterizada en cinco grupos poblacionales: habitantes de y en calle, inquilinos, recicladores, niños y niñas de y en la calle y trabajadoras y trabajadores sexuales, con los que se realizan los contactos iniciales, el enganche y la identificación de informantes clave.

Esas acciones iniciales estuvieron encaminadas a la identificación, acompañamiento y generación de vínculos entre el equipo técnico y la población beneficiaria, para definir de esta manera la ruta a seguir en la consolidación del modelo: los encuentros de calle en los que se compartía una merienda, minutos de juego y danza que luego se traducían en acciones de formación, o minutos de abstinencia frente al consumo, minutos de amor alrededor de un abrazo y una palabra. Afecto, seguridad y compromiso fueron las herramientas que comenzaron a modificar la mirada acerca de las situaciones críticas que rodeaban la población y su contexto (maltrato infantil, SPA, abandono, explotación sexual).



De esta manera se fueron articulando los mencionados tres ejes de intervención: el territorio, que es el escenario de la cotidianidad; la comunidad, en la que se entretreje todo el entramado de los vínculos y las diferentes relaciones de poder, dependencia y complementariedad, compañerismo y demás roles o funciones sociales; y la familia, como aquel referente inmediato sobre el cual se han construido los valores y el sentido de vida, para desde allí incidir en la relación con el consumo y las situaciones críticas asociadas, que exponen al riesgo y hacen más vulnerable a esta población.

Callejando por la vida se propuso influir en estos tres escenarios por medio de la formación de un equipo al que se denominó *líderes y extensionistas*³ que, enmarcado en el contexto socio cultural que le rodeaba, procuró generar procesos de pensamiento, comunicación, desarrollo de la afectividad y fomento de la autonomía. Procesos en los que se consensuaron las normas, se planificó el trabajo y se repartieron responsabilidades orientadas siempre al fin común del

³ Líderes y extensionistas es la experiencia que el Sena ha implementado en el sector rural para planear estrategias de trabajo y estimular la participación y toma de decisiones frente a problemáticas que afectan a las comunidades.

grupo. Este sistema permitió identificar la vulnerabilidad a partir de la vivencia, acogerla y aprehender de ella la manera de mitigar su impacto en la comunidad, produciendo reducción del riesgo.

La formación de los líderes y extensionistas, atravesada por el territorio, la familia y la comunidad, llevó a la construcción de doce talleres en los cuales se trabajaron los contenidos, las temáticas y los fines del proceso formativo informal enfocado en la consolidación de un proyecto de vida a corto y mediano plazo, tanto de los extensionistas como de la comunidad en su conjunto. Ese proceso se fue registrando en los instrumentos que aporta el modelo (diarios de campo y otros), en los cuales se plasmaron los proyectos y temas emergentes que la comunidad identifica como prioritarios a resolver.



¿Qué son los extensionistas?

Los extensionistas son niños, niñas y adolescentes (incluso adultos) del sector, cuya vida se desarrolla en situaciones de alta vulnerabilidad, donde los factores de riesgo son críticos pero “normalizados”, por lo que han ganado posicionamiento como conductas y habilidades para poder vivir en el entorno.

Los extensionistas son el primer grupo a formar y capacitar en el modelo, para luego, desde ellos y con ellos, realizar cambios sutiles de forma y fondo sobre los ritos y mitos que construyen comunidad. Los extensionistas regulan el proceso sin controlar la vida de los participantes; son educadores informales cuya función social y primordial es el acompañamiento comunitario, con sus virtudes y debilidades, al compartir el mismo territorio, familias, sueños y metas de todos. Proveen el lugar de encuentro, seleccionándolo previamente; organizan los talleres, los tiempos en los cuales se realizarán y negocian con sus vecinos su participación.

Este proceso les permite desarrollar habilidades para ejercer la participación ciudadana, la construcción de comunidad, con generación de acciones de prevención, consolidando espacios que brinden seguridad emocional para cada uno de los participantes.

La gran meta que persigue el modelo se basa en la formación de individuos (extensionistas) que luego forman grupos y desde allí consolidan procesos comunitarios generadores de redes sociales que acompañan y construyen, que incluyen y controlan, que modifican y exigen. Todo esto alrededor de favorecer cambios sutiles que lleven a la reducción de la violencia, del daño, del sufrimiento, de la estigmatización y la marginación.

El diseño de la estrategia

El diseño y la construcción de la estrategia se desarrollaron paralelos a los últimos desalojos de la Galería Central, ocurridos entre 2004 y 2005 y al reasentamiento en los barrios periféricos a la zona del Plan Parcial. Desde allí el acompañamiento ya no se concentra en niños de y en calle como se identifican

inicialmente. Se considera importante incidir en las situaciones de vulnerabilidad a las que están expuestos niños y jóvenes, en el contexto de la población expuesta a situaciones de vulnerabilidad.

Se consideró importante incidir en las situaciones de vulnerabilidad a las que estaban expuestos en el contexto barrial y comunitario e identificar desde sus imaginarios y deseos sus conflictos y las formas de abordaje de los mismos, así como caracterizar a la familia desde sus carencias, gustos y preferencias, construyendo de modo colectivo el escenario de participación de la comunidad. Ese escenario fue expuesto en una cartilla guía, en la que se investiga sobre la historia de la comunidad, el territorio y las redes sociales, para introducir elementos de planeación participativa y ejecución de planes liderados por los extensionistas.

Construcción de una ruta

Por medio de esta estrategia se hizo posible la visibilización de una problemática, ya no de reordenamiento del espacio público donde se encontraban involucrados los y las habitantes de y en calle, sino una situación de exclusión, marginalidad y precariedad institucional para ofrecer atención oportuna y eficaz a problemáticas de salud, cultura, educación y acompañamiento psicosocial.

De esta manera la ruta propuesta en la que el agente o extensionista actúa como el canal entre la situación crítica y la respuesta institucional, resignificó el ámbito de la participación, al ampliar el escenario de sustancias – consumidor - problema – alternativa clínica tradicional, bajo el enfoque “cero tolerancia”, a un escenario en el que pueden contar ya no solo con la experiencia del “experto y su dominio”, sino con otros ámbitos que rodean esta triada y que pueden y deben ser atendidos y ofertados como complemento a procesos de tratamiento, reducción del daño e inclusión social en donde es indispensable contar con las habilidades y aportes de “la gente del común”.

Callejando fue incidiendo así en la organización de la vida comunitaria, ya desde el reconocimiento del sujeto y sus capacidades, ya desde la puesta en marcha de una iniciativa de inclusión social local que orientaba el quehacer institucional.

La Corporación Temeride



La Corporación se constituyó en 1999, cuando la comunidad del Eje Cafetero estaba conmocionada por las devastadoras secuelas sociales que dejó el terremoto ocurrido ese mismo año. Fue fruto del esfuerzo de un equipo interdisciplinario de profesionales amigos, inquietos por ofrecer servicios acordes con las necesidades de poblaciones altamente vulnerables.

Su misión se orienta a capacitar informalmente, asesorar y ejecutar acciones para el desarrollo sociocultural, investigativo y la intervención psicosocial que permita mejorar la calidad de vida del ser humano.

Entre sus líneas de acción está la de prestar servicios de asesoría y consultoría técnica y científica, educación informal e intervención psicosocial a la comunidad en sus diferentes estratos, para promover el mejoramiento de la calidad de vida. También trabaja en el desarrollo de investigaciones que permitan cualificar los diferentes servicios y en asistencia técnica a instituciones gubernamentales, no gubernamentales, privadas y a la comunidad en general.

La Corporación orienta procesos de desarrollo y mejoramiento integral del ser humano y su colectivo a través de una estrategia de promoción del desarrollo humano, educación informal, prevención y atención de sustancias psicoactivas, SPA, y otras problemáticas socialmente relevantes. También promueve programas, planes y proyectos de carácter social para contribuir a la autogestión de la comunidad.

Logros y resultados de Callejando

Luego de casi dos años de trabajo se pueden mencionar los siguientes resultados:

1. La construcción colectiva de dos estrategias: una dirigida a la formación de líderes y extensionistas y otra a la gestión y movilización para la conformación de redes sociales institucionales y comunitarias.
2. La publicación para la validación de la experiencia inicial de la cartilla guía y la producción del video institucional de la experiencia.

3. La formación de 18 líderes juveniles y tres comunitarios que investigan aspectos relevantes a la vida de sus comunidades (historia, formas de organización, conflictos barriales y de familia), para la creación de estrategias y programa de acción.
4. El manejo de talleres, prácticas e instrumentos de recolección de información por los líderes y extensionistas, contenidos en la cartilla guía *Callejando por la vida*.
5. La articulación de redes y servicios institucionales y comunitarios en salud, cultura y recreación, como la escuela de teatro "Crearte", la Casa de la Juventud y el programa Desarrollo Humano y Familia de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD – Pereira; todo ello con el apoyo y respaldo del Programa para la Descentralización del Plan Nacional de Drogas de UNODC y el Ministerio de la Protección Social, las secretarías Municipal y Departamental de Salud, el Comité Departamental de Drogas y las comunidades barriales de Travesuras, El Dorado y Villasantana.

Comunidades beneficiarias

La población beneficiaria directa del programa corresponde a niños, niñas y jóvenes en edades comprendidas entre los 10 y 20 años y se estima en un total de 78 personas de los barrios Villasantana, El Dorado y Travesuras. Algunos con adherencia a consumo de sustancias, en donde predominan alcohol y cigarrillo en un 60%, marihuana en un 30% y Sacol 10%, pertenecientes a estratos 0, 1 y 2 y residentes en el municipio. Un 60% escolarizados, un 25% con trabajos ocasionales y escolaridad también ocasional, y un 15% con participación en procesos institucionales de protección por explotación sexual o laboral, usuarios de sustancias psicoactivas, sin vínculos familiares y en situación de abandono.

Como beneficiarios indirectos, las comunidades barriales de Travesuras, El Dorado y Villasantana y 60 jóvenes asistentes y participantes en encuentros y talleres realizados en los territorios de *Callejando*. También organizaciones gubernamentales que direccionaron sus planes, programas y estrategias.



La estrategia de coordinación

La coordinación es un ejercicio permanente con el cual se busca la unidad con “los susceptibles de ser unidos”. Es decir aquellos que consideran importante articular las acciones de sus programas para brindar asesoría y orientación a la comunidad para que esta se fortalezca y delinee alternativas emergentes para minimizar los riesgos y factores que determinan la exclusión grave.

Una de las estrategias implementadas es la de difundir el propósito del modelo con aquellas entidades o personas que centran su actividad en la formación, la organización comunitaria y la promoción de la autogestión y el liderazgo para actuar en los niveles cultural, social, económico y político con los cuales se busca la incidencia de los equipos de trabajo conformados en los sectores de influencia de Callejando.

De allí que se hayan acercado la Gobernación de Risaralda, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Social del municipio con el programa de Juventud y taller de danzas, la Escuela de Teatro “Create” con la sensibilización y exploración al mundo del teatro, la Secretaría Municipal de Salud en la prestación de sus servicios en primer y segundo nivel, el Programa de Psicología y Desarrollo humano de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, con la atención y acompañamiento a familias y el apoyo de UNODC a través del programa para la Descentralización del Plan Nacional de Drogas – Ministerio de la Protección Social y la CICAD/OEA, quienes respaldan la implementación de tres unidades productivas como estrategia de inclusión social.

De esta manera se construye la ruta de atención y prestación de servicios, estableciendo un protocolo base en donde la articulación de acciones encaminadas a la prevención y la reducción del daño consolidan el escenario de bienestar y seguridad que pretende el modelo.

La sostenibilidad de la experiencia

En el nivel de desarrollo en el que se encuentra la propuesta, la sostenibilidad se procura en tres fases:

1. El proceso de formación permite que las personas apropien las herramientas principales con las que se puede adelantar la gestión ante su comunidad, las organizaciones y la obtención de servicios y beneficios acordes a sus necesidades más apremiantes. El trabajo desarrollado en el reconocimiento e identificación del territorio, la vida comunitaria y de familia permite la planificación
2. Aunada a la estrategia de red, que busca la coordinación entre organizaciones, está la comunicación directa con las comunidades. Se queda a la espera del acompañamiento permanente en la evaluación, sistematización y redireccionamiento del proceso a cargo de la ONG y la Secretaría Departamental de Salud
3. El posicionamiento como estrategia inserta en la política departamental de prevención de SPA.

Lecciones aprendidas

Las características de las poblaciones altamente vulnerables (problemas de aprendizaje, marginación, personalidades conflictivas) no constituyen limitaciones para el desarrollo de la estrategia, ya que sobre estas condiciones se trabaja y construye el proceso. Al hablar de inclusión se hace referencia a involucrar en el espacio y reconocer la experiencia del sujeto independiente de sus precariedades.

Los enfoques socioeducativos buscan tener como referente las experiencias y habilidades previas en el sujeto, para desde allí consolidar la identidad y pertenencia necesaria para el desarrollo de un programa de acción, pues desde la formación se busca la autonomía y el liderazgo en busca de su propio desarrollo, formación y consolidación del ser.

Se puede hablar entonces de un proceso educativo en el que está implícito el ser en su dimensión ético – política, importante a considerar en la formación con los niños, niñas y jóvenes, delineando en la enseñanza, planeación y los logros a alcanzar el contexto socioeducativo acorde con su realidad.

El fortalecimiento de las redes y las estrategias que se construyan entre organizaciones, la misión y visión de sus estructuras, deben considerar en su participación el respaldo a las iniciativas de las comunidades y el apoyo a la formación del sujeto para potenciar su liderazgo.

Evaluación

Desde su ejecución inicial Callejando ha concebido la evaluación como un proceso de formación, en cuanto a la recolección de información es importante para el avance del modelo en si mismo, de allí que se ha realizado de forma permanente y de acuerdo con el grupo abordado.



Dentro del proceso formativo los líderes extensionistas han desarrollado la habilidad de recolectar la información en los diarios de campo, recogiendo expresiones, sentimientos y experiencias de los participantes, y en algunos casos realizando registro fílmico y fotográfico como parte de la memoria visual del modelo.

Del mismo modo, con los grupos de jóvenes beneficiarios indirectos se aborda como conversatorio al final de cada encuentro, ya que muchos de los participantes no saben leer o escribir y el formato para consignar sus apreciaciones resultaba una limitante relacional.

De otra parte el equipo técnico ha solicitado recientemente a expertos externos de organizaciones afines la revisión de los textos producidos para optimizar los resultados de los mismos y coadyuvar a la validación del modelo.

Innovación

La misma propuesta de Callejando, que busca estimular, a través de la identificación del territorio (incluido en ello su historia, transformaciones en el tiempo, los lugares de interés y significancia y sus dificultades), la comunidad (liderazgos, recursos, experiencias, ritualizaciones) y la familia (estructuras, parentescos, problemáticas y situaciones estresantes), la organización y la participación para la planeación y el diseño de estrategias que favorezcan los factores protectivos, es una importante innovación metodológica. Con ella se avanza en la reducción del daño, haciendo frente a las situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran niños y jóvenes frente al consumo de sustancias y vida de calle, así se incide desde esta estrategia en la construcción de una cultura de la prevención, el bienestar y la seguridad.

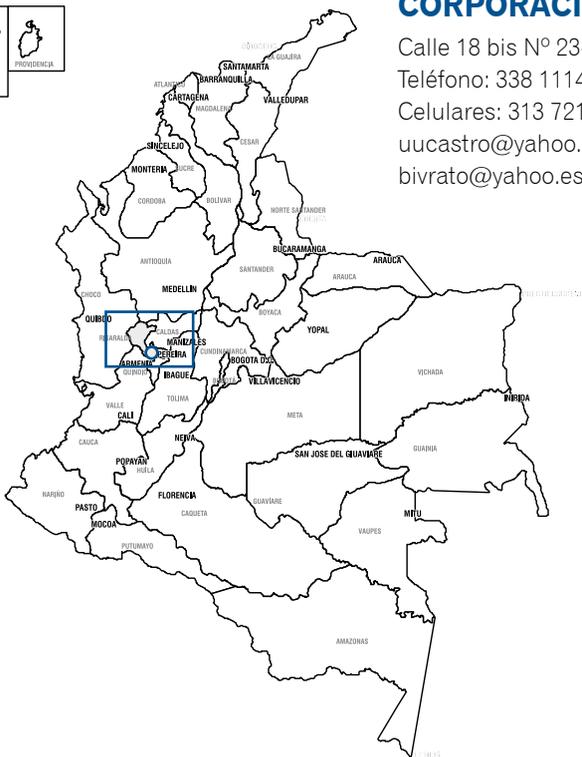


El equipo de trabajo

Bibiana Restrepo, psicóloga, especialista en Salud Ocupacional

Hugo Armando Castro, etnoeducador con experiencia en trabajo con población vulnerable

Maria Victoria Álvarez, bacterióloga con experiencia en trabajo con población vulnerable



CORPORACIÓN TEMÉRIDE

Calle 18 bis N° 23-86 Barrio Boston

Teléfono: 338 1114

Celulares: 313 721 1673 – 314 630 2527

uucastro@yahoo.es

bivrato@yahoo.es



capítulo III



Aprendizajes y logros

DE LA PRÁCTICA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL

El cambio de paradigma en la atención del problema de consumo de sustancias surgió cuando se comenzó a aceptar que las estrategias que privilegiaban un solo abordaje no estaban funcionando y se evidenció que era necesario formular una estrategia más holística, integral, que asegurara la inclusión real y empoderada de los individuos en la sociedad. Ese, sin duda, fue un primer logro.

También ha sido muy importante comenzar a hablar de reconocimiento de derechos, de dignidad, de libertad. Y comprender a las personas como universos complejos e interconectados, en las que influyen diversas dimensiones y requieren una atención más integral.

Todo ello hace que trabajar el tema de la adicción a las drogas mediante la estrategia de la inclusión social se convierta en un reto importante para las instituciones y las comunidades; que debe ser visto como un proceso de aprendizaje, de construcción de una forma de trabajar que ante todo respete a las personas, consideradas como ciudadanos sujetos de derechos, como miembros de su comunidad y su entorno y como agentes de su propio cambio. Exige

estudio, investigación, intercambio de experiencias, cuidado en la planeación y desarrollo de las propuestas metodológicas; exige dedicación, profesionalismo y sensibilidad.

La experiencia de quienes han avanzado por este camino muestra que es muy importante crear entornos favorables a la estrategia. Hay que trabajar el imaginario social para ambientar el tema de la inclusión e impulsar valores que favorezcan el reconocimiento de la dignidad, los derechos y la libertad de las personas.

En esa misma perspectiva es fundamental crear confianza, de las instituciones hacia las personas atendidas, entre las instituciones y las comunidades, confianza entre las redes de acogida y servicio. Para ello resulta fundamental buscar la visibilización de las poblaciones expuestas al problema de las drogas, que hoy podría decirse que no existen socialmente: habitantes de calle y consumidores, por ejemplo.

Otro elemento muy importante para un entorno favorable a la estrategia es la obtención de apoyo gubernamental, nacional y local. Reconocer que el tema es un asunto de política pública y lograr presión de la sociedad civil para que se posicione en la agenda política y social.

En concordancia con lo anterior es preciso también involucrar a las familias, las comunidades, generar la participación de todos los actores, incluidos los sujetos del proceso, en su desarrollo, orientación y gestión.

Desde una perspectiva más técnica se ha encontrado que es indispensable, para el abordaje integral de la estrategia, trabajar con equipos interdisciplinarios, favorecer el diálogo de saberes que aborda al individuo y la comunidad integralmente y que ofrece soluciones desde todas las dimensiones del problema.

También se ha entendido que no se puede dar asistencia unilateral, que es preciso adelantar procesos educativos, proveer acompañamiento, inclusión económica y social y empoderamiento para fortalecer al individuo en su núcleo social y crear las condiciones para lograr su sostenibilidad y proyección.

El empoderamiento, entendido como la creación de capacidades de conocimiento, análisis y participación para poder modificar de manera activa su entorno, es necesario subrayarlo como uno de los resultados más deseables en el individuo y en la comunidad en que vive, porque les permitirá actuar consciente y afirmativamente en el proceso de inclusión.

Todas estas afirmaciones muestran cómo plantearse la estrategia de inclusión social para abordar el problema de las drogas es un reto grande. El desafío significa enfrentar asuntos estructurales, profundos; y saber que los cambios no pueden ser de blanco a negro sino que hay grises y que, en consecuencia, es un trabajo de largo plazo, de cambio cultural, de gestión social. Un trabajo que sin duda logrará individuos más felices en comunidades más cohesionadas y solidarias.

