



**INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS – LA CEJA**

**PRESENTADO POR:
STEFANY POSADA TOBÓN**

Informe de prácticas para optar al título de trabajadora social

**ASESORA ACADÉMICA
MÓNICA LONDOÑO MARTÍNEZ
Trabajadora social**

**ASESORA INSTITUCIONAL
YULIANA QUINTERO FRANCO
Trabajadora social**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
SECCIONAL ORIENTE
2020**

RESUMEN

El presente informe, da conocer el proceso de prácticas profesionales de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia - Seccional Oriente, que se realizaron en la Clínica San Juan de Dios, del municipio de La Ceja del Tambo. Durante el periodo en cual se desarrollaron las prácticas se propendió por el apoyo a los procesos de acompañamiento familiar e individual de los pacientes de la Unidad de Salud Mental y en general de la Clínica San Juan de Dios, lo anterior focalizado por medio del proceso diagnóstico y posterior ejecución del proyecto de intervención en torno a la generación de aportes a las estrategias de intervención grupal implementadas por el área de trabajo social con los pacientes de los programas de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas ofrecidos por la institución.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo social, salud, salud mental, red de apoyo familiar, rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas

ABSTRACT

This report discloses the process of social work professional practices at the Universidad de Antioquia - Oriente Sectional, which were carried out at the San Juan de Dios Clinic, in the municipality of La Ceja del Tambo. During the period in which the practices were developed, it was aimed supporting the processes of family and individual accompaniment of the patients of the Mental Health Unit and in general of the San Juan de Dios Clinic, the foregoing focused on through the diagnostic process and subsequent execution of the intervention project around the generation of contributions to the group intervention strategies implemented by the social work area with the patients of the rehabilitation programs for the consumption of psychoactive substances received by the institution.

KEYWORDS:

Social work, health, mental health, family support network, rehabilitation to the consumption of psychoactive substances

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	6
2. REFERENTE NORMATIVO.....	7
3. REFERENTE CONTEXTUAL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO.....	13
4. ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS	15
4.1 ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS A NIVEL MUNDIAL	15
4.2 ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS EN COLOMBIA	17
4.3 CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, LA CEJA DEL TAMBO.....	18
4.3.1 Reseña histórica	18
4.3.2 Misión.....	18
4.3.3 Visión	19
4.3.4 Organigrama institucional	19
5. OBJETO DE INTERVENCIÓN.....	22
5.1 Sujetos involucrados en la práctica.....	23
5.2 Rol del trabajo social en la clínica san juan de dios	27
5.3 Consideraciones ético-políticas.....	28
5.4 Principales procesos acompañados durante la práctica.....	29
5.5 Metodología.....	31
5.5.1 Método integrado	32
• Estudio	32
• Diagnóstico.....	33
• Planificación.....	33
• Ejecución	34
• Evaluación	34
• Sistematización	34
5.5.2 Plan de acción de prácticas	34
6. DIAGNÓSTICO.....	50
6.1 OBJETIVOS	51
6.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	51
6.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51

6.2 MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.....	52
6.2.1 Trastorno mental por consumo de sustancias psicoactivas	52
6.2.2 Red de apoyo familiar en el consumo de sustancias psicoactivas.....	53
6.3 METODOLOGÍA DEL PROCESO DIAGNÓSTICO	55
6.4 RESULTADOS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO	62
6.4.1 Hospital Día.....	63
• Matriz DOFAR	63
• Priorización Árbol de problemas.....	65
• Observación no participante.....	67
6.4.2 San Juan Grande	68
• Matriz DOFAR	68
• Priorización árbol de problemas	70
• Observación no participante.....	73
6.4.3. Grupo de familias	75
• Matriz DOFAR	73
• Observación no participante.....	76
6.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	76
6.5.1 Comunicación asertiva.....	79
6.5.2 Confianza familiar	80
7. PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	82
7.1 OBJETIVOS	73
7.1.1 OBJETIVO GENERAL	73
7.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	73
7.2 Ejecución de talleres psicoeducativos	84
7.3 Evaluación de los talleres psicoeducativos	75
8. INFORME DE GESTIÓN	88
8.1 <i>Acompañamiento en la intervención de los pacientes y su red de apoyo familiar</i>	88
8.2 <i>Planeación y/o ejecución de talleres psicoeducativos para los pacientes en proceso de rehabilitación y su núcleo familiar</i>	90
8.3 <i>Apoyo en trámites correspondientes al proceso de resocialización de la población inimputable interna en la institución.....</i>	92
9. LIMITACIONES	94

10. RECOMENDACIONES A PARTIR DEL DESARROLLO DE LAS PRÁCTIAS	95
11. REFLEXIONES FINALES	96
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. La salud en la normatividad internacional	7
Tabla 2 La salud en la normatividad nacional.....	9
Tabla 3 La salud en la normatividad del departamento de Antioquia	11
Tabla 4 La salud en la normatividad del municipio de La Ceja del Tambo.....	12
Tabla 5. Procesos acompañados durante la práctica	30
Tabla 6. Plan de acción	36
Tabla 7. Técnicas de recolección de la información (DRP).....	56
Tabla 8. Plan de acción proceso diagnóstico.....	58
Tabla 9. Matriz DOFAR en el entorno familiar (Hospital Día)	64
Tabla 10. Priorización árbol de problemas.....	66
Tabla 11. Matriz DOFAR, San Juan Grande.....	69
Tabla 12. Priorización, árbol de problemas.....	71
Tabla 13. Matriz DOFAR, grupo de familias.....	75
Tabla 14. Consolidado matrices DOFAR Tabla 15. Consolidado árboles de	78
Tabla 15. Matriz de marco lógico	84
Tabla 16. Evaluación de talleres psicoeducativos. Hospital Día.....	86
Tabla 17. Evaluación de talleres psicoeducativos. San Juan Grande	87
Tabla 18. Informe de gestión 1.....	89
Tabla 19. Informe de gestión 2.....	91
Tabla 20. Informe de gestión 2.....	91
Tabla 21. Informe de gestión 3.....	92

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el mundo.....	16
Ilustración 2 Organigrama institucional.....	21
Ilustración 3. Flujograma de actores	25

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe, da conocer el proceso de prácticas profesionales de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia - Seccional Oriente, que se realizaron en la Clínica San Juan de Dios, del municipio de La Ceja del Tambo. Esta práctica se desarrolló con una duración de 7 meses, periodo durante el cual se ejecutó el apoyo a los procesos de acompañamiento familiar e individual de los pacientes de la Unidad de Salud Mental y en general de la Clínica San Juan de Dios.

El texto contiene la contextualización de la institución, el componente normativo que acoge el área de la salud, el objeto de intervención, los sujetos con los cuales se interviene, la metodología de trabajo, los principales momentos de la práctica y las actividades que desarrollaron, así como el rol del Trabajo Social, las consideraciones ético-políticas, además el diagnóstico realizado en la institución y el proyecto de intervención derivado del diagnóstico y por último se desarrollan las reflexiones finales del proceso de prácticas profesionales al interior de la institución.

2. REFERENTE NORMATIVO

Inicialmente, se retoman algunos tratados internacionales de los cuales Colombia es un Estado Parte, lo cual implica su adhesión a las consideraciones determinadas allí para su implementación en el país, consecutivamente, se presentan las disposiciones normativas adoptadas en el territorio de colombiano, luego en el departamento de Antioquia y finalmente en el municipio de La Ceja del Tambo en el cual se encuentra domiciliada la institución.

Las normatividades retomadas se encuentran en primera instancia, en relación con las políticas en torno a la salud en aspectos generales como derecho fundamental de todo ser humano y seguidamente en torno al área de salud mental debido a que es una de las áreas que se trabaja en profundidad en la institución y donde se encuentra mayormente concentrado el proceso de prácticas profesionales, por lo tanto, a continuación, se presenta un consolidado de algunas normativas internacionales así:

Tabla 1. La salud en la normatividad internacional

LA SALUD EN LA NORMATIVIDAD INTERNACIONAL	
NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	Fue aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Se reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental del ser humano, específicamente en su <i>artículo 25</i> alude al derecho a la salud en relación con la calidad de vida de los seres humanos y por ende el bienestar social en todas las esferas de la vida.
El Pacto Internacional de Derechos sociales, económicos y culturales (1976)	Entró vigencia el 3 de enero de 1976. Refiere en su <i>artículo 12</i> que los Estados Parte del Pacto reconocen y garantizan derecho a la salud física y mental de las personas con el fundamento de dignidad humana.
Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971)	Adoptada el 20 de diciembre de 1971. Hace referencia a la protección y garantía de los derechos humanos específicamente de las personas <i>con retraso mental</i> , como es nombrado en la declaración, asegurando las condiciones necesarias para su calidad de vida.
Declaración de los Derechos de los impedidos. (1975)	Adoptada el 9 de diciembre de 1975. Define la categoría de <i>impedido</i> como toda persona que no cuente con la capacidad para subvenir por cuenta propia debido a condiciones inherentes a deficiencias que impliquen sus facultades físicas y/o mentales por lo que la

	declaración pretende, fundamentado en la dignidad humana, la garantía de todos los derechos en igualdad de condiciones y sin distinción alguna.
Declaración de caracas (1990)	Adoptada el 14 de noviembre de 1990 en la Conferencia por la Reestructuración Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud. Declara que esta reestructuración posibilita el desarrollo de modelos alternativos de atención que permitan ser adecuados, así como contextualmente más inclusivos.
Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención en salud mental. (1991)	Adoptados por la Asamblea General el 17 de diciembre de 1991. Consolida y promulga elementos fundamentales en torno a la adecuada atención en salud mental y por ende la protección y garantía de sus derechos sin distinción de ningún tipo, así como con el requerimiento de un trato que se constituya en la dignidad y el reconocimiento de los derechos humanos.
Convención Interamericana para la Eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999)	Suscrita el 7 de junio de 1999 en Guatemala. Reconoce a la <i>discapacidad</i> como deficiencia que puede ser física, mental o sensorial que limita de forma permanente o temporal el desarrollo de actividades fundamentales de la vida diaria, además reconoce que estas limitaciones pueden ser objeto de discriminaciones por lo cual promulga la garantía de todos los derechos humanos suprimiendo las distinciones suscitadas debido a su discapacidad.
Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. (CIF) (2001)	Realizada con el objetivo de suministrar un consolidado que provea un lenguaje común para la comprensión e investigación en el área de la salud y demás áreas relacionadas.
Convención de las Personas con Discapacidad (2006)	Aprobada el 13 de diciembre de 2006. Promulga iniciativas orientadas a la protección y garantía de los derechos de las personas en situación de discapacidad, así como desarrollar mecanismos que permitan la supresión de las formas de discriminación y elaborar políticas que permitan su inclusión.

Fuente elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social. *La salud es de todos* (SD)

Ante lo anterior, se identifica el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental de todos los seres humanos que tiene implicaciones directas en la calidad de vida y el bienestar social, por lo que es necesario aunar esfuerzos que permitan su protección y goce pleno.

Además, se reconoce la evolución conceptual en torno a los términos que evocan principalmente las condiciones relacionadas con el aspecto de la salud mental y física, trascendiendo de las consideraciones de *inhabilitados o retrasados* para implementar terminologías incluyentes que los conciben como sujetos de derechos, por ende, requieren

de la garantía de estos promoviendo la supresión de todas las formas de discriminación a las cuales puedan ser sometidos.

Es entonces la identificación de los esfuerzos en el área de la salud por la renovación conceptual, teórica y práctica dado a que se promulgan mecanismos que permitan la universalidad de terminologías, así como renovaciones que permitan realizar adecuaciones oportunas para el desarrollo de una atención en salud que responda a la dignidad humana y el desarrollo de las libertades fundamentales para el goce pleno de los derechos humanos.

Seguidamente, en Colombia, además de ser Estado Parte de los tratados internacionales mencionados anteriormente, adopta disposiciones normativas propias por lo que aquí se retoman algunas así:

Tabla 2 La salud en la normatividad nacional

LA SALUD EN LA NORMATIVIDAD NACIONAL	
NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Constitución Política de Colombia (1991)	<p>Artículo 13: se refiere a la protección especial que realiza el Estado hacia las personas que por su condición <i>económica, física o mental</i> lo requieran.</p> <p>Artículo 47: atención requerida y especializada para personas con discapacidad además del desarrollo de una política de <i>previsión, rehabilitación e integración social</i>.</p> <p>Artículo 49: hace referencia al derecho y garantía a todas las personas en el acceso a los servicios como promoción, protección y recuperación de la salud siendo esta una responsabilidad del Estado como garante de la prestación de servicios de salud correspondientes con los principios de <i>eficiencia, universalidad y solidaridad</i>.</p>
Ley 100 (1993)	Fue expedida el 23 de diciembre de 1993. Promueve el Sistema de Seguridad Social Integral el cual tiene por objeto garantizar la calidad de vida por medio de los programas y planes desarrollados por el Estado para la cobertura integral ante las situaciones que perjudican la salud y propendiendo por el bienestar social.
Resolución 3165 (1996)	Promulga lineamientos para la atención en el área de la salud que sean oportunos y adecuados para las personas con <i>deficiencias, discapacidades y minusvalías</i> .
Ley 643 (2001)	Publicada en el Diario Oficial el 17 de enero de 2001. Se fija el régimen rentístico para los juegos de suerte y azar con asignación de un porcentaje de los recursos recaudados a favor de los servicios de atención en salud.
Decreto 3039 (2007)	Expedida el 10 de agosto de 2007. Por medio de este Decreto se adopta el Plan Nacional de Salud Pública con los propósitos de aportar al mejoramiento del estado de salud de la población

	nacional, además la disminución de las desigualdades en la población, también el reto que presenta la población de edad avanzada.
Ley 1122 (2007)	Adoptada el 9 de enero de 2007. Realiza modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el mejoramiento de la prestación de servicios en salud, se presentan además disposiciones generales para el desarrollo de funciones de <i>inspección, vigilancia y control</i> en la prestación de servicios en salud.
Acuerdo 415 (2009)	Publicado en el Diario Oficial de 18 de septiembre de 2009. Allí se definen las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, criterios de selección, afiliación, condiciones de permanencia y pérdida del subsidio, hace alusión también a las condiciones de operación de las EPS regionales y las disposiciones preventivas que deberán tomar los departamentos en los casos en que no se ejecute de forma adecuada el Régimen Subsidiado.
Plan Decenal de Salud Pública. La Salud en Colombia la construyes tú. (2012-2021)	El Plan Decenal de Salud Pública retoma y se fundamenta en normas y políticas nacionales e internacionales con el fin de generar confluencia en políticas que impacten positivamente a los diversos sectores sociales en pro de su bienestar en salud y todas las áreas de la vida en sociedad que allí corresponden.
Ley 1616 (2013)	Expedida el 21 de enero de 2013. Promulga la ley de salud mental con un <i>enfoque promocional</i> que propenda por la calidad de vida y dicta otras disposiciones generales para la Atención Primaria en Salud.
Resolución 1441 (2013)	Adoptada el 6 de mayo de 2013. Presenta las condiciones generales y procedimientos a los que deben acogerse los Prestadores de Servicios de Salud para la Habilitación de sus servicios además de que presenta otras disposiciones de obligatorio cumplimiento y verificación por las entidades Distritales de Salud correspondientes.
Ley 1751 (2015)	Expedida el 16 de febrero de 2015. Reconoce el derecho a la salud como un derecho humano fundamental por lo cual lo regula y busca generar mecanismos adecuados para su protección y garantía de su goce pleno.
Decreto 780 (2016)	Presentada el 06 de mayo de 2016. Se consolida como el Decreto Único Reglamentario del Sector de la Salud y Protección Social y por ende presenta los ámbitos y disposiciones correspondientes.

Fuente: elaboración propia, a partir de: del Ministerio de Salud y Protección Social, (SD) *Normas sobre salud*

En primera instancia, es de considerar que en Colombia el derecho a la salud se reconoce como derecho fundamental sin embargo investigaciones como la realizada por Oscar Bernal y Samuel Barbosa (2015) presentan algunas de las dificultades de la prestación del servicio en salud en el país “Éstas incluyen la fragmentación y especialización de los servicios, barreras de acceso, incentivos no alineados con la calidad, débil gobernanza, múltiples actores con poca coordinación y sistema de información que no mide resultados.” (Bernal, O & Barbosa, S. 2015). Además, se conciben las dificultades

para el desarrollo de legislación en el sistema de salud que se encuentre contextualizada y atiende a las necesidades particulares de los territorios.

Se reconocen entonces los logros en términos de afiliación, uso de servicios y reducción de gastos lo cual ha sido posible por medio del sistema de seguridad social sin embargo se evidencian dificultades aun presentes en la inequidad para el acceso a servicios de salud por lo que se considera como reto en el territorio nacional en la disminución de las dificultades y aumento de los beneficios que otorga el sistema general de prestación de servicios en salud permitiendo una ejecución que propenda por el desarrollo de la prevención, promoción y atención en salud integral, atendiendo a la condición de la dignidad humana como fundamento central.

En consecución, se procede a retomar algunas de las disposiciones en materia legal adoptadas por el departamento de Antioquia en el área de la salud así:

Tabla 3 La salud en la normatividad del departamento de Antioquia

LA SALUD EN LA NORMATIVIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	
NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Decreto 1316 (2012)	Expedido el 01 de junio de 2012. Por medio de este Decreto se crea el <i>Comité Interinstitucional de Protección a la Misión Médica del Departamento de Antioquia</i> específicamente en el contexto del conflicto armado colombiano y dadas las infracciones contra la Misión Médica.
Circular 000341 (2013)	Expedida el 16 de septiembre de 2013. Otorga disposiciones generales en torno a la Misión Médica en el departamento de Antioquia, la cual se entiende como “conjunto de bienes, instalaciones, instituciones, transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo, equipos y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades propias de la prestación de servicios de salud” (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2013, p. 1)
Plan Territorial de Salud, Plan de Desarrollo Antioquia Piensa en Grande (2016 - 2019)	Presenta disposiciones generales para las acciones emprendidas por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Antioquia, se concibe entonces como instrumento que busca garantizar y proteger el derecho fundamental a la salud en el departamento de Antioquia como compromiso departamental pero también impulsa el compromiso municipal para el pleno goce del derecho a la salud.
Decreto 0001792 (2018)	Presentado el 05 de julio de 2018. Por medio de este decreto se realiza procedimiento de evaluación y verificación de <i>capacidad de gestión en salud</i> en las áreas municipales del departamento correspondiente al periodo de 2017

Circular 000473 (2018)	Expedida el 29 de noviembre de 2018. Refiere que debido al manejo inadecuado de la Red de Urgencias y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes por parte de las entidades prestadoras del servicio de salud presenta la normatividad vigente y solicita la adherencia y cumplimiento de esta.
Circular 000513 (2018)	Adoptada el 29 de diciembre de 2018. Hace alusión a la obligatoriedad de prestación de servicios en salud para la población identificada como <i>pobre y vulnerable</i> del departamento a quien le corresponde el cargo hasta la gestión de otro prestador de servicios en salud.

Fuente elaboración propia a partir de: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SD)

Ante lo anterior, se reconocen algunas de las disposiciones retomadas en el departamento de Antioquia que propenden por la garantía en el derecho a la salud, esto por medio de la generación de estrategias que repercutan en las áreas municipales para su adecuada implementación, así como también busca la ejecución de procesos de monitoreo, vigilancia y control lo cual permita la garantía en el desarrollo de procesos adecuados que permitan la adherencia a la normativas nacionales e internacionales.

Finalmente, se retoman las disposiciones generales en la normatividad municipal, específicamente del municipio de La Ceja del Tambo en el cual se encuentra la Clínica San Juan de Dios.

Tabla 4 La salud en la normatividad del municipio de La Ceja del Tambo

LA SALUD EN LA NORMATIVIDAD DEL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO	
NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Plan de Desarrollo, La Ceja para Vivir Mejor (2016 - 2019)	El Plan de Desarrollo contiene en su línea estratégica de <i>Protección Social</i> propuestas en torno a mayor inversión social en el área de la salud como prioridad entendido como derecho fundamental basado en la dignidad y sin exclusión de ningún tipo, además proporciona un diagnóstico en torno a las carencias y dificultades que presenta el área de la salud en el municipio.
Acuerdo 003 (2017)	Aprobada el 15 de mayo de 2017. Se actualiza la <i>Política Pública para Personas en Situación de Discapacidad</i> , en busca de la garantía de sus derechos y el reconocimiento ciudadano.

Acuerdo 004 (2017)	Expedida el 25 de mayo de 2017. Se refiere a la implementación de estrategias para la Atención Primaria en Salud y Redes Prestadoras de Servicios de Salud para la generación de un modelo de atención en salud en el municipio.
Acuerdo 005 (2017)	Aprobada el 25 de mayo de 2017. Se acuerda la formulación de la <i>Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional</i> además se consolida el <i>Plan Local de Seguridad Alimentaria 2017 – 2025</i> .
Acuerdo 018 (2017)	Aprobado el 15 de noviembre de 2017. Refiere la adopción de la <i>Política Pública de Salud Mental, Prevención y Reducción de conductas adictivas</i> orientada a proteger y emprender acciones que propendan por la Salud Mental en el municipio.

Fuente elaboración propia, a partir de: Alcaldía Municipal de La Ceja del Tambo, La Ceja para Vivir Mejor (2016 - 2019), *Normatividad*.

Se reconoce entonces la adherencia en el territorio municipal a las disposiciones legales desarrolladas en el territorio nacional y la búsqueda de generar programas y/o políticas que atiendan a las particularidades y demandas de la población cejeña, sin embargo, como se resaltó en apartados anteriores aún hay grandes retos en materia de prestación de servicios en salud en el territorio Colombiano en el cual prima la inequidad por lo que la cobertura universal es meramente una categoría conceptual no aplicable a su puesta en práctica, por ende, la legislación colombiana en salud pierde legitimidad dadas las constantes barreras en la prestación de los servicios en salud por lo tanto, se requiere de un compromiso fuerte con el horizonte fijo en la garantía y protección del derecho fundamental a la salud que propenda por el bienestar social.

3. REFERENTE CONTEXTUAL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO

El municipio de La Ceja del Tambo se encuentra ubicado en el Oriente del departamento de Antioquia, este limita al norte con los municipios de El Carmen de Viboral y Rionegro, en el lado sur con el municipio de Abejorral, al oriente con el municipio de La Unión y al occidente limita con los municipios de Montebello y El Retiro, (Alcaldía municipal de La Ceja del Tambo, SD). Conforme con los datos retomados por el Plan de Desarrollo, *La Ceja para Vivir Mejor* (2016 - 2019), refiere que la población total del municipio son 52.723 habitantes de los cuales 26.259 son mujeres y 26.464 son hombres aludiendo así a un porcentaje equilibrado de acuerdo con el sexo, se puede

considerar también que del total de habitantes 45.779 se encuentran domiciliados en la cabecera municipal siendo 6.944 de la población restante que se encuentra en las zonas rurales del municipio. (Plan de Desarrollo, *La Ceja para Vivir Mejor, 2016 – 2019*. p. 21)

En lo concerniente a los ámbitos socio-económicos, anteriormente las tierras fueron utilizadas para el desarrollo de la agricultura así como de la ganadería, sin embargo, actualmente el municipio de La Ceja fundamenta su economía en la producción y exportación de flores, lo cual ha generado afectaciones en la economía tradicional debido a la sustitución de cultivos de frutas y hortalizas por el de las flores, así como también ha implicado grandes migraciones de otros municipios a causa de la instalación de grandes floricultivos como generadores de empleo, lo cual ha generado también el significativo crecimiento de la población en los últimos 20 años, de igual forma, su economía se basa en gran medida de los visitantes de municipios y ciudades aledañas como centro de veraneo, consolidando entonces, al municipio como municipio receptor de personas de diversas zonas de la región, además se destacan empresas industriales dedicadas a la transformación de madera, así como microempresas fabricantes de productos metálicos, principalmente cerrajería, talleres de confección, entre otras pequeñas empresas que se instauran en el municipio y finalmente se consolida el comercio como otro de los grandes espacios generadores de empleo y característico de la economía del municipio. (Alcaldía Municipal de La Ceja del Tambo, SD).

Por otra parte, en el ámbito cultural el municipio de La Ceja es considerado uno de los municipios bicicleteros de Colombia, pues las bicicletas se han convertido en patrimonio cultural así como en atractivo turístico debido a que sus calles sin grandes pendientes han posibilitado la constante utilización de las bicicletas para todas las actividades que desarrollan sus pobladores cada día, generando así un gran porcentaje de adquisición de estas por los Cejeños tanto que no se tienen datos sobre la cantidad real que hay en el municipio, siendo así elemento que se encuentra presente en sus tradicionales Fiestas del Toldo, las Bicicletas y las Flores, por otra parte, los componentes culturales se han consolidado a través de muestras artísticas, musicales, danza y también teatro, siendo muestras que se han intentado recuperar y reactivar en los últimos años como mecanismo

que además permita incentivar el turismo en el municipio. (Alcaldía de La Ceja del Tambo, SD).

En el Plan de Desarrollo de La Ceja, *La Ceja para Vivir Mejor*, se presentan algunas de las problemáticas que en los diversos sondeos con la comunidad se pudieron visualizar, en primera instancia, el aspecto que destacó mayor relevancia fue el tema de la seguridad relacionado con el microtráfico y el consumo de estupefacientes, otros aspectos con porcentajes similares se enmarcaban en los temas de medio ambiente, transporte y recreación y deporte, seguidos por los temas en relación con la obtención de vivienda y cultura y turismo como los ámbitos que obtuvieron mayor puntuación en los sondeos y por medio de los cuales se generó el diseño del Plan de Desarrollo de acuerdo con las líneas estratégicas. ((Plan de Desarrollo, *La Ceja para Vivir Mejor*, 2016 – 2019. p.25)

En torno a la línea estratégica de *Protección Social* del Plan de Desarrollo se hace referencia al acelerado crecimiento de la población principalmente, como se mencionada anteriormente, debido al aumento del asentamiento del sector floricultor en el municipio como oportunidad laboral, esto ha implicado fluctuaciones en el régimen de atención en salud, así como se presenta incremento en las necesidades de atención en salud lo cual ha generado a la poca cobertura en las zonas rurales del municipio

4. ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS

4.1 ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS A NIVEL MUNDIAL

La Orden Hospitalaria San Juan de Dios es una institución sin ánimo de lucro de la iglesia católica, fundada en 1537 por Juan Ciudad, conocido posteriormente como San Juan de Dios, quien luego de un episodio en el que lo señalaron delirante debió ser recluido en el hospital Real de Granada, en España, allí vivió las inclemencias en el trato a los enfermos siendo esto lo que determinaría su camino misional en el cuidado a los más necesitados llegando a fundar su primer hospital, La Casa de Dios, acompañado de voluntarios y demás personas que apoyaban su causa y los cuales eran financiados principalmente por medio de limosnas y donaciones, instaurando el carácter sin ánimo de lucro que pervive en la institución. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, SD)

Consecutivamente, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se fortalece en el seguimiento y apoyo a la iniciativa de San Juan de Dios por lo cual se expande inicialmente a diversas ciudades de España e Italia, pero luego de los años consolida su presencia en 51 países de los 5 continentes así:

Ilustración 1. La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el mundo



Imagen tomada de: La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el mundo (SD).

En América se encuentra en Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, México, Perú, y Venezuela para un total de 57 centros instalados en los diversos países, asimismo en Europa se encuentran instalados en Alemania, Austria, Ciudad del Vaticano, Eslovaquia, España, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa y Ucrania para un total de 189 centros, seguidamente en África los países donde está instalada la Orden Hospitalaria es en Benín, Camerún, Ghana, Kenia, Liberia, Malawi, Islas Mauricio, Mozambique, Senegal, Sierra Leona, Togo y Zambia consolidando así un total de 21 centros, por su parte en Asia se encuentran en China, Corea del Sur, Filipinas, India, Israel, Japón, Timor Oriental y Vietnam con un total de 22 centros instalados en estos países y finalmente en Oceanía se encuentran en países como Australia, Nueva Zelanda y Papúa Nueva Guinea con un consolidado de 22 centros en los cuales se encuentra presente la Orden Hospitalaria, así se visualiza mayor presencia de la orden en Europa con un alto número de centros instalados principalmente en España en donde surge la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, SD).

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ha variado a través de los años, pero tienen como pilar fundamental la atención a las personas enfermas y necesitadas con base en la hospitalidad y siguiendo las enseñanzas de San Juan de Dios esto a través del diseño y ejecución de programas orientados desde el área de la salud y hacia la acción social, esto por medio de la conglomeración de profesionales de diversas áreas, hermanos de la Orden, voluntarios así como también donantes lo cual posibilita la ejecución de su labor misional en pro del bienestar de la sociedad, si bien ejecutan procesos que se encuentran enmarcados en el asistencialismo requerido en la ayuda al más necesitado y al enfermo se busca incentivar la autonomía de las personas lo cual contribuya a evadir dependencias institucionales. (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Provincia de Aragón - San Rafael. SD.).

4.2 ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS EN COLOMBIA

En Colombia, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios fue aprobada el 01 de enero de 1572 por el Papa San Pío V y adquirió el nombre de La provincia Colombiana Señora del Buen Consejo como institución de carácter sin ánimo de lucro que, siguiendo las enseñanzas de San Juan de Dios en la ayuda a los enfermos y personas más necesitadas en el país por medio de acciones sociales, en salud fundamentalmente, manifiestas en hospitales generales, así como también psiquiátricos y centros de educación. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Provincia Colombiana. SD.)

Si bien fue aprobada en 1572 no fue hasta 1604 donde religiosos de la Orden fundan el primer hospital en el país denominado Hospital del Espíritu Santo en la ciudad de Cartagena y además se consolidó como el primer centro de atención hospitalaria de los hermanos de la orden en Latinoamérica y el 20 de diciembre de 1920 se consolidó en Colombia la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios con la iniciativa de Fray Alfonso Gaités y otros religiosos que fueron encargados de la administración del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de las Mercedes en Santafé de Bogotá, a través de los años se han consolidado 7 centros de atención social y en salud 3 de ellos en la ciudad de Bogotá y 1 de ellos ubicados en Pasto, Manizales, Fusagasugá y La Ceja del Tambo y también cuentan con 3 centros educativos en el país 2 de ellos en la ciudad de Bogotá

correspondientes a educación superior como auxiliares de enfermería y un instituto educativo para los grados de preescolar, básica y educación media y una escuela para auxiliares de enfermería ubicada en La Ceja del Tambo. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Provincia Colombiana. SD.)

4.3 CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, LA CEJA DEL TAMBO

4.3.1 Reseña histórica

En 1957 la arquidiócesis de Medellín concede el permiso para la edificación de la Clínica y fue el 8 de marzo de 1963 año en el cual se inaugura como casa de reposo denominada *Residencias de San Juan de Dios*, orientada y motivada por las acciones sociales desarrolladas por San Juan de Dios es por esto que su área de atención se consolidó inicialmente en la atención a pacientes con alguna condición psiquiátrica, posteriormente en el año de 1973 cambia su nombre a *Clínica San Juan de Dios*.

Así, luego de los años y los diversos cambios y mejoras que ha tenido la planta física ha ampliado sus servicios entre los que se pueden encontrar hospitalización en las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía y Psiquiatría, además brinda atención en urgencias 24 horas al día, laboratorio clínico y citología e Imagenología, psicología, nutrición, fisioterapia, terapia ocupacional y odontología. se atienden pacientes afiliados o beneficiarios de las diferentes entidades de seguridad social (E.P.S.) y de empresas de medicina prepagada, al igual que pacientes particulares sin distingo de raza, política, religión o posición social.

4.3.2 Misión

La Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja del tambo define su objeto misional de acuerdo con “Brindar a la comunidad servicios integrales en salud y educación, con alta tecnología y personal competente, comprometido con la seguridad del paciente y los principios de humanización y hospitalidad al estilo de San Juan de Dios, fieles a la doctrina de la iglesia católica, facilitando procesos docencia - servicio y asegurando crecimiento y desarrollo” (Clínica San Juan de Dios, La Ceja, SD)

Ante lo anterior se resalta el componente de *humanización* como un asunto ético que guía el accionar en la atención en salud que busca brindar la institución y la *hospitalidad* en relación con el reconocimiento de la dignidad humana inherente a todos los seres humanos lo cual permita brindar una atención con los implementos médicos necesarios, así como con el personal idóneo, las instalaciones adecuadas y el trato respetuoso y responsable para con los pacientes de atención, además se resalta la fidelidad a la doctrina católica como origen de su constitución y filosofía que guía su accionar.

4.3.3 Visión

De acuerdo con su prospectiva la Clínica San Juan de Dios de La Ceja se plantea que “En el 2019 La Clínica San Juan de Dios de La Ceja, con identidad católica; será reconocida en su área de influencia por brindar satisfacción a los usuarios a través de un amplio portafolio de servicios, con estándares de calidad al estilo propio del carisma de San Juan de Dios.” (Clínica San Juan de Dios, La Ceja, SD). Se identifica entonces la reafirmación de su identidad católica como horizonte de las acciones desarrolladas por la institución, así como se resalta también la búsqueda por el mejoramiento de instalaciones, así como la ampliación de servicios que permitan el reconocimiento de la institución y su crecimiento constante.

4.3.4 Organigrama institucional

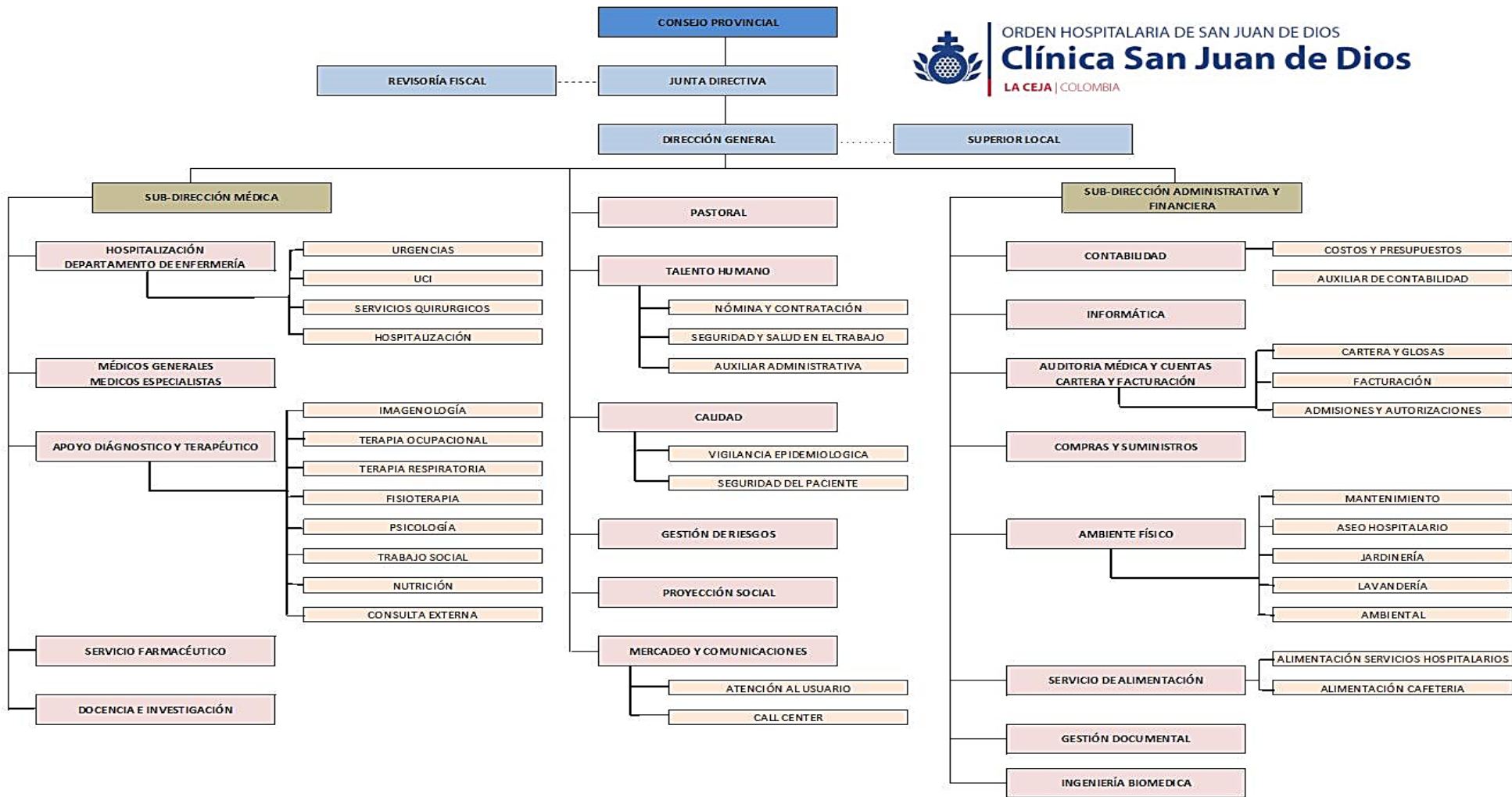
El organigrama institucional (ver ilustración 2) de la Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja del Tambo se presenta inicialmente en forma jerárquica ubicando el área directiva en la cual inicialmente se encuentra el consejo provincial de Colombia quien se encarga de las acciones directivas en torno al enlace con las demás ordenes hospitalarias alrededor del mundo además de dirigir acciones encaminadas desde la Orden Hospitalaria San Juan de Dios para con la sedes instaladas en su provincia, seguidamente se encuentra la junta directiva en conjunto con la revisoría fiscal, luego dirección general de la clínica en correlación con el superior local que se encuentran conformados por los hermanos consagrados a las acciones de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

Seguidamente, se desprende la subdirección médica que dirige y acompañan las áreas de hospitalización y el departamento de enfermería que concentra los servicios de urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y servicios quirúrgicos también se encuentran las áreas de medicina general y especializada, luego se desprende el apoyo diagnóstico y terapéutico en el que se encuentran los servicios de Imagenología, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria, Fisioterapia, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y el servicio de Consulta Externa y finalmente se encuentran las áreas de servicio farmacéutico y docencia e investigación.

En la siguiente subdivisión de áreas se encuentra la pastoral social, talento humano con los servicios de nómina y contratación, seguridad y salud en el trabajo y auxiliares administrativos, luego se encuentra el área de calidad con los servicios de vigilancia epidemiológica y seguridad del paciente, consecutivamente el área de gestión de riesgos, proyección social y el área de mercadeo y comunicaciones el cual cuenta con los servicios de atención al usuario y el call center.

Finalmente, bajo la subdirección administrativa y financiera se encuentra el área de contabilidad con los servicios de costos y presupuestos y auxiliar de contabilidad, luego se encuentra el área de informática, auditoría médica y cuentas de cartera y facturación con los servicios de cartera, facturación y admisiones, seguidamente se encuentran las áreas de compras y suministros y ambiente físico en la cual se encuentran los servicios de mantenimiento, aseo hospitalario, jardinería, lavandería y ambiental en general, posteriormente se encuentra el servicio de alimentación hospitalario y de cafetería y finalmente se encuentran las áreas de gestión documental y de ingeniería biomédica.

Ilustración 2 Organigrama institucional



Fuente: Clínica San Juan de Dios (SD) *Organigrama institucional*

4.3.5 Principios corporativos

De acuerdo con los principios corporativos se plantea inicialmente el reconocimiento de los pacientes como eje central de la Clínica, lo cual busca posicionar la atención a través del protagonismo de los pacientes en pro de su recuperación y atención de los servicios que sean requeridos, también se tiene como principio fundante la dignidad humana lo cual propenda por la defensa y protección de los derechos humanos, así como la promoción de la vida. (Clínica San Juan de Dios, La Ceja, SD)

Otro de los principios corporativos se fundamenta en la retroalimentación e información oportuna a los pacientes sobre los procedimientos a desarrollar, así como también de su estado de salud y en concordancia tiene consolidado el principio de la confidencialidad el cual pretende el respeto por la privacidad de los pacientes y finalmente se hace alusión a la defensa por el derecho a *morir con dignidad* lo cual permita que el respeto por los deseos particulares o atención en necesidades espirituales de pacientes que así lo requieran. (Clínica San Juan de Dios, La Ceja, SD)

5. OBJETO DE INTERVENCIÓN

En primera instancia, es de considerar que el objeto de intervención en trabajo social se relaciona con aspectos como los sujetos y la situación particular a intervenir identificadas como problemáticas o necesidades a ser atendidas, así como potencialidades desde las cuales se logren disminuir las manifestaciones de las diversas problemáticas, se relaciona con una:

visión compleja y el interés de instaurar procesos de desarrollo en los que individuos y colectivos sean reconocidos como sujetos. Ello implica considerar sistemas de relaciones, el contexto en el que se inscriben las problemáticas, la forma como afectan a los sujetos y colectivos y los procesos a través de los cuales se busca transformar, para el logro de ideales de desarrollo humano y social, eje de la profesión. De ello se derivan lugares privilegiados para la formación en intervención profesional, la investigación social, la comprensión de los contextos de

actuación y una sólida fundamentación en ciencias sociales y humanas. (Camelo, A & Cifuentes Gil, R.M, 2004, p. 8).

Así el objeto de intervención en trabajo social se consolida como esos factores de la cuestión social sobre los que se ocupa la profesión en búsqueda de comprender los contextos y hacer posible la generación de acciones que permitan transformarlas, es por tanto la expresión máxima de la conjunción teoría – praxis por lo tanto, el desarrollo de las prácticas profesionales en la Clínica San Juan de Dios se configura en primera instancia por medio del apoyo a los procesos de acompañamiento individual y familiar de los pacientes de la Unidad de Salud Mental en la cual se propende por el desarrollo de alternativas en pro del bienestar social de los pacientes, en búsqueda de su red de apoyo familiar pues se concibe como elemento fundamental en el proceso de rehabilitación y/o recuperación de los pacientes, así como también redes de apoyo comunitarias que permitan proceso de resocialización, esto de la mano del apoyo y fortalecimiento de redes de apoyo interinstitucionales que contribuyan a procesos como reinserción laboral, educativa o procesos con instituciones que posibiliten la garantía de los Derechos Humanos.

En segundo lugar, el desarrollo de las prácticas se ubica en el apoyo a los procesos de acompañamiento familiar e individual del área de atención a usuarios de la Clínica, área en la cual se busca la orientación a los pacientes en procedimientos internos o externos, así como también en procesos de afiliación, tutelas, derechos de petición, quejas o sugerencias además se promueve el acompañamiento familiar e individual a pacientes que se encuentren en el área de Medicina General lo cual permita la garantía de disminución de factores de riesgo y consolidación de factores de protección para el adecuado proceso de recuperación de los pacientes.

5.1 Sujetos involucrados en la práctica

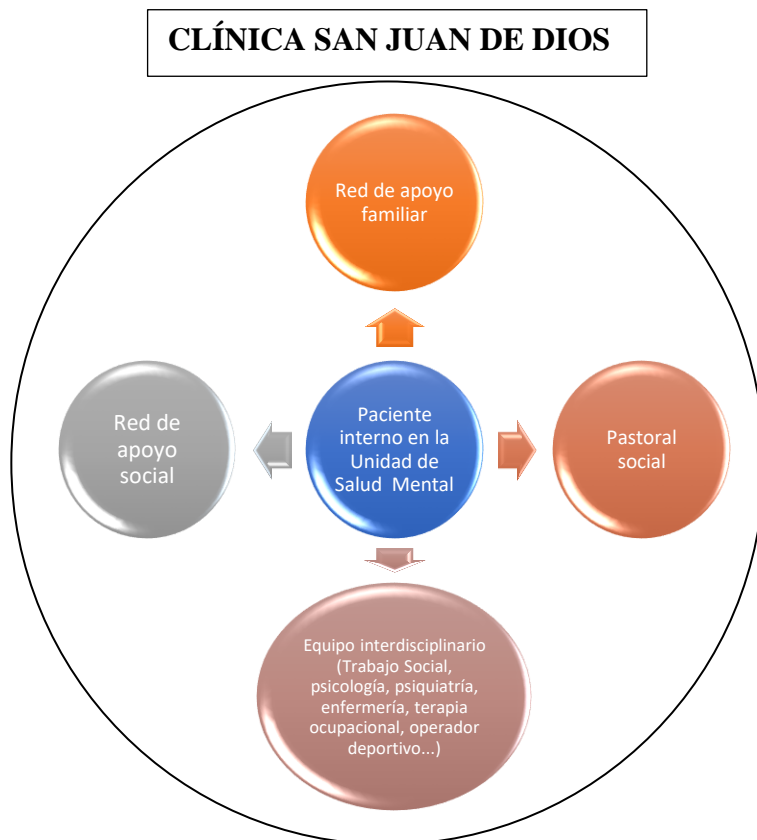
A continuación, se presentan por medio de generalidades y una gráfica ilustrativa los principales actores identificados en el desarrollo del proceso de prácticas profesionales, esto como insumo fundamental que permita visionar no solo a los actores involucrados directa o indirectamente en el proceso sino también propender por un consolidado de las intencionalidades de cada uno de los actores, lo cual permita el desarrollo de un proceso de

prácticas que busque generar un equilibrio en las intencionalidades presentes lo cual permita no interferir con las disposiciones generales de la institución pero mediando entre los intereses de los demás actores así como también de los intereses profesionales.

Así la Clínica San Juan de Dios como actor institucional macro fundamenta sus intencionalidades como institución que propende por la atención oportuna a los usuarios que allí acuden por medio de la prestación de servicios en salud y educación, por lo que dispone de colaboradores que se encuentran integrando todo el organigrama general de la institución en búsqueda de otorgar servicios a la comunidad en relación con el legado de San Juan de Dios el cual se relaciona con la calidad y humanización del servicio como principios fundantes.

A continuación, se presenta un flujograma que ilustra de manera general los actores involucrados en el proceso de atención a los pacientes de la unidad de salud mental tanto de forma indirecta como directa y se conceptualizan algunas generalidades del proceso de atención a los pacientes siendo este considerado aquí nodo central sobre el cual circula el proceso de actuación y sobre quien se concentran las intencionalidades propias en el desarrollo de las prácticas profesionales.

Ilustración 3. Flujograma de actores



Fuente: elaboración propia a partir del desarrollo de las prácticas profesionales

Es de considerar que la presente diagramación y consideración sobre los actores se dispone a partir de los principales aspectos identificados en el desarrollo de las prácticas esto debido a que no se cuenta con un documento institucional que ilustre este tipo de información así y ante el gráfico anterior se dispone en el centro al paciente de la Unidad de Salud Mental debido a que es en esta área en donde se están desarrollando fundamentalmente las prácticas profesionales en trabajo social, es entonces el paciente el nodo central de actuación de los demás actores del proceso de intervención el cual se distribuye de forma circular pues no se evidenció jerarquía de la intervención que genera cada uno de los actores en búsqueda de la estabilización o recuperación del paciente.

Se concentra entonces en el círculo de abajo al equipo interdisciplinario que hace parte del área de hospitalización psiquiátrica entendiendo este proceso de actuación interdisciplinario como “una forma particular de trabajo científico como proceso de

relaciones en el que está presente una disposición de cooperación entre los especialistas que han madurado en sus propias disciplinas particulares y buscan enriquecer sus aportes; lo que implica el reconocimiento de la complejidad de los problemas y la necesidad de las interrelaciones entre las disciplinas implicadas” (Ministerio de Salud, SD. p. 72). Así las intencionalidades propias del actuar profesional buscan el desarrollo de un proceso que se encuentre constantemente interrelacionado lo cual permita la atención integral al paciente en su proceso de recuperación y mitigación de los factores de riesgo que puedan incidir en su estado de salud por lo que tiene una amplia visión sobre las esferas que acogen la intervención a los pacientes integrando así elementos que se relacionan con el proceso de intervenciones individuales y familiares, así como demás elementos que se consideren necesarios para la atención adecuada al paciente.

Seguidamente en el lado superior derecho se dispone el área de pastoral social la cual se presenta de forma individual debido a persecución de objetivos que se relacionan con el carácter católico de la institución, pero se observa que no se han generado procesos de articulación que permitan la atención de forma conjunta al paciente, se concibe como un área que realiza procesos de atención de forma independiente pero que tiene estrecha relación con el paciente.

En el extremo superior central se presenta a la red de apoyo familiar pues profesional e institucionalmente se concibe como foco fundamental en el proceso de recuperación de los pacientes, por lo cual se propende por la movilización familiar lo cual contribuya al adecuado acompañamiento a los pacientes, es un actor que se pretende tenga estrecha relación con la institución y el equipo terapéutico para la adecuada información de consentimientos, eventualidades, egresos o altas de los pacientes así como en su adherencia a los procesos de visitas y llamadas durante la hospitalización del paciente; se concibe como actor con el cual se requiere una relación cercana, pero que debido a las particularidades desde cada sistema familiar se dificulta su adherencia a los protocolos y lineamientos de la institución por lo cual se concentra el vínculo por medio del entendimiento de situaciones particulares de cada núcleo familiar propendiendo por el acompañamiento permanente a los pacientes.

Finalmente se dispone en el extremo izquierdo la red de apoyo social la cual se encuentra integrada por agentes externos a la institución como comisarías de familia, alcaldías municipales y sus secretarías correspondientes, entre otras, esto debido a que dadas las particularidades de cada caso se recurre a estas instituciones como garantes de derechos y oportunidades para los pacientes como mecanismos de orden municipal, departamental o nacional que permitan el restablecimiento de derechos y la garantía de los mismos. Todas las esferas anteriores se encuentran encapsuladas por un círculo mayor haciendo referencia a la institución como tal, como espacio que reúne a todos estos actores en búsqueda de la rehabilitación o recuperación de los pacientes.

5.2 Rol del trabajo social en la Clínica San Juan de Dios

Inicialmente, el Trabajo Social en el área de la salud es uno de los campos tradicionales por medio del cual se comenzó a perfilar la profesión dado a que se fundamenta en el reconocimiento de la búsqueda del bienestar social siendo entonces la salud como factor esencial en esa consecución, esto debido a que la salud y las enfermedades son hechos sociales que superan la concepción netamente operativa o biológica pues reconoce la interrelación que conllevan y como estas afecciones determinan directa o indirectamente el entorno familiar y social de los individuos. (Correa, M. Corena, A. Chavarriaga, C. García, K. Usme, S. 2018)

Se conciben entonces tres áreas fundamentales de atención en el área de la salud, inicialmente, el desarrollo de procesos de intervención individual y familiar, luego se encuentran las intervenciones grupales y finalmente la intervención comunitaria, lo cual posibilita el desarrollo de acciones que se encuentren contextualizadas y respondan a las necesidades de los pacientes o usuarios de los servicios, incentivando además redes de apoyo tanto en el ámbito familiar como social e interinstitucional (Ramírez, M. Velasco, M. Garzón, F. Osorio, A. Hoyos, C. 2012)

Particularmente, el área de Trabajo Social en la Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja del Tambo procura la generación de alternativas y estrategias interdisciplinarias que posibiliten la atención a situaciones de orden individual, familiar y

social que inciden en la recuperación del paciente o también situaciones que inciten desajustes en el desarrollo socio-familiar del paciente luego de dada su alta, como condiciones que contribuyan a las recaídas de los pacientes o en situaciones que impliquen el estado de salud de los pacientes, por lo cual el área de Trabajo Social en esta institución busca la generación de estrategias que disminuyan el riesgo en salud de los pacientes así como también propende por el desarrollo de una atención en salud que cumpla con los estándares de humanización en el pleno goce de los derechos.

Además, proporciona inicialmente un diagnóstico del paciente en el cual se evalúan sus redes de apoyo familiares y sociales, seguidamente se priorizan situaciones de atención inmediata las cuales se consideran y reconocen como factores de riesgo en el estado de recuperación de los pacientes y se identifican posibles factores protectores tanto en el ámbito familiar, como en la comunidad o se evalúa la necesidad de realiza el reporte oportuno a otras instituciones de ser requerido. Seguidamente se elabora un plan de acción en torno a la situación o situaciones particulares que requieren de atención asimismo se realizan orientaciones inmediatas al paciente que permitan estabilizar los estados de ánimo, así como disminuir factores de riesgo en su estado de salud, finalmente, se realiza devolución al paciente en torno a las situaciones identificadas y posibles acciones a desarrollar, las cuales se evalúan y acuerdan y de ser posible el consenso se procede a su ejecución.

En días subsiguientes se realizan seguimientos al estado de salud del paciente y a la supresión o aumento de las situaciones consideradas como insatisfactorias por lo cual se evalúan las acciones emprendidas previamente y de ser necesario se plantean y ejecutan otras que permitan el bienestar social del paciente y sus redes de apoyo.

5.3 Consideraciones ético-políticas

El desarrollo de las prácticas profesionales en Trabajo Social realizadas en la Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja del Tambo tiene como propósito el apoyo a los procesos de acompañamiento familiar e individual de los pacientes de la Unidad de Salud Mental y en general de la Clínica San Juan de Dios, se retoman entonces, para el desarrollo

de un ejercicio profesional coherente y responsable los principios de ética consolidados en el código de ética profesional.

Los principios fundamentales para el ejercicio de la práctica están referidos a la justicia social el cual permite la búsqueda de estrategias que propendan por el goce pleno de los derechos en salud y la supresión de todas las formas de discriminación o exclusión para la no prestación de los servicios en salud o para una prestación del servicio en condiciones inadecuadas que atenten contra los derechos fundamentales, también el principio fundamental de la dignidad humana que permitan el reconocimiento como valor inherente a todos los seres humanos sin distinción de ningún tipo, la libertad como principio que promueva y oriente la autodeterminación de los sujetos, seguidamente el principio de la igualdad cobra vital importancia en el área de la salud debido a la supresión de formas de exclusión y/o discriminación que impidan la atención en salud de forma integral y sin distinciones. (Código de ética de los Trabajadores Sociales en Colombia, 2017. pp 29 -31)

Finalmente se encuentran los principios de respeto, solidaridad y confidencialidad, el primero hace alusión al reconocimiento de los sujetos de intervención como sujetos de derechos, la solidaridad por su parte se encuentra en relación con la empatía y como eje direccionador de acciones y recursos que respondan a las necesidades de los sujetos con una perspectiva que busque la trascendencia y transformaciones fundamentadas en el desarrollo autónomo de los sujetos y finalmente la confidencialidad se relaciona con el respeto por la privacidad de los sujetos. (Código de ética de los Trabajadores Sociales en Colombia, 2017. pp 29 - 31)

5.4 Principales procesos acompañados durante la práctica

Inicialmente el proceso de prácticas se concentra fundamentalmente en el área de psiquiatría en el cual se pretende realizar un acompañamiento familiar e individual a los pacientes de la Unidad de Salud Mental de la Clínica, este se fundamenta principalmente en la necesidad de gestión de red de apoyo familiar pues se concibe a la familia como grupo fundamental en el proceso de recuperación y/o rehabilitación de los pacientes, así como también se busca la gestión de redes de apoyo interinstitucionales que dadas las particularidades de cada caso así lo requieran. Además, se realiza la planeación y ejecución de talleres psicoeducativos para los pacientes en proceso de rehabilitación por el consumo

de diversas sustancias psicoactivas buscando la posibilidad de vinculación de las familias en estos talleres, en los cuales se trabajan diversidad de temáticas que permitan aportar a su proceso de rehabilitación integral

También se realiza apoyo y acompañamiento en los trámites relacionados con el proceso de resocialización de los pacientes en calidad de inimputables, los cuales requieren trámites administrativos que permitan al área de trabajo social convertirse en un puente interinstitucional como red entre los juzgados, así como también con su red de apoyo familiar que permitan la consecución del proceso de resocialización.

Finalmente, se realizan informes individuales de los talleres realizados o acompañamientos tanto en intervenciones individuales como familiares lo cual permita tener registro de hallazgos y generación de estrategias como plan de acción que permitan acciones interdisciplinarias con el equipo psicosocial lo cual posibilite una intervención integral para los pacientes.

Tabla 5. Procesos acompañados durante la práctica

PROCESOS ACOMPAÑADOS DURANTE LA PRÁCTICA	
PROCESO O PROGRAMA	ACTIVIDADES
Programa Hospital Día	-Planeación y ejecución de talleres psicoeducativos a pacientes en proceso de rehabilitación debido al consumo de estupefacientes y a su red de apoyo familiar. - Generación de registros o informes de las actividades realizadas.
Programa Pabellón San Juan Grande (farmacodependencia)	- Planeación y ejecución de talleres psicoeducativos a pacientes en proceso de rehabilitación debido al consumo de estupefacientes - Apoyo en trámites administrativos requeridos - Generación de registros o informes de las actividades realizadas
Programa de Rehabilitación Integral (PRI)	- Apoyo en trámites administrativos requeridos como salidas terapéuticas, notificaciones a pacientes, envío de solicitudes y respuesta ante juzgados, entre otras. -Gestión de redes de apoyo familiares, interinstitucionales o comunitarias

	- Generación de registros o informes de las actividades realizadas
Acompañamiento en interconsultas e intervenciones familiares área de psiquiatría	- Apoyo y acompañamiento en la intervención a pacientes y sus familias - Gestión de redes de apoyo familiares, interinstitucionales o comunitarias - Generación de registros o informes de las actividades realizadas
Apoyo en área de atención a usuarios	- Apoyo en trámites administrativos requeridos - Generación de registros o informes de las actividades realizadas

Fuente: elaboración propia a partir del desarrollo de las prácticas profesionales

5.5 Metodología

Inicialmente para el desarrollo de la intervención en trabajo social en la institución se considera que la perspectiva principal de actuación se relaciona la perspectiva sistémica pues “permite tener una perspectiva holística e integradora, ya que implica que cada elemento de la realidad es captado en su articulación dinámica con el conjunto o sistema global” (Quintero, 1997, p.27), es decir, tiene en cuenta las relaciones que se producen y establecen dentro del sistema, siendo estas, parte de un todo integrador que las construye y modifica, así la comprensión de las condiciones particulares de cada uno de los pacientes que acuden a la institución las cuales hacen parte de un sistema familiar y social que lo que le configura y requiere atención debido a que son relaciones fundamentadas en un proceso de causalidad de cada una de las partes del sistema por lo que la institución propende por el desarrollo de un trabajo articulado comprendiendo que no solo el paciente requiere procesos de intervención sino que su núcleo familiar también debe comprenderse en esa visión general de actuación, así el área de trabajo social perfila su proceso de actuación fundamentalmente en el acompañamiento a los pacientes a partir de los aportes que puedan ser generados para el fortalecimiento de su núcleo familiar lo cual contribuya a la estabilidad y recuperación de los pacientes.

Además de este enfoque, metodológicamente se retoma el método integrado como proceso circular que posibilita la construcción y reconstrucción de los saberes, posibilitando entonces la conjunción entre el componente teórico y práctico permitiendo procesos de intervención oportunos que propendan por un desarrollo integral se recogen entonces sus principales planteamientos de actuación así:

5.5.1 Método integrado

El método integrado presentado por Olga Lucía Vélez (2003) en su texto *Reconfigurando el Trabajo Social*, en el que afirma que se concibe como un proceso dinámico de actuación, específicamente se configura como “un conjunto de razonamientos analíticos que respaldan acciones específicas y a través del cual se le asigna un fundamento racional a los distintos cursos de acción, constituyéndose en el sustento de la práctica profesional.” (p. 61). Es un proceso que se encuentra mediado permanentemente por el contexto y por ende por la lectura que se realice de este, conceptualiza entonces los seis momentos o fases del proceso de intervención a ser retomados en el desarrollo de las prácticas profesionales, así:

➤ Estudio

Se configura como elemento precedente que posibilita generar un marco general de *encuadre* que permite visionar, en este caso el campo de prácticas por medio de la observación y permitir el sustento teórico y conceptual a través de la búsqueda y análisis documental lo cual viabiliza el proceder al desarrollo de acciones contextualizadas, así como sustentadas teóricamente. (Vélez, 2003). Este proceso o etapa se ha desarrollado a lo largo del ejercicio de las prácticas profesionales inicialmente por medio de los procesos de búsqueda previos al ingreso a la institución lo cual permitiese una ubicación espacial sobre la Clínica, posteriormente en los procesos de inserción al campo y de inducción permitieron generar un proceso de observación superficial sobre las dinámicas propias de la institución, así como del rol del trabajo social.

Este proceso se ejecuta durante el proseguir del proceso de prácticas por medio de la búsqueda permanente de sustento teórico-conceptual para su desarrollo, así como también por medio de una observación continua en clave de identificar con mayor profundidad las dinámicas institucionales, el rol del trabajo social y su forma de actuación.

➤ **Diagnóstico**

Es un proceso definido por Vélez (2003) como un “conjunto de conceptualizaciones y tareas cognitivas de aprehensión de la realidad que, mediante razonamientos de tipo reflexivo, permiten describir y caracterizar las situaciones específicas.” (p. 62). Es por tanto un proceso racional que permite la observancia de situaciones de la realidad que requieran ser intervenidas, por lo que propende por ser un proceso de abstracción de la realidad haciendo posible la generación de procesos de actuación adecuados que respondan a las realidades de los sujetos a investigar e intervenir.

Este proceso diagnóstico se desarrolla en relación con la etapa anterior pues permite hacer visibles espacios que requieren ser intervenidos y por ende son considerados como necesidades institucionales a las que puede responder el área de trabajo social, se realizó entonces un proceso de análisis en el cual se propendió por la participación de los sujetos involucrados para generar un diagnóstico que permitiese orientar la implementación del proyecto de intervención acorde con sus necesidades identificadas.

➤ **Planificación**

Se consolida como proceso orientador en el desarrollo de las acciones para las que “su finalidad es eminentemente práctica y los criterios que la orientan son de carácter funcional.” (Vélez, 2003. p 63) Genera un proceso de interacción entre la prospectiva y la situación o situaciones que se conciben necesarias de actuación, requiere entonces de metas y objetivos predefinidos que permitan la obtención de los resultados que se pretenden, se ejecuta entonces, inicialmente por medio de la previsión de actividades a desarrollar en el proceso de prácticas profesionales las cuales se encuentran directamente relacionadas con los objetivos del proceso de prácticas en la institución posibilitando así un horizonte de acción, además que también se consolidó como etapa a implementar en el proceso diagnóstico y en el desarrollo del proyecto de intervención.

➤ **Ejecución**

Es un proceso que se concentra en el desarrollo de las actividades programadas y acciones del cotidiano institucional del área de trabajo social los cuales se encuentran en relación permanente con los objetivos y metas planteadas inicialmente. Este proceso se consolida además por medio de la implementación de la propuesta diagnóstica y del proyecto de intervención específico.

➤ **Evaluación**

Esta es una etapa que se desarrolla durante todo el proceso de prácticas profesionales pues es “eminente reflexiva (...) tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades obtenidos para el logro de los objetivos últimos.” (Vélez, 2003. p. 63). Propende entonces por la revisión constante de las acciones a desarrollar, los progresos o dificultades en su implementación permitiendo el desarrollo de modificaciones de forma oportuna para que respondan adecuadamente a los objetivos planteados en el proceso de prácticas profesionales y se ejecuta también luego del desarrollo del proyecto diagnóstico posibilitando verificar esta ejecución.

➤ **Sistematización**

La sistematización además de ser una modalidad investigativa como etapa en los procesos de intervención permite ser un momento en el cual se reflexiona y recupera la experiencia del proceso de prácticas profesionales consolidado en el informe de prácticas profesionales a ser entregado a la Clínica San Juan de Dios como insumo que permita sustentar el desarrollo de las prácticas así como generar y acoger recomendaciones plasmadas allí así como tener una visión general contextual, diagnóstica y de intervención de su institución.

5.5.2 Plan de acción de prácticas

El plan de acción de prácticas profesionales en la Clínica San Juan de Dios se consolida inicialmente por medio del enfoque de derechos mencionado anteriormente esto a

través del emprendimiento de acciones que permitan en primera instancia la generación del diagnóstico social correspondiente y luego se procura la generación de acciones encaminadas en la orientación tanto individual como familiar sobre el sistema de atención en salud y las rutas correspondientes, también la generación de estrategias de promoción como talleres psico-educativos que permitan la comprensión de enfermedades o condiciones que afecten la salud mental así como información que permita el manejo externo y la prevención de factores de riesgo individuales, familiares y/o contextuales.


Se pretende además el desarrollo de alternativas de promoción que posibiliten la adherencia a los tratamientos lo cual permita la mejoría de los pacientes, así como la supresión de riesgos de recaídas, también las prácticas profesionales se desarrollan por medio procesos socio – educativos en torno a su red de apoyo familiar, ocupacional y comunitaria, así como por medio de la movilización de recursos que posibiliten generar acciones de mejora en el paciente y finalmente se propende por el acompañamiento en el proceso de resocialización de la población en calidad de inimputable.

Tabla 6. Plan de acción

PLAN DE ACCIÓN DE PRÁCTICAS														
Objetivo general	Objetivos específicos	Actividades	Subactividades	Metas	Indicadores	Recursos	Fuentes de verificación	Cronograma						
<p>Apoyo a los procesos de acompañamiento o familiar e individual de los pacientes de la Unidad de Salud Mental y en general de la Clínica San Juan de Dios</p>	<p>Acompañamiento en la intervención de los pacientes y su red de apoyo familiar</p>	<p>- Asistencia y apoyo a la trabajadora social en desarrollo de interconsultas a los pacientes y en la ejecución de intervenciones familiares.</p>	<p>- Revisión y lectura de historia clínica de pacientes interconsultados por dificultades en la red de apoyo familiar. - Elaboración de informe a ser dispuesto en historia clínica de los pacientes - Revisión de informe por parte de la trabajadora social para su</p>	<p>Lograr la atención y gestión oportuna a los pacientes interconsultados en relación con su red de apoyo familiar</p>	<p>Número de interconsultas atendidas Número de pacientes interconsultados</p>	<p>Humanos: Equipo interdisciplinario - Trabajo social - Psiquiatría - Psicología - Enfermería - Terapia ocupacional Físicos - Programa hospital para el registro y consulta de historias clínicas de</p>	<p>- Informes registrados en historias clínicas de pacientes interconsultados (individual y familiar) - Reportes enviados a instituciones externas que permitan la atención de forma ambulatoria de los casos.</p>	AGOSTO						
								D	L	M	MM	J	V	S
												01	02	03
								04	05	06	07	08	09	10
								11	12	13	14	15	16	17
								18	19	20	21	22	23	24
								25	26	27	28	29	30	31
								SEPTIEMBRE						
								D	L	M	MM	J	V	S
								01	02	03	04	05	06	07
								08	09	10	11	12	13	14
								15	16	17	18	19	20	21

			aprobación y corrección. - Desarrollo de plan de acción oportuno que permita el fortalecimiento de la red de apoyo familiar			pacientes interconsultados - Computador - Celular		<table border="1"> <tr> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
22	23	24	25	26	27	28																
29	30																					

								01	02	03	04	05	06	07
								08	09	10	11	12	13	14
								15	16	17	18	19	20	21
								22	23	24	25	26	27	28
								29	30	31				
ENERO														
	D	L	M	MM	J	V	S							
				01	02	03	04							
	05	06	07	08	09	10	11							
	12	13	14	15	16	17	18							
	19	20	21	22	23	24	25							
	26	27	28	29	30	31								
FEBRERO														
	D	L	M	MM	J	V	S							
							01							
	02	03	04	05	06	07	08							

								09	10	11	12	13	14	15
								16	17	18	19	20	21	22
								23	24	25	26	27	28	29
								MARZO						
								D	L	M	MM	J	V	S
								01	02	03	04	05	06	07
								08	09	10	11	12	13	14
								15	16	17	18	19	20	21
								22	23	24	25	26	27	28
								29	30	31				
								 Asistencia por fechas						
								AGOSTO						
								D	L	M	MM	J	V	S
												01	02	03
								04	05	06	07	08	09	10
	Planeación y/o ejecución de talleres psicoeducativos para los pacientes en proceso de rehabilitación y	Desarrollo de talleres psicoeducativos para los pacientes en proceso de rehabilitación y	- Diseño de ejes temáticos a trabajar con los pacientes en proceso de rehabilitación y	Ejecutar en un 100% los talleres psicoeducativos programados para los pacientes en proceso de	Número de talleres ejecutados Número de talleres planeados	Recurso humano: Equipo interdisciplinario	- Informes registrados en historias clínicas de pacientes en proceso de rehabilitación							

	su núcleo familiar	su núcleo familiar	<p>su núcleo familiar</p> <p>- Elaboración de formatos a trabajar en las sesiones de los talleres</p> <p>- Programación y realización de dinámicas y actividades correspondientes a la temática a trabajar en la sesión.</p> <p>- Seguimiento de asistencias y receptividad de los pacientes y sus familias ante los talleres formativos</p>	rehabilitación y su núcleo familiar	<p>- Trabajo social</p> <p>- Psiquiatría</p> <p>- Psicología</p> <p>- Enfermería</p> <p>- Terapia ocupacional</p> <p>Físicos:</p> <p>- Programa hospital para el registro y consulta de historias clínicas de pacientes en proceso de rehabilitación</p> <p>- Computador</p> <p>- Celular</p> <p>- Materiales de papelería (lápices, hojas, marcadores, impresiones, fotocopias...)</p> <p>- Televisor para la presentación de</p>	(individual y familiar)	<p>- Formatos elaborados por los pacientes y sus familias en el desarrollo de los talleres formativos</p>	<table border="1"> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td></tr> <tr><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td colspan="7" style="text-align: center;">SEPTIEMBRE</td></tr> <tr><td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>MM</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td></tr> <tr><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	SEPTIEMBRE							D	L	M	MM	J	V	S	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
11	12	13	14	15	16	17																																																																								
18	19	20	21	22	23	24																																																																								
25	26	27	28	29	30	31																																																																								
SEPTIEMBRE																																																																														
D	L	M	MM	J	V	S																																																																								
01	02	03	04	05	06	07																																																																								
08	09	10	11	12	13	14																																																																								
15	16	17	18	19	20	21																																																																								
22	23	24	25	26	27	28																																																																								
29	30																																																																													

						material audiovisual	
--	--	--	--	--	--	----------------------	--

OCTUBRE						
D	L	M	MM	J	V	S
		01	02	03	04	05
06	07	08	09	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

NOVIEMBRE						
D	L	M	MM	J	V	S
					01	02
03	04	05	06	07	08	09
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

--	--	--	--	--	--	--	--

DICIEMBRE						
D	L	M	MM	J	V	S
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
ENERO						
D	L	M	MM	J	V	S
			01	02	03	04
05	06	07	08	09	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEBRERO						
D	L	M	MM	J	V	S
						01
02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

MARZO						
D	L	M	MM	J	V	S
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				


							Programados y ejecutados																																			
							Programados y NO ejecutados (dinámicas institucionales)																																			
							AGOSTO																																			
							D L M MM J V S																																			
Apoyo en trámites correspondientes al proceso de resocialización de la población inimputable interna en la institución	Atención a los requerimientos de los pacientes internos en calidad de inimputables para su atención oportuna, así como también a las solicitudes y emisión de folios de los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Antioquia	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión permanente de correo institucional para ejecutar de forma oportuna notificaciones a los pacientes o solicitudes requeridas por Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Antioquia - Envío de cartas emitidas por los pacientes con requerimientos en relación con concesión de permisos 	Lograr la atención y gestión oportuna de los requerimientos solicitados por los pacientes internos en calidad de inimputables o de las solicitudes y notificaciones expedidas por los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Antioquia	Número de trámites atendidos oportunamente Número de trámites requeridos por los pacientes y la institución	Humanos: Equipo interdisciplinario - Trabajo social - Psiquiatría - Psicología - Enfermería - Terapia ocupacional - Pastoral social - Operador deportivo Físicos - Programa hosvital para el	<ul style="list-style-type: none"> - Informes registrados en historias clínicas de pacientes internos en calidad de inimputables - Acta de asistencia a las reuniones programadas por el equipo terapéutico del programa - Registros de correo electrónico institucional 	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>01</td><td>02</td><td>03</td> </tr> <tr> <td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td> </tr> <tr> <td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>					01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
				01	02	03																																				
04	05	06	07	08	09	10																																				
11	12	13	14	15	16	17																																				
18	19	20	21	22	23	24																																				
25	26	27	28	29	30	31																																				

			terapéuticos, citas en medicina legal o extinción de la medida de seguridad. - Gestiones administrativas necesarias para traslado de pacientes a citas asignadas en medicina legal - Asistencia en reuniones del equipo terapéutico del programa.		registro y consulta de historias clínicas de pacientes - Computador - Celular - Scanner	- Registros físicos en las carpetas de los pacientes	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">SEPTIEMBRE</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>MM</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>04</td> <td>05</td> <td>06</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>09</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="7">OCTUBRE</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>MM</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>04</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>07</td> <td>08</td> <td>09</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEPTIEMBRE							D	L	M	MM	J	V	S	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						OCTUBRE							D	L	M	MM	J	V	S			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
SEPTIEMBRE																																																																																																									
D	L	M	MM	J	V	S																																																																																																			
01	02	03	04	05	06	07																																																																																																			
08	09	10	11	12	13	14																																																																																																			
15	16	17	18	19	20	21																																																																																																			
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																			
29	30																																																																																																								
OCTUBRE																																																																																																									
D	L	M	MM	J	V	S																																																																																																			
		01	02	03	04	05																																																																																																			
06	07	08	09	10	11	12																																																																																																			
13	14	15	16	17	18	19																																																																																																			
20	21	22	23	24	25	26																																																																																																			
27	28	29	30	31																																																																																																					

--	--	--	--	--	--	--	--

05	06	07	08	09	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	
FEBRERO						
D	L	M	MM	J	V	S
						01
02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
MARZO						
D	L	M	MM	J	V	S
01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

								29	30	31				

 Asistencia por fechas

Fuente: elaboración propia a partir del desarrollo de las prácticas profesionales

6. DIAGNÓSTICO

La Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja del Tambo consolida su quehacer a partir de equipos interdisciplinarios que permiten una atención integral a los pacientes que se encuentran en los diversos servicios y áreas que allí confluyen, es por tanto, que considera esencial el trabajo en conjunto además con las familias de los pacientes en el proceso de recuperación debido a que se configura como núcleo que favorece o dificulta la recuperación integral de los pacientes, por ende, luego de encuentros con el equipo interdisciplinario de la Unidad de Salud Mental (psicología, psiquiatría, pastoral social, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y operador deportivo) inicialmente se focalizó como necesidad actual el fortalecimiento del acompañamiento a las familias de los pacientes del pabellón de inimputables debido a que se han observado dificultades en la adherencia del núcleo familiar al proceso de visitas, llamadas, permisos terapéuticos o eventual egreso de los pacientes, se concibe además necesario el desarrollo de procesos psicoeducativos que posibiliten el adecuado afrontamiento de la condición de salud mental del paciente en relación con el acto delictivo, así como el fortalecimiento de capacidades familiares que posibiliten el posterior reintegro de los sujetos.

No obstante, luego de realizar los diversos procesos de convocatoria a las familias de los pacientes inimputables se evidenciaron multiplicidad de inasistencias así como dificultades de estos para vincularse adecuadamente a los talleres, algunas de las causas se relacionan con que residen en municipios lejanos así como la necesidad de un sustento económico lo cual dificulta su traslado, además de que se observó resistencia de algunos grupos familiares debido a los actos delictivos cometidos por los pacientes pues algunos de estos atentaron contra la vida y la integridad del núcleo familiar.

Por lo tanto, se focalizó el proceso diagnóstico en los dos pabellones de farmacodependencia, San Juan Grande y Hospital día, el primero en modalidad de internación por tres meses y el segundo como un proceso ambulatorio con una duración de dos meses, además se integraron las percepciones familiares por medio del grupo de apoyo dispuesto para estos el cual se reúne cada 15 días para trabajar una temática en particular.

Se configura entonces como objeto de la propuesta diagnóstica la búsqueda de situaciones que conciben como fortalezas o debilidades en el entorno familiar a través de las percepciones de los pacientes en ambas modalidades, así como con el grupo de familiares asistentes al grupo de apoyo; esto focalizado en el entorno familiar en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, a continuación, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos del proceso diagnóstico para generar posterior propuesta de intervención así:

6.1 OBJETIVOS

6.1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales problemáticas y potencialidades al interior del núcleo familiar, concebidas por los pacientes en proceso de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas en las modalidades ofrecidas por la institución, así como las percepciones familiares a partir del grupo de apoyo.

6.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorización de temáticas identificadas como situaciones problema y potencialidades al interior de las familias de los pacientes en proceso de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas lo cual contribuya a la atención de las temáticas identificadas por medio de talleres psicoeducativos focalizados.
- Elaboración de banco de talleres temático para la intervención focalizada de los pacientes en proceso de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas y su núcleo familiar, con especial énfasis en las situaciones problema y potencialidades identificadas y priorizadas.

6.2 MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

A continuación, se realiza una breve presentación de la terminología correspondiente a la propuesta diagnóstica presentada, lo cual permita la justificación y apropiación de los conceptos que acogen a esta propuesta para su aplicación, así:

6.2.1 Trastorno mental por consumo de sustancias psicoactivas

Inicialmente, se retoma de forma general el concepto de trastorno mental, el cual a pesar de la multiplicidad de definiciones conceptuales del término aquí se disponen las consideraciones establecidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995) en donde se refiere que un trastorno mental es:

un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. (...) Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (Pichot, P. Coord. 1995. p. 17.)

En términos generales, un trastorno mental se concibe como condición que interfiere en la salud mental de los individuos, así la dependencia en el consumo de sustancias psicoactivas¹ (determinada por los patrones en el consumo de sustancias, así como de acuerdo con los efectos producidos en el individuo), es concebida como un trastorno mental debido a que puede tener efectos en el comportamiento del individuo relacionados con fluctuaciones marcadas en el estado de ánimo, inestabilidad en el patrón

¹De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las sustancias psicoactivas son “toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Además, las sustancias psicoactivas, tienen la capacidad de modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de la persona que las consume.” (OMS, SD. Citado por Observatorio de drogas de Colombia, ODC, SD)

del sueño o en el apetito, baja motivación o exceso de esta en el desarrollo de actividades cotidianas, también se pueden generar cambios físicos como pupilas de tamaño anormal, pérdida o incremento de peso, temblores, habla confusa o coordinación disminuida, algunos cambios sociales también pueden ser evidentes como el cambio en pasatiempos, amigos o lugares frecuentados. (Mentalhealth, 2019).

De acuerdo, con Irene Pérez (2018), psiquiatra en SAMU Wellness, en Sevilla, España “Todas las drogas pueden tener algún efecto sobre la salud mental, pueden desencadenar un trastorno mental o agravar un trastorno preexistente. Con frecuencia, están asociadas a trastornos afectivos (depresión, ansiedad...) y, en casos más graves, a trastornos psicóticos. Sin embargo, los efectos son variables según cada droga” (SAMU Wellness, 2018). Por lo que se requiere de un proceso de desintoxicación y deshabitación para la disminución de los síntomas, así como para la instauración de hábitos de vida saludables que contribuyan a evitar recaídas y potenciar la salud mental de los individuos.

6.2.2 Red de apoyo familiar en el consumo de sustancias psicoactivas

Inicialmente, al hablar de familia se considera no como un modelo único preestablecido, pues las tipologías familiares son diversas y cambiantes debido a que responden a las particularidades propias de los contextos sociales y acorde con la temporalidad específica por lo que “la familia natural entendida al menos en este momento como comunidad de padres, hijos y otros miembros organizados en torno a la idea del matrimonio monogámico y heterosexual son un auténtico «imaginario general» que funge como arquetipo ideal y como criterio hermenéutico para los individuos como para los pueblos a lo largo de la historia de la humanidad.” (Guerra, 2007). El grupo familiar es entonces una estructura social que se transforma constantemente y que se configura a partir de los vínculos y las interacciones que allí se desarrollan.

Además de los factores que inciden y determinan a un núcleo familiar (los roles, reglas, límites, ciclo vital...) se considera a la vivencia de las crisis familiares, sea su grado de afectación, como factor determinante en la dinámica familiar pues es aspecto por medio del cual se determina la capacidad adaptativa del grupo, el grado cohesión o también la flexibilidad para enfrentar dichas situaciones, por lo que el consumo de sustancias

psicoactivas, de uno o varios integrantes del grupo familiar, es una crisis estructural debido a que puede generar una reorganización de roles, así como una exacerbación de las tensiones en el hogar de acuerdo con la situación de desajuste, atribuyendo también efectos en la comunicación, provocando discusiones frecuentes, así se puede considerar entonces que a pesar de las afectaciones individuales, en el consumo de sustancias psicoactivas, se concibe al grupo familiar como principal grupo afectado por dicha situación, debido a los vínculos entre las personas pues los efectos provocados en el individuo repercutirán de una u otra forma en el sistema familiar. (Calvo Botella, H. 2007)

Ante lo anterior, se constituye al núcleo familiar como red de apoyo central en el proceso de recuperación de los individuos, pues permite la psicoeducación familiar potenciando la prevención de las recaídas así como la promoción de hábitos de vida saludables, la reducción en los síntomas de ansiedad/depresión, establecimiento de habilidades de afrontamiento, estrategias de comunicación, además permite potenciarla cohesión y consistencia intrafamiliar, esto debido a que el consumo de sustancias puede ocasionar también aislamiento familiar. (Calvo Botella, H. 2007)

En resumen, el núcleo familiar de los sujetos consumidores de sustancias psicoactivas se ven permeados por las afectaciones del trastorno sobre el consumo de sustancias, en algunos casos el núcleo familiar también puede agravar, perpetuar el consumo o aportar para la cesación del mismo, por lo que el núcleo familiar se concibe como red de apoyo principal de los pacientes en su proceso de rehabilitación, esto a partir del establecimiento de patrones de soporte positivo, en el que se clarifiquen las relaciones de autoridad, afecto y comunicación, pueden enfrentarse y disminuirse los riesgos de la enfermedad adictiva, así cuando este grupo es inexistente por diversas causas o se muestra en negativa de participar activamente en el proceso de recuperación se propende por generar redes de apoyo externas que potencien y garanticen afecto, solidaridad y comunicación positiva en el ambiente que rodea los individuos en tratamiento. (Zapata Vanegas, Mario Alberto, 2009, 92).

Ante lo anterior, la Clínica San Juan de Dios de La Ceja propende por el desarrollo de acciones de atención integral a los pacientes en proceso de rehabilitación, siendo

entonces la red de apoyo familiar elemento esencial para garantizar la integralidad del proceso.

6.3 METODOLOGÍA DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

Como se mencionó anteriormente el desarrollo de un diagnóstico social propende por el análisis reflexivo de la abstracción de una parte de la realidad que se pretende intervenir este proceso posibilita así la identificación de situaciones insatisfactorias a las cuales se les desea generar acciones de cambio, este proceso se trabaja entonces a través de la visibilización y fortalecimiento de las potencialidades identificadas en el grupo o el los sujetos.

Particularmente en el presente proceso diagnóstico se desarrollará un Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) que es concebido a que como “una metodología de trabajo para recopilar y analizar información producida por diferentes grupos poblacionales, en un tiempo comparativamente corto frente a otros métodos.” (Visión consultores, 2010. p.7) Es un elemento que permite conocer de forma eficiente una parte de la realidad sobre la cual se quiere intervenir, pero además es una construcción conjuntamente en el proceso se propende entonces por su participación activa.

Así el presente proceso diagnóstico y posterior desarrollo de proyecto de intervención se realizará con las familias de los pacientes que se encuentran internos en la Clínica San Juan de Dios en calidad de inimputables por medio de talleres reflexivos que permitan la implementación del Diagnóstico así como el trabajo por medio de las temáticas priorizadas, estos talleres reflexivos se desarrollarán los días viernes luego de que finalice el horario de visitas que se estipula de 2:00pm a 4:00pm por lo tanto los talleres se ejecutarían de 4:00pm a 5:00pm cada 15 días debido a las dificultades de sus familiares para asistir permanentemente al horario de visitas, por ende, a continuación, se presentan de forma breve las técnicas que serán utilizadas en el proceso diagnóstico así:

Tabla 7. Técnicas de recolección de la información (DRP)

Técnicas de recolección de la información (DRP)			
Técnica	Definición	Instrumentos o actividades	Productos
Observación no participante	Es un tipo de observación en la cual el investigador no genera interferencia ante el grupo estudiado permitiendo “conocer directamente el contexto en el cual tienen lugar las actuaciones de los individuos y, por lo tanto, le facilita acceder al conocimiento cultural de los grupos a partir de registrar acciones de las personas en su ambiente cotidiano” (Rodríguez & Bonilla, 2005. p. 227)	-Diario de campo (todos los encuentros)	Elementos relevantes consignados en el diario de campo realizado en los encuentros, elaborado por preguntas orientadoras realizadas previamente
Revisión Documental	Técnica que posibilita la recolección de información relevante en relación con la temática específica a ser trabajada	Fichas bibliográficas	Elaboración y presentación de informe del proceso de prácticas profesionales
Taller reflexivo	“constituye un dispositivo de palabra en el que se construyen grupalmente planteamientos, propuestas, respuestas, preguntas e inquietudes respecto un tema subjetivo.” (Gutiérrez, 2002, p.29).	Matriz DOFAR	Papelógrafo en el cual se observen las principales consideraciones en relación con la matriz manifestadas como debilidades y amenazas a ser trabajadas por medio de las consideraciones de fortalezas, oportunidades y retos en relación con su dinámica familiar en torno a su paciente interno relacionado con su reintegro al ámbito sociofamiliar.

		Árbol de problemas y soluciones	Priorización de las situaciones problema y posibles soluciones en relación con su dinámica familiar en torno a su paciente interno relacionado con su reintegro al ámbito sociofamiliar.
--	--	--	--



Fuente: elaboración propia a partir del desarrollo de las prácticas profesionales

Tabla 8. Plan de acción proceso diagnóstico

PLAN DE ACCIÓN DE PROCESO DIAGNÓSTICO														
Objetivo general	Objetivos específicos	Actividades	Subactividades	Metas	Indicadores	Recursos	Fuentes de verificación	Cronograma						
Identificar las principales problemáticas y potencialidades al interior del núcleo familiar, concebidas por los pacientes en proceso de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas en las modalidades ofrecidas por la institución, así como las percepciones familiares a partir del grupo	Priorización de temáticas identificadas como situaciones problema y potencialidades al interior de las familias de los pacientes en proceso de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas lo cual contribuya a la atención de las temáticas identificadas por medio de talleres psicoeducativos focalizados.	Realización de talleres reflexivos que permitan la ejecución de instrumentos diagnósticos para la recolección de la información	<ul style="list-style-type: none"> - Convocatoria a familias de pacientes en proceso de rehabilitación - Planeación de taller reflexivo (instrumento de recolección y priorización de información) 	Lograr la identificación de las situaciones problema y potencialidades al interior del núcleo familiar, concebidas por los pacientes en proceso de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas en las modalidades ofrecidas por la institución, así como las percepciones familiares a	<ul style="list-style-type: none"> Familias convocadas Familias asistentes Situaciones identificadas Situaciones priorizadas 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo interdisciplinario - Trabajo social - Psiquiatría - Psicología - Enfermería - Terapia ocupacional <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa hospital para el registro y 	<ul style="list-style-type: none"> - Papelógrafos sobre el desarrollo de matriz DOFA - Árbol de problemas sobre temáticas priorizadas - Codificación de información recolectada por medio de informe -Diario de campo sobre observación 	NOVIEMBRE						
								D	L	M	MM	J	V	S
													01	02
								03	04	05	06	07	08	09
								10	11	12	13	14	15	16
								17	18	19	20	21	22	23
								24	25	26	27	28	29	30
								DICIEMBRE						
								D	L	M	MM	J	V	S
								01	02	03	04	05	06	07
								08	09	10	11	12	13	14
								15	16	17	18	19	20	21

de apoyo, esto para la generación de un proyecto de intervención que contribuya a la atención integral a los pacientes y su núcleo familiar.				partir del grupo de apoyo.		consulta de historias clínicas y números de contacto de pacientes - Computador - Celular - papelógrafos - marcadores -hojas de asistencia	no participante -Registro de asistencia	<table border="1"> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="7" style="text-align: center;">ENERO</td></tr> <tr><td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>MM</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td></tr> <tr><td>05</td><td>06</td><td style="background-color: #92d050;">07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td></tr> <tr><td>19</td><td>20</td><td style="background-color: #92d050;">21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td></tr> <tr><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td></tr> <tr><td colspan="7" style="text-align: center;">FEBRERO</td></tr> <tr><td>D</td><td>L</td><td>M</td><td>MM</td><td>J</td><td>V</td><td>S</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>01</td></tr> <tr><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td></tr> <tr><td>09</td><td>10</td><td style="background-color: #66b3ff;">11</td><td style="background-color: #66b3ff;">12</td><td style="background-color: #92d050;">13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td></tr> <tr><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td></tr> </table>	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					ENERO							D	L	M	MM	J	V	S				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		FEBRERO							D	L	M	MM	J	V	S							01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																		
29	30	31																																																																																																																						
ENERO																																																																																																																								
D	L	M	MM	J	V	S																																																																																																																		
			01	02	03	04																																																																																																																		
05	06	07	08	09	10	11																																																																																																																		
12	13	14	15	16	17	18																																																																																																																		
19	20	21	22	23	24	25																																																																																																																		
26	27	28	29	30	31																																																																																																																			
FEBRERO																																																																																																																								
D	L	M	MM	J	V	S																																																																																																																		
						01																																																																																																																		
02	03	04	05	06	07	08																																																																																																																		
09	10	11	12	13	14	15																																																																																																																		
16	17	18	19	20	21	22																																																																																																																		
23	24	25	26	27	28	29																																																																																																																		

								 Aplicación DRP  Convocatoria familias grupo de apoyo																																																	
								<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="7">ENERO</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>MM</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>06</td> <td>07</td> <td>08</td> <td>09</td> <td>10</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td style="background-color: yellow;">13</td> <td style="background-color: orange;">14</td> <td style="background-color: orange;">15</td> <td style="background-color: yellow;">16</td> <td>17</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td style="background-color: yellow;">20</td> <td>21</td> <td style="background-color: orange;">22</td> <td style="background-color: yellow;">23</td> <td>24</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td style="background-color: yellow;">27</td> <td style="background-color: orange;">28</td> <td style="background-color: orange;">29</td> <td style="background-color: orange;">30</td> <td>31</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ENERO							D	L	M	MM	J	V	S				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ENERO																																																									
D	L	M	MM	J	V	S																																																			
			01	02	03	04																																																			
05	06	07	08	09	10	11																																																			
12	13	14	15	16	17	18																																																			
19	20	21	22	23	24	25																																																			
26	27	28	29	30	31																																																				
Elaboración de banco de talleres temático para la intervención focalizada de los pacientes en proceso de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas y su núcleo familiar, con especial énfasis en las situaciones problema y potencialidades identificadas y priorizadas.	Planeación, ejecución y sistematización de talleres psicoeducativos a partir de las temáticas priorizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de ejes temáticos a trabajar con los pacientes y familias de estos - Elaboración de formatos a trabajar en las sesiones de los talleres - Programación y realización de dinámicas y actividades correspondientes a la temática a trabajar en la sesión. 	<p>Planear y sistematizar en un 100% los talleres tematizados a partir de la priorización</p> <p>Ejecutar en un 100% los talleres psicoeducativos programados para los pacientes y el grupo de familiares</p>	<p>Número de talleres ejecutados</p> <hr/> <p>Número de talleres planeados</p> <hr/> <p>Número de convocados</p> <hr/> <p>Número de asistentes</p> <hr/> <p>Número de temáticas priorizadas</p> <hr/> <p>Número de temáticas</p>	<p>Recurso humano:</p> <p>Equipo interdisciplinario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo social - Psiquiatría - Psicología - Enfermería - Terapia ocupacional <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa hospital para el registro y consulta de historias clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Formatos elaborados por los pacientes y sus familias en el desarrollo de los talleres formativos - Diario de campo sobre observación no participante - Registro de asistencia 																																																			

			- Seguimiento de asistencias y receptividad las familias ante los talleres formativos		abordadas en los talleres	de pacientes y números de contacto - Computador - Celular - Materiales de papelería (lápices, hojas, marcadores, impresiones, fotocopias...) - Televisor para la presentación de material audiovisual		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">FEBRERO</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>MM</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>03</td> <td>04</td> <td>05</td> <td>06</td> <td>07</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>21</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> </tr> </tbody> </table> <p>  Aplicación de talleres psicoeducativos por medio de temáticas priorizadas  Elaboración de banco de talleres </p>	FEBRERO							D	L	M	MM	J	V	S							01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
FEBRERO																																																									
D	L	M	MM	J	V	S																																																			
						01																																																			
02	03	04	05	06	07	08																																																			
09	10	11	12	13	14	15																																																			
16	17	18	19	20	21	22																																																			
23	24	25	26	27	28	29																																																			

Fuente: elaboración propia a partir del desarrollo de las prácticas profesionales

6.4 RESULTADOS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

Para el desarrollo del proceso diagnóstico, inicialmente, se configura a partir de las diferentes conversaciones entabladas con el equipo terapéutico de la Unidad de Salud Mental permitiendo evidenciar como principal dificultad el adecuado acompañamiento de la red de apoyo familiar de los pacientes internos en calidad de inimputables, sin embargo, y como se mencionó en párrafos anteriores, este proceso diagnóstico no pudo ser desarrollado debido a las dificultades para asistir de sus familiares, por lo que en la cotidianidad del desarrollo de las prácticas se observó cómo constante el desarrollo de talleres psicoeducativos para los pacientes en proceso de rehabilitación en ambas modalidades, internación y ambulatorio, estos por medio de temáticas generales enfocadas principalmente en el entorno familiar, así se desarrollaron temáticas como: sistema familiar, comunicación familiar, vínculos al interior de la familia, corresponsabilidad familiar, entre otros derivados de estas temáticas centrales.

Ante lo anterior, se observó inexistencia de un proceso diagnóstico que permitiese la priorización de las principales temáticas que los pacientes concebían como potencialidades y debilidades en su entorno familiar, por lo cual se concentró el proceso diagnóstico en darle voz a los pacientes por medio de ejercicios individuales y grupales como matrices DOFAR (debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas y retos) las cuales fueron priorizadas posteriormente por medio de árboles de problemas.

Además, se propendió por integrar las visiones de los grupos familiares quienes asisten a procesos psicoeducativos aproximadamente cada 15 días en la institución, por lo que fueron implementados los mismos instrumentos con este grupo, lo cual posibilitase ampliar y confrontar las visiones de los diversos grupos.

Así, en los párrafos subsiguientes se presentarán los hallazgos del proceso diagnóstico de acuerdo con cada uno de los grupos en los cuales fue implementado, Hospital Día (ambulatorio), San Juan Grande (Internación) y grupo de familiar de los pacientes disponiendo en cada uno de las técnicas utilizadas.

6.4.1 Hospital Día

Inicialmente, y como aspectos generales, es de considerar que Hospital día es un programa ambulatorio que acompaña el fortalecimiento y la rehabilitación de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, este surge en el mes de septiembre del año 2019 orientado por la necesidad que se visualizó en pacientes que el nivel de consumo es experimental o no se encuentra en una etapa de habituación elevada, como lo puede tener un paciente que ingresa al programa de farmacodependencia, también como un programa que permita ser refuerzo para los pacientes que egresen del proceso en hospitalario de rehabilitación en farmacodependencia, se concibe entonces como programa que permite el acompañamiento integral a los pacientes de acuerdo con estas particularidades, propendiendo por el fortalecimiento de sus capacidades así como por la adecuada integración a su ámbito social, familiar y laboral.

Así el programa brinda un acompañamiento semanal a los pacientes por medio de talleres psicoeducativos en áreas de terapia ocupacional, enfermería, psicología, operador deportivo, pastoral social y trabajo social, área que propende por la vinculación familiar en el proceso de recuperación de los pacientes por lo que semanalmente se brinda el espacio para la asistencia del núcleo familiar de cada uno de los pacientes con el propósito de ampliar información, confrontarla, así como también permitir un proceso educativo que contribuya a la generación de modificaciones en el hogar que potencien la instauración o el mantenimiento de hábitos de vida saludables.

Ante lo anterior, se realiza la claridad de que el proceso diagnóstico fue ejecutado sin la presencia del grupo familiar lo cual permitiese un espacio de expresión, así como la confrontación posterior con las percepciones familiares, por lo tanto, se presentan a continuación los resultados del proceso diagnóstico así:

➤ **Matriz DOFAR²**

Para la ejecución de la matriz DOFAR se procedió a otorgar una breve explicación al grupo de pacientes participantes así como se entregaron pequeños papeles en los cuales

² Anexo 1. Registro fotográfico. Matriz DOFAR Hospital Día

debían consignar sus percepciones en torno a cada uno de los ítems a trabajar, este ejercicio se desarrolló de forma individual para luego ser dispuesto en la letra correspondiente, así los participantes reflexionaban en cada uno de los aspectos en su entorno familiar y visualizaban las percepciones que consideraban coincidían con las de sus compañeros, posibilitando un espacio reflexivo y de debate, por lo tanto, a continuación se presenta una tabla con el consolidado de las respuestas y percepciones de los participantes, se realiza la claridad de que se presenta cada una de las respuestas y en la casilla siguiente se presenta el número de veces que esta fue escrita por los participantes.

Tabla 9. Matriz DOFAR en el entorno familiar (Hospital Día)

MATRIZ DOFAR EN EL ENTORNO FAMILIAR										
	D (debilidades)		O (oportunidades)		F (fortalezas)		A (amenazas)		R (retos)	
		N		N		N		N		N
HOSPITAL DÍA	Desconfianza familiar	4	Estabilidad laboral	3	Afecto en la familia	4	Sustancias psicoactivas	4	Eliminar el consumo	1
	Sobrepotección familiar	3	Cambio del paciente	1	Unión familiar	1	Amigos (factor riesgo)	2	Superar depresión	1
	Afecto	2	Proceso de rehabilitación	4	Respeto	1	Rebeldía del paciente	1	Salir adelante	2
	Comunicación asertiva	7	Apoyo familiar	4	Responsabilidad del paciente	1	Agresividad del paciente	1	Comunicación asertiva	2
	Compartir espacios en familia	2	Compartir espacios en familia	4	Compartir espacios en familia	5	Pereza del paciente	2	Compartir espacios en familia	1
	Consumo de SPA	1	Comunicación asertiva	2	Comprensión familiar	2	Desconfianza del núcleo familiar	2	Confianza familiar	3
	Desintegración familiar por el consumo de SPA	1	Medicación	1	Apoyo familiar	5	Reencor individual y familiar	1	Proyecto en común en la familia	1
	Ansiedad del paciente	1	Familia numerosa (acompañamiento)	1	Estabilidad laboral	1	Paciente consumidor	4	Apoyo familiar	1
	Perfección (percepción familiar)	1	Familia pequeña (acompañamiento centralizado)	1	Buen humor	1	Establecimiento de normas y límites	1	Distanciamiento de amigos (factor de riesgo)	1
			Resiliencia	1	Convicción individual	1	Comunicación NO asertiva	1	Paciente consumidor	1
					Solidaridad	1	Música (factor de riesgo)	1	Trabajo familiar	1
					Confianza familiar	1	Trabajo (factor de riesgo)	1	Respeto	1
					Fe	1	Predisposición familiar	1	Comprensión	1
						Familiar consumidor	1	Cambio individual y familiar	1	

Fuente: elaboración propia a partir de Matriz DOFAR elaborada por los pacientes del programa Hospital Día

Ante lo anterior, y en relación con los aspectos más sobresalientes se resalta, inicialmente las *debilidades en el entorno familiar* concebidas por los pacientes observando prevalencia del ámbito de las dificultades percibidas para el establecimiento de estrategias de *comunicación asertiva* con un total de repeticiones de 7 y consecutivamente se

encuentra el aspecto de la *desconfianza familiar* con un total de 4 como aspecto interrelacionado con el ámbito de la *sobreprotección familiar* con 3 repeticiones.

Seguidamente, en el campo de las *oportunidades* se observa con prevalencia y con un número equitativo de repeticiones los aspectos del *apoyo familiar*, *el proceso de rehabilitación de los pacientes*, así como el *compartir espacios en familia* con un total de 4 repeticiones cada uno. Así y en relación con las *fortalezas* los pacientes otorgan prevalencia al *apoyo familiar* y nuevamente *el compartir espacios en familia* lo anterior con un total de 5 repeticiones, seguidos del *afecto en la familia* con un total de 4.

Finalmente, en el campo de las *amenazas* se sitúa como principales factores y con un número equitativo de repeticiones *el consumo de sustancias psicoactivas* y *el paciente consumidor* con un total de 4 repeticiones cada uno y en relación con los *retos* se observa prevalencia con la recuperación y fortalecimiento de la *confianza* al interior del hogar seguido de la expresión de “*salir adelante*” y el establecimiento de estrategias de *comunicación asertiva*.

➤ **Priorización Árbol de problemas** ³

Para el desarrollo de la priorización por medio del árbol de problemas se divide al grupo de pacientes en dos grupos permitiendo ampliar las construcciones y reflexiones de los pacientes, así como haciendo posible encontrar puntos en común para el fortalecimiento y la focalización de las temáticas abordadas en los talleres desde el área de trabajo social.

Ante lo anterior, se observa concordancia en una de las problemáticas identificadas como *comunicación no asertiva* la cual fue priorizada como principal factor a fortalecer en el entorno familiar, acompañada por el *consumo de sustancias psicoactivas* identificada por uno de los grupos participantes.

³ Anexo 1. Registro fotográfico. Árbol de problemas y soluciones Hospital Día

Tabla 10. Priorización árbol de problemas

PRIORIZACIÓN ÁRBOL DE PROBLEMAS	
Grupo 1	Grupo 2
Situación problema	
Comunicación / consumo de SPA	Comunicación NO asertiva
Causas	
Rebeldía del paciente	Rebeldía del paciente
Falta de confianza en la familia	Consumo de SPA
Distanciamiento familiar	Intolerancia
Falta de diálogo	
Amistades (factor de riesgo)	
Consecuencias	
Soledad	Soledad
Incremento del consumo de SPA	Baja autoestima
Distanciamiento socio-familiar	Distanciamiento familiar
Aislamiento familiar	Depresión
Variabilidad en estado de ánimo	
Desconfianza familiar	
Falta de compromiso familiar	
Posibles soluciones	
Mayor acompañamiento familiar	Compartir espacios en familia
Cambio de actitud	voluntad del paciente
Confianza familiar	factores protectores
Comunicación asertiva	Tranquilidad
Manejo de la ansiedad	Terapia familiar e individual
Compromiso individual	Reconocer el problema
	Motivación a superarse
	fe
	Abstinencia

Fuente: elaboración propia a partir de árboles de problemas elaborados por los pacientes del programa Hospital Día

En ese orden de ideas identifican causas de la situación problema encontrando coincidencias en *la rebeldía de los pacientes* además reconocen *la falta de confianza* por parte del núcleo familiar como aspecto interrelacionado con el *consumo de sustancias psicoactivas*, además de que identifican como causas el *distanciamiento familiar*, *la intolerancia* como tema que se relaciona con las dificultades para el fortalecimiento de la

empatía en la familia y finalmente reconocen como causa a *los amigos* que se reconocen como factor de riesgo debido a que son consumidores por lo que pueden incentivar el consumo así como motivar las recaídas.

Seguidamente, y en relación con las *consecuencias* sobre las problemáticas identificadas ambos grupos coinciden en *la soledad* y el *distanciamiento familiar* temática que se puede encontrar interrelacionada además se observa coincidencia en la concepción de *la variabilidad en el estado de ánimo* el cual es identificado en el grupo 2 principalmente como *depresión*, finalmente reconocen a la *desconfianza familiar*, así como al declive en el *compromiso familiar* como posibles consecuencias.

Finalmente, y en relación con las *posibles soluciones* se visualiza coincidencia en ambos grupos en considerar aspectos relacionados principalmente con valores a fortalecer en el entorno familiar como: *fe, resiliencia, aceptación, confianza familiar y voluntad* además de que reconocen algunos aspectos que consideran necesarios de fortalecer en el entorno familiar como *la constancia en el compartir de espacios en familia* así como también el fortalecimiento de la *comunicación asertiva en la familia y la terapia familiar* y realizan alusión a factores que reconocen deben ser integrados como compromiso individual de cada uno como: *la abstinencia, el control de la ansiedad* y el reconocimiento y acercamiento a los factores concebidos como *protectores* los cuales pueden disminuir o eliminar los riesgos en el consumo de sustancias psicoactivas.

➤ **Observación no participante** ⁴

El diario de campo se consolida como insumo de la observación no participante, en el que se reflejan las percepciones, vivencias y acciones realizadas con los pacientes en proceso de rehabilitación en las modalidades ofrecidas por la institución convirtiéndose en un elemento fundamental para orientar acciones del proyecto de intervención a ser propuesto para el acompañamiento grupal desde el área de trabajo social a los pacientes en proceso de rehabilitación. Además, se cuenta con el registro fotográfico y el registro de las asistencias en las historias clínicas de los pacientes, así como con algunos de los productos

⁴ Anexo 2. Diario de campo

elaborados en los talleres psicoeducativos lo anterior como sustento de la información constatada en el diario de campo.

6.4.2 San Juan Grande

El pabellón San Juan Grande se configura como un proceso de rehabilitación integral para pacientes farmacodependientes, este tiene sus inicios en julio de 2018, debido a que se observó amplitud de ingresos de pacientes a los diversos pabellones de la Unidad de Salud Mental con situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas ante las que desde los servicios se atendía la crisis por la cual ingresan al pabellón pero no se generaba un acompañamiento posterior para estas particularidades de los pacientes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual ocasionaba preocupaciones familiares debido a las recaídas de los pacientes además de que se hacía evidente la poca oferta que tenían las EPS para tratar estos casos, por lo que ocasionaban en algunas ocasiones situaciones de carácter social que se convertirían en problemas de salud pública.

Es así como la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, orientada por medio de referentes en sedes como El Hospital San Rafael de Pasto adscrito también a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, instaura el programa con el propósito de ser líder en la atención integral a la farmacodependencia, esto por medio de un proceso de internación con una duración de 3 meses, en los cuales los pacientes se encuentran acompañados por un equipo interdisciplinario integrado por áreas como: psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, operador deportivo, pastoral social, enfermería, medicina general, nutrición y dietética; todas como áreas que confluyen con el propósito de promover la rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas.

➤ Matriz DOFAR ⁵

Para la ejecución de la matriz DOFAR se procedió a otorgar una breve explicación al grupo de pacientes participantes así como se entregaron pequeños papeles en los cuales debían consignar sus percepciones en torno a cada uno de los ítems a trabajar, este ejercicio se desarrolló de forma individual para luego ser dispuesto al frente en la letra

⁵ Anexo 1. Registro fotográfico. Matriz DOFAR San Juan Grande

correspondiente, así los participantes reflexionaban en cada uno de los aspectos en su entorno familiar y visualizando las percepciones que consideraban coincidían con las de sus compañeros, posibilitando un espacio reflexivo y de debate, por lo tanto, a continuación se presenta una tabla con el consolidado de las respuestas y percepciones de los participantes, se realiza la claridad de que se presenta cada una de las respuestas y en la casilla siguiente se presenta el número de veces que esta fue escrita por los participantes.

Tabla 11. Matriz DOFAR, San Juan Grande

MATRIZ DOFAR EN EL ENTORNO FAMILIAR										
	D (debilidades)		O (oportunidades)		F (fortalezas)		A (amenazas)		R (retos)	
		N		N		N		N		N
SAN JUAN GRANDE	Desconfianza familiar	5	Cambio (proceso de rehabilitación)	1	Oración - fe	4	Comunicación no asertiva	3	Hábitos de vida saludable	5
	Falta de comunicación en la familia	8	Salir adelante en familia	1	Esperanza	1	Irritabilidad individual y familiar	2	Casa propia	2
	Solidaridad en la familia	1	Negocio familiar	5	Preocupación familiar	1	Familiares (factores de riesgo)	3	Educación	4
	Compartir espacios en familia	4	Compartir espacios en familia	2	Comprensión de las diferencias	1	Consumo de SPA	6	Trabajo estable	2
	Unión familiar	2	Unión familiar	6	Hija/hijo del paciente	2	Contexto (factor de riesgo)	3	Eliminar el consumo de SPA	3
	Fortaleza familiar	1	Oración	1	Amor familiar	2	Amigos (factor de riesgo)	2	Cambio	1
	Aislamiento familiar	1	Estabilidad económica	2	Emprendedores/trabajadores	8	Orgullo del paciente	1	Recuperar a mi familia	1
	Apoyo familiar	1	Amor familiar	1	Humildad	2	Paciente consumidor	2	Compartir espacios en familia	1
			psicoeducación individual y familiar	1	Honestidad	5	Falta de honestidad de los pacientes	1	Proyectos familiares (comunes)	1
			Comprensión familiar	1	Apoyo familiar	2			Unión familiar	3
			Apoyo familiar	1	Unión familiar	1			Recuperación de la confianza	2
			Concepción de vida (hábitos de vida saludable)	1	Comprensión	2			Distanciamiento de amigos (factor de riesgo)	4
			Comunicación familiar	1	Núcleo familiar como ejemplo	2			Finalizar proceso de Rehabilitación	2
					Comunicación asertiva	1			Recuperar dignidad	1
					Compromiso familiar	1			Comunicación asertiva	4
				Dedicación familiar	1			Comprensión familiar	1	
								Fortalecimiento de la convivencia	1	
								Acercamiento familiar	1	

Fuente: elaboración propia a partir de Matriz DOFAR elaborada por los pacientes del pabellón de San Juan Grande

De acuerdo con los resultados obtenidos se logra observar que en el campo de las *debilidades* los pacientes del programa concuerdan en gran medida en considerar a las dificultades en el desarrollo de una *comunicación asertiva en la familia*, así como la inestabilidad que presenta la *confianza en el hogar* ambos aspectos como relevantes debido a su número de repeticiones seguidos por los aspectos de *compartir espacios en familia*, así como la *unión familiar*.

Seguidamente, en relación con las concepciones sobre las *oportunidades en el entorno familiar* se visualiza tendencia en considerar a la *unión familiar* y la posible estabilidad que otorgan los *negocios familiares* estas como principales oportunidades concebidas por los pacientes, por su parte en relación con el campo de las *fortalezas* consideran al aspecto de *familias emprendedoras* como capacidad que los caracteriza y les permite continuar adelante a pesar de las adversidades esta seguida de aspectos como la *honestidad en la familia* así como la *oración y la fe*.

Finalmente, y en relación con los campos de *amenazas y retos* los pacientes consideran el *consumo de sustancias psicoactivas* como principal amenaza para su núcleo familiar, seguida por el *contexto socio-familiar como factores de riesgo* para el mantenimiento de hábitos de vida saludables y por ende la disminución del riesgo por recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas, además reconocen como *amenaza* las dificultades presentes en el entorno familiar para el establecimiento de *estrategias de comunicación asertiva*. En concordancia consideran como principales *retos* el mantenimiento y fortalecimiento de *hábitos de vida saludables* el cual se encuentra en relación directa con la disminución de factores de riesgo como *amigos consumidores de sustancias psicoactivas*, además identifican como *retos* la *comunicación asertiva en el hogar*, así como el fortalecimiento de sus *proyectos de vida tanto individuales como familiares*.

➤ **Priorización árbol de problemas** ⁶

Para el desarrollo de la priorización por medio del árbol de problemas se divide al grupo de pacientes en dos grupos permitiendo ampliar las construcciones y reflexiones de

⁶ Anexo 1. Registro fotográfico. Priorización árbol de problemas y soluciones San Juan Grande

los pacientes, así como haciendo posible encontrar puntos en común para el fortalecimiento y la focalización de las temáticas abordadas en los talleres desde el área de trabajo social.

Ante lo anterior, se observa concordancia en una de las problemáticas identificadas como *comunicación no asertiva* la cual fue priorizada como principal factor a fortalecer en el entorno familiar, acompañada por el *aislamiento familiar* identificada por uno de los grupos participantes.

Tabla 12. Priorización, árbol de problemas

PRIORIZACIÓN ÁRBOL DE PROBLEMAS	
Grupo 1	Grupo 2
Situación problema	
Comunicación no asertiva	Aislamiento familiar
Causas	
Mentiras de los pacientes	Amigos (factor de riesgo)
Desconfianza familiar	Consumo de SPA
Diversidad de credos	Apatía
Carácter (reacción)	Tecnología
Falta de empatía	Ira
"Hablar con cabeza caliente"	Egoísmo
Falta de escucha	
Consecuencias	
Inconformidad individual y familiar	Temor
Gritos	Tristeza
Discusiones familiares	Angustia
Distanciamiento familiar	Soledad
Efecto "bola de nieve"	Introspección
Repercusión en ámbitos externos	Fracaso
Violencia verbal, física y psicológica	Rechazo familiar
Dificultad en la solución de problemas	Depresión
Afecta el cariño	Desconfianza familiar
Aislamiento familiar	
Posibles soluciones	
Escucha	Recreación
Respeto	Proyección
Diálogo	Comunicación
Amor	Oración - Fe
Solidaridad	Unión
Confianza	Confianza
Empatía	

Fuente: elaboración propia a partir de árboles de problemas elaborados por los pacientes del pabellón San Juan Grande

En relación con la priorización no se observa tendencia inicial en la priorización de las problemáticas sin embargo ambos grupos logran puntos de encuentro como se visualiza en la construcción de las *causas* para cada una de las problemáticas identificadas, es así como el grupo 1 quienes, identifican como principal problema *las dificultades para el establecimiento de una comunicación asertiva al interior de sus familias*, reconocen como principales causas *la desconfianza en el entorno familiar* producto de su consumo de sustancias psicoactivas, así como las diversas reacciones que consideran no asertivas ante momentos de conflicto o crisis como *la ira, falta de empatía y la falta de escucha*

Así se reconoce que algunos de los factores considerados previamente coinciden con los presentados por el grupo 2 quienes identifican el *aislamiento familiar* como principal problemática en el entorno familiar, así concuerdan con el grupo 1 en identificar factores relacionados principalmente con actitudes tomadas por los pacientes en el afrontamiento de situaciones conflictivas o de crisis así reconocen *la ira, apatía, el egoísmo* que se relaciona con la empatía considerada por el grupo 1, además reconocen el *consumo de sustancias psicoactivas* como factor inherente al *aislamiento familiar* además de la *tecnología* como factor que genera barreras entre los miembros del núcleo familiar.

Seguidamente, y en relación con las *consecuencias* consideradas por los pacientes se encuentran coincidencias en ambos grupos relacionadas con manifestaciones individuales de la situación problema como *la introspección, la soledad, la afectación en ámbitos externos, la sensación de fracaso*, así como de *inconformidad individual* relacionada con el autoconcepto y la autoestima, identifican además repercusiones en su ámbito familiar las cuales se enmarcan principalmente en *el rechazo o distanciamiento familiar* el cual se puede encontrar directamente relacionado con *la desconfianza al interior del núcleo familiar*.

Finalmente, y de acuerdo con las consideraciones que realizan los pacientes sobre las *posibles soluciones* a las situaciones problema priorizadas reconocen algunos de los valores a fortalecer en el entorno familiar como *la empatía, confianza, el respeto, la unión familiar, solidaridad y el amor* además de que ambos grupos presentan coincidencia en identificar el *fortalecimiento de la comunicación asertiva al interior del hogar*.

➤ **Observación no participante** ⁷

El diario de campo se consolida como insumo de la observación no participante, en el que se reflejan las percepciones, vivencias y acciones realizadas con los pacientes en proceso de rehabilitación en las modalidades ofrecidas por la institución convirtiéndose en un elemento fundamental para orientar acciones del proyecto de intervención a ser propuesto para el acompañamiento grupal desde el área de trabajo social a los pacientes en proceso de rehabilitación. Además, se cuenta con el registro fotográfico y el registro de las asistencias en las historias clínicas de los pacientes, así como con algunos de los productos elaborados en los talleres psicoeducativos lo anterior como sustento de la información constatada en el diario de campo.

6.4.3 Grupo de familias

Inicialmente, y como se ha mencionado anteriormente, es de considerar que la Clínica San Juan de Dios de La Ceja propende por la atención integral a los pacientes en su proceso de rehabilitación por lo que el núcleo familiar es concebido como principal grupo en el acompañamiento a los pacientes debido a que posibilitan la integración o el mantenimiento de hábitos de vida saludables en el hogar permitiendo disminuir el riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas, por lo anterior, se consideró oportuno integrar a este grupo en el proceso diagnóstico permitiendo confrontar la información y las temáticas priorizadas por los pacientes en las técnicas utilizadas previamente, así se aclaró que se propendió por desarrollar tanto la matriz DOFAR como su posterior priorización por medio del árbol del problemas, no obstante, esta última no pudo ser ejecutada debido al tiempo en el desarrollo de los talleres psicoeducativos por lo cual aquí se presentará solamente la codificación de la matriz DOFAR.

➤ **Matriz DOFAR** ⁸

Para la ejecución de la matriz DOFAR se procedió a otorgar una breve explicación al grupo de pacientes participantes así como se entregaron pequeños papeles en los cuales

⁷ Anexo 2. Diario de campo

⁸ Anexo 1. Registro fotográfico. Matriz DOFAR, grupo de familias

debían consignar sus percepciones en torno a cada uno de los ítems a trabajar, este ejercicio se desarrolló de forma individual para luego ser dispuesto al frente en la letra correspondiente, así los participantes reflexionaban en cada uno de los aspectos en su entorno familiar y visualizando las percepciones que consideraban coincidían con las de sus compañeros, posibilitando un espacio reflexivo y de debate, por lo tanto, a continuación se presenta una tabla con el consolidado de las respuestas y percepciones de los participantes, se realiza la claridad de que se presenta cada una de las respuestas y en la casilla siguiente se presenta el número de veces que esta fue escrita por los participantes.

Tabla 13. Matriz DOFAR, grupo de familias

MATRIZ DOFAR EN EL ENTORNO FAMILIAR										
	D (debilidades)		O (oportunidades)		F (fortalezas)		A (amenazas)		R (retos)	
		N		N		N		N		N
GRUPO DE FAMILIAS	Comunicación familiar	7	Manualidades (hobbie paciente)	1	Comprensión familiar	2	Agresividad de los pacientes	1	Acompañamiento familiar	4
	Manejo del dinero en la familia	1	Unión familiar	4	Unión familiar	2	Amigos (factor de riesgo)	6	Motivación familiar	2
	Mentiras de paciente consumidor	1	Hijo/hija de los pacientes (motivación familiar)	2	Humildad	1	Depresión, paciente y su entorno familiar	2	Compartir espacios en familia	1
	Desconfianza familiar	1	Apoyo familiar	2	Receptividad del paciente	1	Contexto (factor de riesgo)	7	Protección de familiares (factor de riesgo)	1
	Establecimiento de normas y límites en la familia	1	Metas familiares e individuales	1	Amor	4	Negatividad de los pacientes	2	Disciplina de los pacientes	1
	Compartir espacios en familia	1	Cambio (proceso de rehabilitación)	1	Acompañamiento familiar	3	Soledad de los pacientes	2	fortalecer vínculos familiares	1
	Aislamiento familiar	1	Acompañamiento familiar	2	Apoyo familiar	2	Falta de voluntad de los pacientes	1	Comunicación asertiva	4
	Pobre acompañamiento familiar (supervisión)	1	Comunicación familiar	1	Fe	2	Curiosidad del paciente	1	Adecuado establecimiento de normas y límites	2
	Comprensión familiar	1	Autonomía de cada miembro del grupo familiar	1	Tolerancia	2	Familiares (factor de riesgo)	2	Unión familiar	1
			Estabilidad económica	1	Paciencia	2	Determinación del paciente	1	Determinación de los pacientes	1
			Estudio (proyección para los pacientes)	1	Afecto	1			Reconocimiento de problemas	1
					Resiliencia	2			Cumplimiento de metas, familiares e individuales	1
					Constancia	1			Responsabilidad de los pacientes	1
								Distanciamiento de amigos (factor de riesgo)	1	
								Preocupación familiar	1	
								Salir adelante	2	
								Estudio(proyección de los pacientes)	1	
								Cambio de hábitos, familiares e individuales	1	

Fuente: elaboración propia a partir de Matriz DOFAR elaborada por el grupo de familias de los pacientes

Ante lo anterior, se observa que en el campo de las *debilidades* hay tendencia en la consideración de las dificultades para *el establecimiento de una comunicación asertiva en el hogar*, además y en relación con el campo de las *oportunidades*, se visualiza primacía de considerar a la *unión familiar* como principal oportunidad seguida por *el acompañamiento y apoyo familiar*, así como en los casos que los pacientes son padres conciben a estos como una *oportunidad* pues incentiva el cambio.

Seguidamente, y en relación con el aspecto de las *fortalezas* se observa concordancia en considerar *el amor*, así como el *acompañamiento familiar* como principales fortalezas además reconocen algunos valores al interior de la familia como *la unión, la comprensión, la fe, la tolerancia y la paciencia* como aspectos que resaltan en el desarrollo de la matriz DOFAR debido a su número de repeticiones.

Finalmente, y en relación con las consideraciones sobre las *amenazas y retos* concebidos por el grupo de familias asistentes a los talleres psicoeducativos se observa que de acuerdo con el ámbito de las *amenazas* hay primacía en las consideraciones de los *factores de riesgo* principalmente relacionados con el contexto y los amigos y en torno a los *retos* identifican principalmente el fortalecimiento del *acompañamiento familiar*, así como la *comunicación asertiva* al interior del núcleo familiar.

➤ **Observación no participante⁹**

El diario de campo se consolida como insumo de la observación no participante, en el que se reflejan las percepciones, vivencias y acciones realizadas con los pacientes en proceso de rehabilitación en las modalidades ofrecidas por la institución convirtiéndose en un elemento fundamental para orientar acciones del proyecto de intervención a ser propuesto para el acompañamiento grupal desde el área de trabajo social a los pacientes en proceso de rehabilitación. Además, se cuenta con el registro fotográfico y el registro de las asistencias en las historias clínicas de los pacientes, así como con algunos de los productos elaborados en los talleres psicoeducativos lo anterior como sustento de la información constatada en el diario de campo.

6.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el presente apartado se analizarán de forma general el desarrollo de las matrices DOFAR y la priorización por medio de árboles de problemas elaborados por los tres grupos objeto de este proceso diagnóstico, esto debido a que en los párrafos anteriores se realiza una descripción general de los hallazgos en cada uno de los grupos por lo que este análisis propenderá por determinar las temáticas generales que orientarán la profundización en los

⁹ Anexo 2. Diario de campo

talleres psicoeducativos a ser dispuestos posteriormente en el banco de talleres producto de este diagnóstico, así se procede a presentar las principales coincidencias o puntos de encuentro en la aplicación de las técnicas aplicadas en los 3 grupos las cuales además serán soportadas teóricamente así:

A partir del desarrollo de las matrices DOFAR y árboles de problemas se prioriza a la *comunicación no asertiva en la familia* y al afianzamiento de la *confianza familiar* lo anterior en relación con el lugar de prevalencia que adquieren estos dos aspectos en el desarrollo del proceso diagnóstico además como factores que fueron confirmados en la cotidianidad del desarrollo de las prácticas, en primer lugar debido a que no se tenían concebidos en el desarrollo de los talleres de acompañamiento grupal, principalmente la *confianza familiar* como aspecto poco abordado porque el ámbito de la *comunicación* si se abordaba no obstante y debido a la prevalencia se considera oportuno su profundización. A continuación, se presenta el consolidado de las matrices DOFAR y árboles de problemas realizados por los 3 grupos así:

Tabla 14. Consolidado matrices DOFAR **Tabla 15. Consolidado árboles de problemas y soluciones**

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN			
MATRICES DOFAR	HOSPITAL DÍA	SAN JUAN GRANDE	GRUPO DE FAMILIAS
D (Debilidades)	Comunicación no asertiva (7)	Comunicación no asertiva (8)	Comunicación no asertiva (7)
	Desconfianza familiar (4)	Desconfianza familiar (5)	
O (Oportunidades)	Compartir espacios en familia (4)	Unión familiar (6)	Unión familiar (4)
	Apoyo familiar (4)	Trabajo (5)	Apoyo y acompañamiento familiar (2)
F (Fortalezas)	Apoyo familiar (5)	Familia emprendedora (8)	Amor en la familia (4)
	Compartir espacios en familia (5)	Honestidad (5)	Acompañamiento familiar (3)
	Afecto en la familia (4)	Oración (4)	
A (Amenazas)	Consumo de sustancias psicoactivas (4)	Consumo de sustancias psicoactivas (6)	Factores de riesgo contextuales (6)
	Paciente consumidor (4)	Factores de riesgo contextuales (3)	
R (Retos)	Confianza familiar (3)	Hábitos de vida saludables (5)	Comunicación asertiva (4)
	Comunicación asertiva (2)	Proyecto de vida individual (4)	Acompañamiento familiar (4)
Eliminar factores de riesgo (4)			

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN		
ÁRBOLES DE PROBLEMAS Y SOLUCIONES	HOSPITAL DÍA	SAN JUAN GRANDE
PROBLEMA	Comunicación no asertiva	Comunicación no asertiva /Aislamiento familiar
CAUSAS	Dificultades para el manejo de emociones (intolerancia)	Dificultades para el manejo de emociones (apatía, ira, egoísmo)
	Dificultades para el cumplimiento de normas y límites (rebeldía)	Consumo de sustancias psicoactivas
	Desconfianza familiar	Desconfianza familiar
	Factores de riesgo (contextuales, individuales y familiares)	Factores de riesgo (contextuales, individuales y familiares)
		Carencia de escucha activa y empatía
CONSECUENCIAS	Aislamiento del paciente socio-familiar	Aislamiento del paciente socio-familiar
	Desconfianza familiar	Desconfianza familiar
	Incremento en el consumo de sustancias psicoactivas	Conflictos familiares (gritos, discusiones,
	variabilidad en el estado de ánimo (soledad, depresión, baja autoestima)	variabilidad en el estado de ánimo (temor, tristeza, angustia, soledad, fracaso, inconformidad, depresión)
POSIBLES SOLUCIONES	Compromiso individual, motivación al cambio (cambio de actitud, compromiso individual, manejo de ansiedad, voluntad, aceptación, abstinencia, fe)	Compromiso individual, motivación al cambio (proyección)
	Establecimiento o fortalecimiento de espacios para compartir en familia (compartir, acompañamiento familiar, factores protectores)	Establecimiento o fortalecimiento de espacios para compartir en familia (recreación en familia)
	Fortalecimiento de la confianza familiar	Fortalecimiento de la confianza familiar
	Estrategias de comunicación asertiva	Estrategias de comunicación asertiva (escucha, diálogo, empatía, respeto)

Fuente: elaboración propia a partir de Matrices DOFAR y árboles de problemas elaborados por pacientes del programa Hospital día, pabellón San Juan Grande y el grupo de familias de los pacientes.

6.5.1 Comunicación asertiva

Inicialmente se considera como punto a resaltar en la aplicación de las matrices DOFAR y los árboles de problemas en los tres grupos objeto del proceso diagnóstico, la constante consideración de la *comunicación no asertiva* como elemento identificado con prevalencia en los grupos tanto como debilidad, problema o como posterior reto para el núcleo familiar lo anterior puede relacionarse con que existen una serie de estudios, (Brook, Whiteman y Gordon, 1985; Gorsuch y Butler, 1976, citados por Eva Peñafiel (2009)) que afirman como en las familias en las cuales hay un familiar con un trastorno mental derivado del consumo de sustancias psicoactivas hay frecuencia en las dificultades manifestadas principalmente en la comunicación no asertiva lo cual incentiva los estresores internos concebidos por la familia consolidándose como uno de los factores de riesgo que puede incidir o perpetuar el el consumo de sustancias psicoactivas.

Así la percepción negativa dirigida a las “las relaciones familiares, incluyendo aspectos como la ausencia de lazos familiares, la negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, la escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos y las interacciones mal adaptativas entre padres e hijos, aparecen como variables constantes en un gran número de consumidores” (Peñafiel Pedrosa, E. 2009. p. 157). En ese orden de ideas, el consumo de sustancias psicoactivas como indicativo de situaciones problemáticas en el entorno familiar se manifiesta como mecanismo de evasión antes un entorno familiar tenso o concebido como hostil por lo tanto la necesidad de profundizar en el establecimiento de estrategias que contribuyan a la comunicación asertiva como elemento que potencie la armonía al interior del hogar.

En ese orden de ideas se resaltan los planteamientos de Francisca López, Raquel León, Juan Godoy, José Antonio Muela y Francisco Araque, (2003) quienes afirman y citan diferentes estudios (Cohen, Richardson y La Bree (1994), Osterman (1997) Osterman y Grubic (2000)) en los cuales se logra visualizar la relación directa que tiene la comunicación no asertiva al interior de la familia como uno de los factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas resaltan que en los casos en los que la comunicación en la familia no era constante o frecuente se manifestaban más altas tasas de consumo de

sustancias, aspecto que además presentaba como frecuentes los conflictos familiares situaciones que ampliaban la brecha marcada en el establecimiento de una comunicación asertiva. Lo anterior en relación con que la marcada fluctuación en los estados de ánimo negativos en el entorno familiar son facilitadores del consumo de sustancias o de las recaídas, perpetuando el consumo como estrategia de afrontamiento ante los estresores evidenciados en el entorno familiar. (López. F, León. R, Godoy. J, Muela. J.A, & Araque. F. 2003)

Por ende, se considera aquí que la importante contribución que puede hacer *comunicación asertiva* en el funcionamiento y mantenimiento del sistema familiar, así como en la disminución de factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas, pues el acto de comunicarse reconoce la existencia de la otredad como factor clave para construir relaciones, en este caso las relaciones familiares y el potenciamiento de sus vínculos (Garcés, M; & Palacio, J. 2010).

En consecuencia, se retoman los aportes de Francisco Uña (2000) citado por Julia María Crespo Comesaña (2011) quien reconoce la importancia de diferenciar entre el proceso de informar y la comunicación dialógica como tal, así el primero se relaciona con el estado base y unidireccional de la comunicación, el cual es generado de forma vertical con el receptor, en contraposición el proceso dialógico, el cual se reconoce como horizonte por medio del cual se propenderá orientar el proceso de intervención, se reconoce como un proceso comunicativo horizontal, en el cual no se genera una jerarquía comunicativa más bien corresponde al conocimiento mutuo pues las partes tienen acceso igualitario a la información la cual no solo es informada y recibida sino que se tiene en cuenta la diversidad de posturas y opiniones, así en el entorno familiar hace posible las interrelaciones fundamentadas en la empatía, la escucha y el respeto contribuyendo a la armonía familiar en los procesos de convivencia así como a la adquisición y fortalecimiento de competencias sociales. (Crespo, J. 2011)

6.5.2 Confianza familiar

Se reconoce la identificación de las dificultades para el afianzamiento de la *confianza al interior del núcleo familiar* lo anterior en directa relación con el consumo de

sustancias psicoactivas por lo que se considera a *la confianza* como temática a ser abordada y profundizada con los pacientes en el desarrollo de los talleres psicoeducativos.

Así se considera inicialmente que la confianza no ha sido un aspecto ampliamente estudiado debido a la variabilidad que acoge su identificación y conceptualización teórica por lo que de acuerdo con los planteamiento de Rodrigo Yáñez (2006) se reconoce que la confianza hace parte de un estado psicológico de expectativa sobre los comportamientos de los demás no es en sí misma un comportamiento pero si está relacionada con la generalización de diversas experiencias que las personas perciben como similares, se afirma además que la confianza y desconfianza son términos que varían constantemente y ambos son requeridos en cierto grado pues el exceso de uno o de otro puede presentar ciertos riesgos sociales por lo que una confianza óptima debe presentar un cierto equilibrio de ambas posturas disminuyendo la posible rigidez que genera la desconfianza y disminuyendo la permisividad que ocasionaría un exceso de confianza. (Yáñez, R. 2006)

Específicamente en el entorno familiar con un miembro consumidor de sustancias psicoactivas, como variable que ocasiona en gran medida *la desconfianza familiar*, se evidencia la polaridad entre la confianza y desconfianza pues en primera instancia la excesiva confianza familiar puede ser uno de los factores detonantes del consumo pues inhabilita el adecuado establecimiento de normas y límites que guíen el actuar de los sujetos, en contraposición la desconfianza genera comportamientos rígidos en los cuales el establecimiento de normas y límites puede ser excesivo así como se puede generar inestabilidad en los vínculos afectivos debido a su ausencia o poca presencia, provocando comportamientos como la sobreprotección la cual fomenta la dependencia excesiva. Ambos factores, confianza y desconfianza excesiva, pueden provocar la falta de confianza individual lo cual repercute en el establecimiento y direccionamiento de proyectos de vida que perpetúen hábitos de vida saludables a partir del establecimiento de objetivos claros (Fernández, J & Secades, R. 2002)

Por lo tanto, la interacción de estas dos dimensiones es lo que genera la condición protectora o de riesgo frente al consumo de sustancias, así se considera oportuno “Mantener un equilibrio entre autoridad y afecto, es decir, utilizar la firmeza cercana como estrategia

educativa, dará como resultado aparecer ante los hijos como ese adulto de confianza que tanto necesitan” (Terán, 2004. Citado por Fernández, J & Secades, R. 2002).

Finalmente, y a partir del consolidado presentado en las tablas 14 y 15 además de concebir la prevalencia de las dificultades plasmadas se observa especial consideración de los grupos a partir de las concepciones sobre los *valores familiares* especificados en actividades a ser incorporadas en el entorno familiar que pueden considerarse como fortalezas o posibles retos que permitan la disminución de los factores de riesgo los cuales pueden incidir o exacerbar el consumo de sustancias psicoactivas, factores como el *apoyo*, *acompañamiento*, *amor*, *honestidad* y *unión familiar* estos si bien no se priorizan se considera oportuno el reconocimiento de estos en cada uno de los grupos pues posibilita potenciar el desarrollo de los talleres a partir del afianzamiento de estas fortalezas, oportunidades o retos plasmados. como aspectos a profundizar por medio de técnicas interactivas en el desarrollo del acompañamiento grupal desde el área de trabajo social pues se concibe que a partir del fortalecimiento de estrategias de *comunicación asertiva* se potencian los *valores familiares* conceptualizados como el compartir espacios en familia así como el acompañamiento familiar a los pacientes, además de que profundizar en la *confianza* no solo en el ámbito familiar sino también individual posibilita el desarrollo de ejercicios que contribuyan a la motivación al cambio para el establecimiento y mantenimiento de sus hábitos de vida saludables.

7. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Inicialmente, y a partir de la ejecución y análisis del proceso diagnóstico en el cual se priorizó a la *comunicación asertiva* y la *confianza familiar* como temáticas centrales para profundizar el desarrollo de los talleres psicoeducativos desde el área de trabajo social con el propósito de potenciar estos aspectos recurrentes en la identificación tanto de los pacientes como de su núcleo familiar, por lo que se presentará el siguiente proyecto de intervención a través de una matriz de marco lógico identificando así los puntos centrales para el desarrollo del mismo. Además es de considerar que el presente proyecto se manifiesta como un aporte para el fortalecimiento de los aspectos priorizados por lo que no es proceso que contribuirá en su totalidad a cambiar los hábitos o las situaciones

problemáticas percibidas en el entorno familiar a partir del consumo de sustancias psicoactivas pero si aportará tanto a la identificación y evaluación de estos aspectos en el entorno familiar como a la generación de dinámicas interactivas así como de recomendaciones generales a implementar en el entorno familiar los cuales además serán dispuestos en un banco de talleres lo cual permita ser insumo para la institución permitiendo potenciar el acompañamiento grupal que se realiza desde el área de trabajo social.

7.1 OBJETIVOS

7.1.1 OBJETIVO GENERAL

Aportar a las estrategias de intervención grupales ejecutadas por el área de trabajo social en los programas de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas ofrecidos por la Clínica San Juan de Dios de La Ceja

7.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ejecutar talleres psicoeducativos para los pacientes de los programas de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas ofrecidos por la Clínica San Juan de Dios de La Ceja y sus familias, de acuerdo con temas generales para abordar en el entorno familiar y profundizando en las temáticas priorizadas por los participantes en el proceso diagnóstico.
- Estandarizar talleres psicoeducativos del área de trabajo social por medio de un banco de talleres¹⁰ en el cual se puntualice en las temáticas abordadas y priorizadas.

Ante lo anterior se presenta a continuación la matriz de marco lógico elaborada para el desarrollo del proyecto de intervención haciendo posible la interrelación entre los objetivos propuestos con el planteamiento de las actividades específicas a desarrollar para el cumplimiento de los mismos así:

¹⁰ Anexo 3. Banco de talleres

Tabla 15. Matriz de marco lógico

MATRIZ DE MARCO LÓGICO				
	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FINALIDAD	Fortalecimiento de los talleres psicoeducativos del área de trabajo social contribuyendo a la atención integral a los pacientes en proceso de rehabilitación en las modalidades ofrecidas por la Clínica San Juan de Dios de La Ceja	Aportes realizados al fortalecimiento de los talleres psicoeducativos	Informe de prácticas profesionales en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja	El acompañamiento grupal desde el área de trabajo social a los pacientes en proceso de rehabilitación será potenciado.
PROPÓSITO	Ejecución talleres psicoeducativos para los pacientes y sus familias, de acuerdo con temas generales para abordar en el entorno familiar y profundizando en las temáticas priorizadas por los participantes en el proceso diagnóstico	Talleres psicoeducativos programados talleres psicoeducativos ejecutados	Informe en historia clínica de los pacientes sobre el desarrollo de los talleres, fotografías, elaboración de formatos para cada sesión particular	La ejecución de los talleres psicoeducativos desde trabajo social se encontrará acorde con las necesidades y particularidades de los pacientes y sus familias
RESULTADOS	Estandarización de talleres psicoeducativos del área de trabajo social por medio de un banco de talleres en el cual se puntialice en las temáticas abordadas y priorizadas	Talleres psicoeducativos ejecutados talleres psicoeducativos estandarizados en banco de talleres	Banco de talleres	El acompañamiento grupal desde el área de trabajo social se encontrará organizado, será ágil y dinámico.
ACTIVIDADES	Convocatoria a las familias de los pacientes en proceso de rehabilitación en las modalidades ofrecidas por la institución.	Familias convocadas familias asistentes	Fotografías, listados de asistencia, notas en historia clínica de los pacientes sobre convocatoria a su núcleo familiar	Se fortalecerá el acompañamiento familiar en las modalidades de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas
	Diseño de formatos y establecimiento de dinámicas a trabajar en los talleres	Talleres planeados talleres ejecutados	Formatos elaborados y consolidación de dinámicas en banco de talleres	El acompañamiento grupal desde el área de trabajo social será organizado, ágil y dinámico.
	Evaluación de los talleres psicoeducativos	Talleres ejecutados talleres evaluados	Formato de evaluación de talleres psicoeducativos y formato excel con el consolidado de las evaluaciones	El acompañamiento grupal desde el área de trabajo social será retroalimentado y permitirá la reconstrucción constante en el desarrollo de los talleres psicoeducativos

Fuente: elaboración propia a partir de ejecución de proceso diagnóstico

7.2 Ejecución de talleres psicoeducativos

Inicialmente, es de considerar que se propendió por el desarrollo de un proceso que atendiera a las temáticas priorizadas por los grupos participantes del proceso diagnóstico realizado previamente, por lo que para el desarrollo del proyecto de intervención en primera instancia se realizó la planeación de los talleres psicoeducativos a ejecutar con los grupos a partir de una revisión documental de posibles estrategias interactivas a implementar para trabajar ambos aspectos las cuales se especifican en el banco de talleres, realizando así cuatro talleres con los grupos de pacientes en los cuales se profundizó en *la comunicación*

asertiva como elemento esencial para la disminución de los factores de riesgo que puedan incidir en la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas por lo que se realizaron actividades interactivas y reflexivas que permitiesen identificar elementos a potenciar en el entorno familiar para el establecimiento de estrategias de comunicación asertiva tanto en la familia como al interior del grupo en el cual se encuentran desarrollando su proceso de rehabilitación lo cual contribuya a la armonía en ambos grupos.

Posteriormente, se desarrollaron dos talleres psicoeducativos en los cuales se puntualizó el ámbito de *la confianza familiar* el cual se pudo interrelacionar con la comunicación asertiva como aspecto que potencia el primero, así y de igual forma que en el aspecto anterior se ejecutaron técnicas interactivas y reflexivas tanto al interior del grupo como por medio de ejercicios comunicativos con el núcleo familiar entendiendo a este como elemento central para el fortalecimiento del mismo.

Para el proceso de estandarización se procedió a digitalizar las temáticas abordadas con los grupos de pacientes y de familias a lo largo del proceso de prácticas y se confiere especial atención a las temáticas priorizadas y ejecutadas como talleres psicoeducativos en el banco de talleres el cual servirá como insumo para el desarrollo del acompañamiento que ejecuta trabajo social en la Unidad de Salud Mental, este como un marco general de atención el cual es una guía que permite la agilidad y organización de los procesos pero que atiende a la flexibilidad en su desarrollo

7.3 Evaluación de los talleres psicoeducativos

El desarrollo de los formatos tipo cuestionario para la evaluación de los talleres psicoeducativos ejecutados desde el área de trabajo social de acuerdo con las temáticas priorizadas, *comunicación asertiva en la familia y confianza familiar*, se implementa con los grupos de pacientes del proceso diagnóstico, San Juan Grande como modalidad de internación y Hospital día como programa ambulatorio, ambos como programas para el tratamiento y rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas, se realiza la claridad de que este proceso evaluativo no fue posible ejecutarlo con los grupos de familias debido a que por dinámicas institucionales no se programaron algunas fechas para la asistencia y desarrollo de los grupos de apoyo.

Así el proceso evaluativo constó de 7 preguntas cerradas indagando por el desarrollo de los talleres psicoeducativos y el aporte que estos tienen tanto en su proceso individual como al interior de su núcleo familiar, así a continuación se presentan las tablas con el consolidado de los procesos evaluativos, inicialmente con el grupo de Hospital Día así:

Tabla 16. Evaluación de talleres psicoeducativos. Hospital Día

EVALUACIÓN TALLERES PSICOEDUCATIVOS (HOSPITAL DÍA)															
EDAD	PREGUNTAS														
	¿Los temas abordados en los talleres han sido claros?		¿Los temas abordados en los talleres han sido pertinentes?		¿He comprendido las temáticas abordadas y el objetivo de las mismas?		¿Los talleres han contenido técnicas interactivas que capten mi atención y permitan la apropiación de los temas abordados?		¿Considero que el acompañamiento grupal desde trabajo social aporta a mi proceso individual?		¿Considero que el acompañamiento grupal desde trabajo social aporta elementos para el fortalecimiento de mi entorno familiar?		De forma general como calificaría los talleres en los cuales he participado		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Me han aportado	Medianamente me aportan	No me aportan
53	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
19	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
45	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
32	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
19	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
17	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
45	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
39	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0
TOTAL	8	0	8	0	8	0	8	0	8	0	7	1	7	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de: evaluación de talleres psicoeducativos. Hospital Día

A partir de la tabla 17 se logra visualizar el balance positivo que otorgan los participantes del proceso al desarrollo de los talleres psicoeducativos por trabajo social a partir de las temáticas priorizadas. Así se evidencia que en su totalidad consideran que los temas abordados han sido claros así como pertinentes lo cual permite la comprensión de los mismos, además de que el desarrollo de los talleres propendió por incluir técnicas interactivas que posibilitasen el dinamismo de los talleres lo cual es identificado por los pacientes quienes en su totalidad lo corroboran y además reconocen en su totalidad como este acompañamiento grupal logra aportar elementos para su proceso individual de rehabilitación.

Los elementos que no se evidencia el consenso se relacionan con la identificación de uno de los participantes en torno a que este proceso no aporta elementos para el

fortalecimiento de su entorno familiar lo cual se considera como el único de la totalidad del grupo por lo cual se reconoce el balance positivo del reconocimiento de los elementos que aportan al entorno familiar de los pacientes y se informará la particularidad del caso para que pueda ser evaluado desde su singularidad.

Tabla 17. Evaluación de talleres psicoeducativos. San Juan Grande

EVALUACIÓN TALLERES PSICOEDUCATIVOS (SAN JUAN GRANDE)															
EDAD	PREGUNTAS														
	¿Los temas abordados en los talleres han sido claros?		¿Los temas abordados en los talleres han sido pertinentes?		¿He comprendido las temáticas abordadas y el objetivo de las mismas?		¿Los talleres han contenido técnicas interactivas que capten mi atención y permitan la apropiación de los temas abordados?		¿Considero que el acompañamiento grupal desde trabajo social aporta a mi proceso individual?		¿Considero que el acompañamiento grupal desde trabajo social aporta elementos para el fortalecimiento de mi entorno familiar?		De forma general como calificaría los talleres en los cuales he participado		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Me han aportado	Medianamente me aportan	No me aportan
30	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
45	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
17	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
60	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
23	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
18	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
73	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
14	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0
29	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
22	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
26	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
20	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
20	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
TOTAL	14	0	14	0	14	0	13	1	14	0	13	1	12	2	0

Fuente: elaboración propia a partir de: evaluación de talleres psicoeducativos. San Juan Grande

Ahora bien, en relación con el grupo de pacientes de San Juan Grande se visualiza acuerdo general de los pacientes en considerar que los temas abordados han sido tanto claros como pertinentes contribuyendo así a la comprensión de los mismos, además reconocen como el desarrollo de los talleres han aportado elementos para su proceso individual.

En general se evidencia acuerdo en torno a las preguntas sin embargo es de considerar las diferencias evidenciadas las cuales posibilitarán especial atención a los casos particulares uno de ellos relaciona con el no considerar el desarrollo de técnicas interactivas además de que 2 de los participantes consideran que medianamente les aportan los talleres desarrollados, por lo que como se conciben minoría de la totalidad de encuestados como en el caso anterior se recomienda evaluar cada uno.

A partir de lo anterior se afirma que se visualiza un balance positivo en el desarrollo de los talleres psicoeducativos desarrollados a partir de las temáticas priorizadas lo cual posibilita consolidar la importancia del acompañamiento desde trabajo social para ser enlace entre los pacientes y sus redes de apoyo familiares además del reconocimiento de las dos temáticas priorizadas como elementos esenciales a trabajar tanto con los pacientes como en un proceso articulado con sus familias, en concordancia se considera que si bien las temáticas priorizadas responden a las particularidades de los grupos diagnosticados se considera esencial realizar procesos diagnósticos con cada uno de los grupos de pacientes que roten por los procesos de rehabilitación lo cual permita un acompañamiento grupal desde trabajo social contextualizado además que le de voz a los participantes para el desarrollo de temáticas reconocidas grupalmente y para la identificación de factores individuales que puedan ser priorizados con cada uno de los pacientes y su núcleo familiar.

Finalmente, se reconoce la importancia de evaluar los procesos que se desarrollan posibilitando así la construcción y reconstrucción permanente de los procesos de intervención que con los pacientes tanto desde el acompañamiento grupal como individual permitiendo así evidenciar recomendaciones o modificaciones pertinentes a ejecutar contribuyendo además a la flexibilidad de los procesos.

8. INFORME DE GESTIÓN

El presente informe de gestión dispone los resultados obtenidos en el desarrollo de las prácticas profesionales realizadas en la Unidad de Salud Mental de la Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja, lo anterior de acuerdo con el plan de acción propuesto y ejecutado en la institución de acuerdo con los objetivos planteados desde el área de trabajo social, por lo que se presentan los resultados obtenidos por cada objetivo específico planteado así:

8.1 Acompañamiento en la intervención de los pacientes y su red de apoyo familiar

Para el desarrollo de las prácticas profesionales se realizó el acompañamiento a los pacientes interconsultados en la Unidad de Salud Mental, los cuales son remitidos al área

de trabajo social por otras especialidades que consideran necesario el acompañamiento, con el propósito de generar y promover acciones de acuerdo con el fortalecimiento del acompañamiento familiar tanto en la hospitalización como permitir el desarrollo de acciones que propendiesen por el acompañamiento posterior al alta, considerando así a la familia como núcleo central que contribuye a la estabilización y mejoría de los pacientes, así el área de trabajo social se consolida como eje articulador entre la institucionalidad, siendo en este caso la clínica, y el núcleo familiar de los pacientes.

Así para el logro de este objetivo se contó con el acompañamiento de la asesora institucional como trabajadora social de la Unidad de Salud Mental quien orientó las acciones a desarrollar para el acompañamiento a los pacientes y su red de apoyo familiar, debido a que se considera como factor fundamental al atención oportuna a cada uno de los casos particulares interconsultados se desarrolló revisión diaria del sistema Hosvital el cual registra la información personal de los pacientes consignada en su historia clínica, siendo además el medio de interconexión entre las demás áreas de atención y trabajo social lo cual permitiese una atención oportuna, así ante el indicador y la meta planteada se puede considerar que se logró en su totalidad la atención de los pacientes además de que fue de forma oportuna pues cada uno de los casos tiene un tiempo máximo de atención de 48 horas lo cual permite la premura en el desarrollo de estas acciones.

Tabla 18. Informe de gestión 1

INFORME DE GESTIÓN	
Objetivo	Meta
Acompañamiento en la intervención de los pacientes y su red de apoyo familiar	Lograr la atención y gestión oportuna a los pacientes interconsultados en relación con su red de apoyo familiar
Indicador	Resultado
Número de interconsultas atendidas / número de pacientes interconsultados	Atención oportuna a los pacientes con un tiempo máximo de 48 horas. (100%)

Fuente: elaboración propia

A partir de este objetivo es de considerar que no se cuenta con el soporte cuantitativo de las interconsultas atendidas y el número de pacientes interconsultados lo cual responde a la necesidad del desarrollo de un mecanismo de registro de este tipo de acompañamientos que desarrolla el área, además que se relaciona con la inmediatez que requieren algunos de estos procesos debido a la duración de sus hospitalizaciones o a los factores de riesgo que se evidencien en cada caso lo cual incrementa la inmediatez en la atención.

No obstante, y a pesar de que cuantitativamente no se logra la verificación del indicador propuesto se considera que los elementos que permiten la confirmación de este proceso se relacionan con la atención oportuna a todos los pacientes interconsultados con un tiempo máximo de 48 horas lo cual promueve la atención oportuna, además de que en cada uno de los pacientes se registra en su historia clínica el tipo de acompañamiento dirigido desde el área y finalmente se constata que no existe algún reporte o queja por parte del equipo interdisciplinario o de los pacientes de acuerdo con la oportuna atención desde el área de trabajo social, por lo cual se logra confirmar el cumplimiento en un 100% del objetivo planteado y se propenderá por generar una recomendación institucional que promueva la disposición de esta base de datos de registro de las atenciones prestadas por el área de trabajo social.

8.2 Planeación y/o ejecución de talleres psicoeducativos para los pacientes en proceso de rehabilitación y su núcleo familiar

Como se observa en la *tabla 19* se cumplió en su totalidad con la planeación y ejecución de los talleres psicoeducativos, tanto para los pacientes como para los grupos de familias asistentes a los espacios programados, sin embargo es de considerar que las fechas que se tenían talleres estipulados y no pudieron ser desarrollados atiende principalmente a las dinámicas propias de la institución en las cuales programaciones previas se podían cruzar con las fechas y horarios establecidos para el desarrollo de los mismos.

Tabla 19. Informe de gestión 2

TALLERES PSICOEDUCATIVOS		
Grupo	Talleres planeados	Talleres ejecutados
Hospital Día	32	26
San Juan Grande	28	22
Grupo de familias	3	3
TOTAL	63	51

Fuente: elaboración propia

Así se observa que de los 63 talleres planeados se ejecutaron 51 de ellos lo cual corresponde al 81% del indicador propuesto como se presenta en la *tabla 20*, así y a pesar de que no se cumplió en un 100% se reconoce que el 81% logrado se identifica como un porcentaje positivo en el cumplimiento de este objetivo permitiendo la constancia en el acompañamiento grupal que desarrolla el área de trabajo social con los grupos de pacientes en proceso de rehabilitación y sus familias.

Tabla 20. Informe de gestión 2

INFORME DE GESTIÓN	
Objetivo	Meta
Planeación y/o ejecución de talleres psicoeducativos para los pacientes en proceso de rehabilitación y su núcleo familiar	Ejecutar en un 100% los talleres psicoeducativos programados para los pacientes en proceso de rehabilitación y su núcleo familiar
Indicador	Resultado
Número de talleres ejecutados / número de talleres planeados	$51 * 100 / 63 = 81\%$

Fuente: elaboración propia

Así y a partir del logro de este objetivo se considera la relevancia que se le otorga al acampamiento grupal que ejecuta trabajo social en la institución permitiendo aportar a la atención integral a los pacientes en proceso de rehabilitación, se considera entonces que este proceso hizo posible la interacción grupal con los pacientes permitiendo el desarrollo de técnicas interactivas y reflexivas en torno a las temáticas abordadas en cada uno de los encuentros las cuales fueron plasmadas en un banco de talleres producto de la intervención desarrollada a partir del proceso de prácticas profesionales en la institución.

8.3 Apoyo en trámites correspondientes al proceso de resocialización de la población inimputable interna en la institución

De acuerdo con este objetivo es de considerar que las fuentes de verificación se encuentran principalmente en el correo institucional de trabajo social el cual es el enlace principal con los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Antioquia además de que algunos de estos acompañamientos quedaron consignados en las historias clínicas de los pacientes principalmente los trámites relacionados con el establecimiento de permisos terapéuticos y citaciones en medicina legal.

Tabla 21. Informe de gestión 3

INFORME DE GESTIÓN	
Objetivo	Meta
Apoyo en trámites correspondientes al proceso de resocialización de la población inimputable interna en la institución	Lograr la atención y gestión oportuna de los requerimientos solicitados por los pacientes internos en calidad de inimputables o de las solicitudes y notificaciones expedidas por los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Antioquia
Indicador	Resultado
Número de trámites atendidos oportunamente / número de trámites requeridos por los pacientes	Atención y direccionamiento oportuno de los requerimientos solicitados (48 horas máximo).

Fuente: elaboración propia

En concordancia con el primer objetivo propuesto se observa que no se cuenta con una base de datos que permita tener el control sobre los trámites que se direccionan o los que se reciben a partir de los folios y comunicados enviados por los diferentes juzgados, situación que impide la cuantificación de los trámites acompañados desde el área, sin embargo se establece que este proceso de acompañamiento no sobrepasa el tiempo límite de 48 horas por lo cual permite consolidar la atención oportuna de estos procesos contribuyendo a la resocialización de los pacientes que se encuentran internos en calidad de inimputables así el área de trabajo social se consolida como puente de comunicación entre los pacientes y las entidades legales así como entre los pacientes y su núcleo familiar por lo que como aporte y producto del proceso de prácticas se actualizó y modificó una base de datos que consolida los datos de contacto de la red de apoyo familiar de los pacientes permitiendo la organización de los procesos.

8.4 Productos del proceso de prácticas profesionales

El presente apartado pretende dar cuenta de algunos de los productos realizados a partir del proceso de prácticas profesionales en la institución los cuales se consolidan como insumo para la Clínica San Juan de Dios, por lo tanto, se realiza una breve presentación de estos pues serán dispuestos como anexos así:

- **Banco de talleres¹¹**: el banco de talleres es el producto propio del desarrollo del proyecto de intervención ejecutado en la institución así se consolidan las temáticas generales abordadas en los talleres psicoeducativos ejecutados con los pacientes en proceso de rehabilitación así como a su grupo de familias, además de que como se especifica en el proyecto de intervención se otorga especial atención a los talleres ejecutados a partir de las temáticas priorizadas *comunicación asertiva y confianza familiar*.

- **Revista *Entrelazos, La voz de la Unidad de Salud Mental*¹²**: la revista se presenta como la edición número 4 de la revista denominada *la voz del PRI (Programa de*

¹¹ Anexo 3. Banco de talleres

¹² Anexo 4. *Entrelazos, la voz de la Unidad de Salud Mental*

Rehabilitación Integral) la cual fue desarrollada a partir de la iniciativa de practicantes del área de psicología las cuales promovieron el registro tipo revista de las reflexiones de los pacientes inimputables internos en la institución, así como de los trabajos terapéuticos que se desarrollan con estos permitiendo hacerlos visibles y protagonistas a partir de su voz. Así se retoma este proceso para el desarrollo de esta edición en la cual se integra el área de trabajo social, así en los meses de diciembre y enero se ejecutan diversos ejercicios que permitan la recopilación y reconocimiento de las capacidades artísticas y reflexivas de los pacientes tanto del *PRI (Programa de Rehabilitación Integral)*, como del pabellón de San Juan Grande y Hospital día ambas como modalidades para el tratamiento y rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas.

- **Base de datos familiar. Pacientes inimputables¹³:** para el desarrollo de este producto se observó inicialmente las dificultades presentes en la institución para el logro del contacto familiar de los pacientes por lo que se contaba con una base de datos que se encontraba desactualizada por lo que se actualizó y modificó permitiendo el consolidado de los datos.

9. LIMITACIONES

Es de considerar que para el desarrollo de las prácticas profesionales en la Clínica San Juan de Dios se evidenciaron algunos elementos que limitaron su ejecución, así inicialmente se considera que la inmediatez que requieren algunos de los procesos de acompañamiento a los pacientes y su red de apoyo familiar esto debido a la prolongación de sus hospitalizaciones las cuales en algunos casos no permiten la profundización de situaciones identificadas a intervenir en el entorno familiar además de que dificulta el seguimiento de los mismos factor que se relaciona con la cantidad de casos que interviene el área de trabajo social por día lo cual incentiva aún más la inmediatez en el desarrollo de las mismos.

¹³ Anexo 5. Base de datos familias PRI

Otro de los factores identificados como limitación se relaciona con las dificultades para el potenciamiento o en algunos casos, establecimiento de redes interinstitucionales que permitan el direccionamiento de los casos a ser tramitados por otras instituciones como comisarías de familia, secretarías de salud o instituciones de larga estancia para el tratamiento de afectaciones de salud mental por lo que esta situación incidía en la dilatación de los procesos que requieren atención oportuna en su mayoría al ser situaciones que exacerban los síntomas de los pacientes.

Finalmente, se considera como limitación la provisión institucional de elementos necesarios para la comunicación con las redes de apoyo tanto familiares como sociales de los pacientes, en este caso particular un celular institucional que permitiese esta comunicación, siendo entonces situación que incidió en el uso del celular personal para este tipo de procesos además de que se reconoce como carencia un espacio adecuado para el desarrollo de las intervenciones familiares por parte de la trabajadora social.

10. RECOMENDACIONES A PARTIR DEL DESARROLLO DE LAS PRÁCTICAS

Inicialmente, se recomienda el desarrollo de procesos diagnósticos grupales a los pacientes en proceso de rehabilitación y su red de apoyo familiar lo cual contribuya al direccionamiento de los talleres psicoeducativos permitiendo darle voz a los pacientes de acuerdo con la variabilidad que se puede evidenciar en cada uno y haciendo posible así un acompañamiento grupal que se encuentre contextualizado.

En concordancia, se reconoce la importancia de generar redes interinstitucionales que permitan potenciar la agilidad de los procesos de direccionamiento o remisión permitiendo la atención oportuna por parte de estas entidades lo cual contribuye a la disminución de los posibles factores de riesgo para los pacientes mientras se encuentran en proceso de espera.

En ese orden de ideas, se considera oportuno el fortalecimiento de las bases de datos a partir de las acciones desarrolladas por el área de trabajo social lo cual permita tener el consolidado de estas además de que se recomienda la estructuración de una base de registro

de los procesos de acompañamiento a la población inimputable lo cual permita visualizar los procesos de dirigidos a las entidades legales, los que se encuentran en espera así como los que son recibidos por las diferentes instancias.

Además, se reconoce la importancia de proveer al servicio elementos primordiales para el desarrollo de la comunicación con las redes de apoyo de los pacientes, esto con referencia a un celular que permita la protección de los datos personales de los profesionales además de que a largo plazo se considera oportuno el establecimiento de un lugar privado para el desarrollo de las intervenciones familiares el cual posibilite la atención adecuada a las familias en la intervención de sus particularidades y la expresión de emociones

11. REFLEXIONES FINALES

El proceso de prácticas profesionales desarrollado en la Clínica San Juan de Dios del municipio de La Ceja del Tambo proporciona amplios aprendizajes tanto personales como en el ejercicio profesional, dado a que es un campo de acción que posibilita la interacción con diversos grupos poblacionales en los cuales se identifican condiciones o situaciones socio-familiares que contribuyen al surgimiento o mantenimiento de afecciones en salud por lo cual el área de Trabajo Social se ha logrado posicionar en su accionar debido al reconocimiento de la red de apoyo familiar y social como elementos fundamentales que promueven la mejoría y estabilización de los pacientes.

Así se reconoce como punto a resaltar en el accionar profesional en la institución el trabajo interdisciplinario realizado por las diferentes especialidades lo cual contribuye a la atención integral a los pacientes, además de que se observa positivamente la disposición de cada uno de los profesionales para con el personal que desarrolla sus prácticas en la institución lo cual contribuyó en gran medida al aprendizaje de cada una de las áreas nutriendo así la labor profesional.

Finalmente, se logró identificar la importancia que adquiere el trabajo social en el área de la salud haciendo posible el fortalecimiento y potenciamiento de las redes de apoyo familiares y sociales de los pacientes, además de que permite sobrepasar la línea de la

instrumentalización de los procesos de atención pues se le otorga importancia al sujeto, a su sistema familiar y social no solo a las afecciones de salud que pueda estar presentando, lo anterior contribuyendo a la humanización de los procesos.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aja Eslava, L & Eslava Espinel, L. (2013) *Talleres de apoyo psicoeducativo para padres y madres* En Buscando Ánimo. Bogotá D.C. Colombia. Disponible en:
<https://educrea.cl/wp-content/uploads/2017/06/DOC2-buscando-animo.pdf>
- Alcaldía Municipal de La Ceja del Tambo, La Ceja para Vivir Mejor (2016 - 2019) *Plan de Desarrollo La Ceja para Vivir Mejor*. Recuperado el 31 de agosto de 2019, de:
<https://laceja-antioquia.gov.co/Documents/Plan%20de%20Desarrollo%20La%20Ceja%202016%20-%202019.pdf>
- Alcaldía Municipal de La Ceja del Tambo (SD) *Mi municipio*. Recuperado el 02 de septiembre de 2019, de: <https://www.laceja-antioquia.gov.co/Paginas/default.aspx>
- Bernal, O & Barbosa, S. (2015) *La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud*. Salud pública, Vol. 57, Cuernavaca, México. Recuperado el 02 de septiembre de 2019, de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000500015
- Calvo Botella, H. (2007) *Redes de apoyo para la integración social: la familia Salud y drogas*, vol. 7, núm. 1, pp. 45-56, Instituto de Investigación de Drogodependencias, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf>
- Camelo, A & Cifuentes, R.M (2006) *Aportes para la fundamentación de la intervención profesional en Trabajo Social*. Revista Tendencia & Retos N° 11, pp. 169-187. Disponible en: www.ts.ucr.ac.cr
- Clínica San Juan de Dios (SD). *Nosotros*. La Ceja del Tambo. Recuperado el 03 de septiembre de 2019, de:
<http://www.clinicasanjuandedios.com/index.php?accion=verArt&articulo=ART002&verMenu=true>

- Clínica San Juan de Dios (SD). *Organigrama institucional*. La Ceja del Tambo.
Recuperado el 03 de septiembre de 2019, de:
http://campusvirtual.ordenhospitalaria.com.co/moodle/e-learning/pluginfile.php/5516/mod_lesson/page_contents/120/Organigrama.jpg
- Código Penal Colombiano. (julio 24, 2000). *Artículo 33. Inimputabilidad*. P.9. Bogotá, D.C.
Recuperado el 28 de octubre de 2019, de:
https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Penal_Colombia.pdf
- Consejo Nacional de Trabajo Social (2017) *Código de ética de los Trabajadores Sociales en Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Crespo Comesaña, J, M. (2011) *Bases para construir una comunicación positiva en la familia*. Universidad de Santiago de Compostela Grupo Esculca. Revista de Investigación en Educación, nº 9 (2), pp. 91-98. Disponible en:
<http://webs.uvigo.es/reined/>
- Fernández Hermida, J & Secades Villa, R. (2002) *intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. En: Plan Nacional Sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el PNSD y el Colegio Oficial de Psicólogos. Disponible en:
http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/FHermida_Secades_2002_Intervencion_familiar.pdf
- Garcés Prettel, M; & Palacio Sañudo, J. (2010) *la comunicación familiar en asentamientos subnormales de montería (Colombia)*. Psicología desde el Caribe, núm. 25, enero-junio, pp. 1-29 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106002>
- Gutiérrez, G. (2002). El taller reflexivo. Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado el 28 de septiembre de 2019, de: <https://vdocuments.site/gutierrez-el-taller-reflexivo-r2.html>
- López Torrecillas, F; León Arroyo, R; Godoy García, J. F.; Muela Martínez, J. A & Araque Serrano, F. (2003) *Factores familiares que inciden en las drogodependencias* Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, vol. XIII,

núm. 1, enero-junio, pp. 203-230 Universidad Autónoma de Tamaulipas Ciudad Victoria, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65413107>

Ministerio de Salud y Protección Social (SD). *Normas sobre salud y educación.*

Recuperado el 28 de septiembre de 2019, de:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SaludDiscapacidad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (SD). *Normatividad internacional.* Recuperado el 03 de septiembre de 2019, de:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/NormatividadInternacional.aspx>

Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Provincia de Aragón - San Rafael (SD) *La orden en el mundo.* Recuperado el 19 de agosto de 2019, de: <https://www.ohsjd.es/orden-mundo>

Orden Hospitalaria San Juan de Dios (SD). *La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el mundo, asistimos cada año a 20 millones de personas enfermas o necesitadas.*

Recuperado el 19 de agosto de 2019, de: <https://www.ohsjd.org/Resource/IIFBFoct-07.pdf>

Peñañiel Pedrosa, E. (2009) *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes.* E.U. Cardenal Cisneros. Universidad de Alcalá. pp. 147-173.

Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Dialnet-](file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Dialnet-FactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577.pdf)

[FactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Dialnet-FactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577.pdf)

Pichot, P. (Coord.) (1995). *Definición de trastorno mental.* En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (p. 17). MASSON, S.A.Barcelona, España.

Recuperado el 29 de octubre de 2019, de:

<http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Quintero, A, M. (1997). *Trabajo Social y procesos familiares.* Editorial Lumen. Obtenido de: <https://es.scribd.com/document/272650130/Trabajo-Social-y-Procesos-Familiares>

Ramírez, M. Bohórquez, M. Duarte, F. Gonzáles, A. & Rodríguez, C. (28 de septiembre de 2012). *Trabajo Social en el área de la salud. Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 05 de septiembre de 2019, de:

https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Perfiles%20y%20competencias%20TrabajoSocial_Salud.pdf

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (SD) *Normatividad*.

Recuperado el 01 de septiembre de 2019, de:

<https://www.dssa.gov.co/index.php/component/k2/item/880-normatividad-pais>

Uparela Doria, B; David Urrego, L; Reza Matos, Y; Álzate Ramírez, M; Carmona Hoyos, Y & Zapata Vásquez, N. (SD) *Módulo familiar*. Disponible en:

<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Medell%C3%ADn%20solidaria/Secciones/Publicaciones/Documentos/2011/Cartilla%20Modulo%20Familiar.pdf>

Vélez, O. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. Recuperado el 30 de octubre de 2019, de:

https://www.academia.edu/28831943/Reconfigurando_el_trabajo_social_-_Olga_Luc%C3%ADa_V%C3%A9lez_Restrepo_1_

Visión consultores (2010) *ABC del diagnóstico rápido participativo*. Recuperado el 01 de noviembre de 2019, de:

https://www.academia.edu/26928675/ABC_DEL_DIAGNOSTICO_RAPIDO_PARTICIPATIVO

Yáñez Gallardo, R. (2006) *confianza y desconfianza: dos factores necesarios para el desarrollo de la confianza social*. Universidad De Concepción, Chile Luis Ahumada Figueroa Departamento De Psicología, Pontificia Universidad Católica De Valparaíso, Chile Félix Cova Solar. Bogotá (Colombia), 5 (1): 9-20, enero-abril. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n1/v5n1a02.pdf>

Zapata Vanegas, M. (2009) *La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas*. CES Psicología [en línea]. 2(2), 86-94[fecha de Consulta 14 de febrero de 2020]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413007>