



**Cuidando contigo, fomentando el bienestar social a través del cuidado:
Experiencia de práctica profesional de trabajo social en la secretaría de salud, red distrital
de salud mental de Turbo**

Diana Carolina Morales Blanco

Dora Stefany Ospina De la Rosa

Yaisa Terán Vergara

Informe de práctica presentado para optar al título de Trabajadoras Sociales

Asesora académica

Natalia Andrea Arroyave Botero, Profesional en Trabajo Social

Acompañante Institucional

Indira Golfo Granados Coordinadora de la Red de Salud Mental

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Trabajo Social
Apartadó, Antioquia, Colombia

2022

Cita	(Morales Blanco, et al., 2022)
Referencia	Morales Blanco, D., Ospina De la Rosa, D. & Terán Vergara, Y. (2022): <i>Cuidando contigo, fomentando el bienestar social a través del cuidado: Experiencia de práctica profesional de trabajo social en la secretaría de salud, Red Distrital de Salud Mental de Turbo</i> [Informe de práctica profesional]. Universidad de Antioquia, Apartadó, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano (a): Alba Nelly Gómez García.

Jefe departamento: María Edith Morales Mosquera.

El contenido expreso en este trabajo, se realizó con fines educativos para obtener el título de Trabajo Social, es producto del derecho de expresión del autor y no compromete en lo absoluto el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros.

Tabla de Contenido

Resumen.....	9
Abstrac	10
Introducción	11
1 Contextualización	12
1.1 Ámbito de la salud	12
1.2 Lo institucional	19
1.3 Dimensiones de análisis	20
1.3.1 Económico	20
1.3.2 Político.....	22
1.3.3 Ambiental	23
1.3.4 Socio-cultural	24
1.4 Referente teórico.....	26
1.5 Referentes conceptuales.....	28
1.6 Rol del Trabajo Social	31
2 Situación diagnóstica – objeto de intervención	34
2.1 Justificación	34
2.2 Objetivo general.....	37
2.3 Objetivos específicos	37
2.4 Memoria metodológica	37
2.5 Situación problema – identificación de la situación	39
2.6 Causas – consecuencias	43
2.7 Priorización.....	47
2.8 Pronóstico de la situación	48
2.9 Recursos	50

2.10	Mapa de actores	51
2.11	Estrategia de intervención.....	54
3	Trabajo de campo – proyecto de intervención	57
3.1	Identificación de la situación	57
3.2	Sujetos de la intervención	61
3.3	Justificación	62
3.4	Objetivo General.....	64
3.5	Objetivos Específicos.....	65
3.6	Conceptualización.....	65
3.7	Ruta metodológica	66
3.7.1	Línea estratégica 1	68
3.7.2	línea estratégica 2	69
3.8	Sistema de evaluación - matriz de acciones.....	70
3.9	Operatización del cronograma	73
3.10	Presupuesto	74
4	Componente de evaluación.....	77
4.1	Informe de práctica I.....	77
4.2	Informe técnico	82
4.2.1	Presentación.....	82
4.2.2	Reflexión	83
4.2.3	Objetivos específicos de la práctica	83
4.2.4	Logros e impacto	84
4.2.5	Profesional	85
4.2.6	Académico.....	86
4.2.7	Personal	86

4.2.8 Dificultades.....	87
4.2.8.1 Profesional/Académico:.....	87
4.2.8.2 Falta de diligencia para la consecución de la información:.....	89
4.3 Informe intermedio de proyecto de intervención.....	100
4.4 Informe final proyecto de intervención.....	106
4.4.1 Que no se cumplió.....	115
5 Otras memorias del proceso	119
5.1 Plan de práctica I.....	119
5.1.1 Presentación.....	119
5.1.2 Objetivos.....	121
5.1.2.1 Objetivo general.....	121
5.1.2.2 Objetivos específicos	121
5.1.3 Plan operativo	122
5.1.4 Cronograma.....	132
5.1.5 Metodología	134
6 Reflexiones del quehacer del trabajo social en el marco de la práctica profesional	135
Referencias.....	140
Anexos	145

Lista de tablas

Tabla 1 Evaluación y seguimiento	70
Tabla 2 Cronograma.....	73
Tabla 3 Presupuesto	74
Tabla 4 Matriz Dofa	79
Tabla 5 Ejecución de actividades.....	108
Tabla 6 Ejecución de actividades II	112
Tabla 7 Plan de acción	122
Tabla 8 Cronograma de actividades.....	132

Lista de figuras

Figura 1 Mapeo de actores.....	54
Figura 2 <i>Formato entrevista</i>	145
Figura 3 Formato entrevista 2.....	146
Figura 4 Formato cartografía corporal.....	147
Figura 5 Resultados análisis de información	148
Figura 6 Resultados análisis de información II	148
Figura 7 Evidencias fotográficas	149

Siglas, acrónimos y abreviaturas

DRP	Diagnóstico Rápido Participativo
EPS	Empresa Prestadora de Salud
ETESA	Empresa Territorial para la Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Institución Prestadora de Salud
MINSALUD	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDD	Plan de Desarrollo Departamental de Antioquia
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPNA	Población Pobre No Afiliada
RAE	Real Academia Española
SAM	Salud Mental
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de potenciales Beneficiarios de programas Sociales
SPA	Sustancias Psicoactivas

Resumen

Este informe da cuenta del proceso práctico, reflexivo, desarrollado en la Secretaría de Salud del Distrito de Turbo, en el programa Red Distrital de Salud Mental; la experiencia práctica de Trabajo Social, estuvo orientada a la promoción de la salud mental de los cuidadores, los pacientes psiquiátricos y su núcleo familiar, en aras de resignificar la labor del cuidado y el reconocimiento de las personas cuidadoras, de esta manera se resalta la implementación del proyecto de intervención “Cuidando Contigo, fomentando el bienestar a través del cuidado” abordando los logros alcanzados, las dificultades que se presentaron en el proceso respecto a las estrategias mejoradoras ejecutadas y finalmente las reflexiones que evidencian el impacto del mismo en los sujetos de intervención, en la institución de práctica, y las familias con pacientes psiquiátricos.

Palabras Claves: Trabajo Social, salud mental, cuidadores, pacientes psiquiátricos, labor del cuidado.

Abstrac

This document reports on the practical, reflective process developed in the Secretariat of Health of the District of Turbo, in the District Mental Health Network program; The practical experience of Social Work was oriented to the promotion of mental health of caregivers, psychiatric patients and their families, in order to redefine the work of care and recognition of caregivers, thus highlighting the implementation of the intervention project "Caring with you, fostering well-being through care", addressing the achievements reached, the difficulties that arose in the process with respect to the improvement strategies implemented and finally the reflections that show the impact of the project on the intervention subjects, the practice institution and the families with psychiatric patients.

Keywords: Social Work, mental health, caregivers, psychiatric patients, caregiving.

Introducción

El presente informe evoca entre líneas la experiencia práctica profesional de las practicantes de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, en el programa Red Distrital de Salud Mental perteneciente a la secretaria Distrital de Salud de Turbo; en este se evidencia el recorrido en el campo práctico, los aprendizajes obtenidos, los aciertos y desaciertos del ejercicio durante los tres semestres académicos en el periodo 2021-2022.

Del mismo modo da cuenta de la ejecución e impacto del proyecto de intervención “Cuidando Contigo, Fomentando el Bienestar a través del Cuidado”, orientado a la resignificación de las personas cuidadoras y su importancia dentro de la comunidad, su núcleo familiar y reconocimiento institucional dentro de la política pública de salud mental, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas; abordando los objetivos alcanzados, dificultades, estrategias mejoradoras, reflexiones y aprendizajes obtenidos en el proceso de intervención durante los semestres académicos y el desempeño en las acciones de acompañamiento, dinamización, promoción y educación propias del campo de prácticas.

1 Contextualización

1.1 Ámbito de la salud

La salud es comprendida por la Organización Mundial de la Salud [OMS] como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018), este concepto de salud es y ha sido un mandato universal, aplicado en las políticas sanitarias de muchos países a lo largo del tiempo; sin embargo, es importante reconocer y hacer énfasis en que el concepto de salud, en términos de análisis, son determinados por una condición histórica en la cual se cruzan factores políticos, económicos, sociales, ambientales y científicos, como apunta Briceño-León, (2000), “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p. 15), como lo citó Alcántara, Gustavo (2008). Por lo tanto, hablar de “bienestar” requiere de un análisis crítico que trasciende de lo económico y que, a la luz de las ciencias sociales en especial del trabajo social, puede mostrar falencias que pudiera llegar a tener la atención integral de las personas en términos de salud, dado que

La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Suárez, 2001, citado en Vergara, 2007, p. 43)

En el siglo XVII y XVIII en pleno auge de la medicina y del método científico, la condición de estar sano o enfermo, era visto como un premio o castigo divino, lo que impedía ver la salud y la enfermedad determinada por un factor biológico, hereditario, social, producido por el ambiente, y/o entre otras, por lo que los saberes ancestrales curativos eran quienes se encargaban de las patologías de los afectados; pero después de la segunda guerra mundial, con las crecientes problemáticas sociales generadas por el desarrollo industrial y la posguerra, 61 Estados en aras de cooperar mutuamente, fundan la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La conformación de

la OMS representó la culminación de los esfuerzos de cooperación internacional en materia de salud que comenzaron hace casi 150 años atrás” (Gómez Mengelberg, 2009, p. 2), en ese sentido, la creación de la OMS permitió entre otras cosas, la vigilancia en términos del goce de la salud como derecho fundamental, y a su vez, la implementación de políticas públicas de salubridad que conlleven a la calidad de vida de los ciudadanos, prestar apoyo técnico a los países, articular opciones de política basadas en evidencia, y el establecimiento de normas.

Por consiguiente, es importante resaltar la necesidad de contar con un “Estado Social que regule de manera coordinada las políticas de salud pública, para evitar males mayores que los ciudadanos sin un Estado promotor de mejoras sociales sería incapaz de lograr por sí mismo.” (Alcántara, 2008, p. 96). En ese sentido a nivel internacional existen otros organismos de salud, a través de los cuales se coordinan los parámetros dictados por la OMS, pero a su vez, están encargados de la vigilancia de un grupo específico de países, pertenecientes a Estados americanos, es el caso de la Organización Panamericana de Salud [OPS], (2017) nos amplía la información que desde:

El 2 de diciembre de 1902, los países de las Américas, preocupados por combatir la fiebre amarilla que se había diseminado a través del comercio marítimo por el continente, juntaron sus esfuerzos para enfrentar la epidemia. En tal sentido, convocaron a la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, realizada en el Willard Hotel, en Washington, D.C., con la participación de representantes de once naciones. Los delegados allí presentes, plantearon la necesidad de mancomunar esfuerzos para la erradicación de enfermedades transmisibles y propiciaron la creación de una oficina que se ocupara de la salud internacional, que luego se convertiría en Oficina Sanitaria Panamericana. (párr. 1).

La OPS, es la organización encargada de llevar a cabo y hacer cumplir las normas y lineamientos en términos de salud, dictadas por la OMS para el caso de las américas, sin embargo, a nivel nacional cada país también cuenta con lineamientos propios para la creación e implementación de políticas públicas en salud, que permitan garantizar a sus ciudadanos un estado de bienestar social e individual óptimo.

En Colombia, a partir de 1990 se han dado una serie de reformas y ajustes al sistema de salud, con la implementación de las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 se crea El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Ley 100), un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y mercado-regulación, las cuales orientaron los esfuerzos gubernamentales y sectoriales a desarrollar la estrategia de Atención Primaria, a la organización del sistema por niveles de atención y a asignar competencias y recursos de salud entre los niveles territoriales del país; más adelante, para estar acorde con la situación actual del país, se implementa la ley 1122 de 2007 la cual:

Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (Colombia, Congreso de la Republica, 2007, art. 1)

De acuerdo con esta ley, el Estado es responsable de garantizar a los ciudadanos el acceso a la salud y que la cobertura de la misma cubre a todo el territorio nacional, por consiguiente, el sistema general de salud en Colombia se divide en 2 grandes regímenes: subsidiado, contributivo y un tercero el cual se conoce como régimen especial, en el cual se encuentran afiliados servidores públicos, fuerzas militares, FOMAG, y el docente/empleador de una universidad estatal. El Subsidiado es el encargado de afiliar a la población de escasos recursos al sistema de salud y de este modo garantizar el acceso a la misma, en el contributivo se encuentra afiliada la población con una vinculación laboral a través de la cual realiza aportes al sistema general de salud para garantizar su atención en salud; sin embargo, si un trabajador perdiese su empleo, el sistema garantizará la prestación de los servicios de salud a través del régimen subsidiado, garantizando así el goce del derecho a la salud.

La financiación de estos regímenes depende, para el caso del régimen subsidiado, de las entidades territoriales, del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), los juegos de suerte y azar transferidos por ETESA y de los aportes propios de los municipios; para el caso del régimen contributivo, los aportes son destinados por los empleados y empleadores. El manejo de estos recursos se realiza a través de unas entidades, llamadas empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) Las Empresas Promotoras de Salud-EPS son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS. (Agudelo, 2011).

Otra forma que el Estado tiene para llevar a cabo la implementación, ejecución de acciones para vigilar y garantizar el acceso a la salud, es a través de las políticas públicas de salud, como se muestra en los siguientes artículos:

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” estas medidas permiten la creación del Plan nacional de salud pública, el cual es renovado cada cambio de gobierno e incluido en el plan de desarrollo de turno (Colombia, Congreso de la Republica, 2007, art. 32).

Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar” (Colombia, Congreso de la Republica, 2007, art. 33).

Entre estos lineamientos hay una serie de acciones que deben estar incluidas que son inamovibles en el plan de nacional de salud, puesto que garantizan el cumplimiento de las

entidades públicas y privadas en torno a la salud de los colombianos, entre la que se destaca el inciso A del artículo 33: “El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio”, esto permitirá determinar las insuficiencias y abrir la puerta a la priorización en salud, y a su vez formular estrategias de intervención que exigen complejos procesos de negociación política, social e institucional y la consecución de recursos, para el desarrollo de las mismas.

Si bien la ley es clara al orientar las acciones, fue necesario la creación o implementación de un Plan decenal de salud Pública (PDSP), el cual, como su nombre lo indica, tiene una duración de 10 años, lo cual permite la ejecución de las estrategias construidas para dar cumplimiento a los lineamientos generales propuestos, y de este modo hacer seguimiento y control de los mismos

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.(Minsalud, 2013, párr. 1).

Del mismo modo, busca afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. (Minsalud, 2013).

Este plan decenal cuenta con 8 líneas prioritarias y 2 transversales, en las cuales se apunta a diferentes temas en torno a las garantías de derechos de las personas y las comunidades en salud, las cuales rigen a nivel nacional y territorial, del mismo modo una de las líneas apunta a la salud mental y la convivencia, la cual es definida por la ley 1616 de 2013, en su artículo 3 de la siguiente

manera, la salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad; teniendo en cuenta lo anterior, el Estado plantea la salud mental como una prioridad y un derecho fundamental de los ciudadanos, y en especial, centra su atención en niños, niñas y adolescente, por lo que se convierte en un tema prioritario en salud pública como componente esencial para garantizar la calidad de vida de los colombianos.

En el país, actualmente existe una política Nacional Publica de Salud Mental, orientada a promover la salud mental como “elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

La Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de Sustancias Psicoactivas, tiene como objetivo garantizar la atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos de derechos.

Busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos.” (Colombia. Ministerio de Salud, 2020, párr. 5) cabe resaltar que son muchas las políticas y proyectos orientados a la promoción, preservación y cuidado de la salud mental a nivel de país, sin embargo para el departamento de Antioquia y aunque dichas políticas mencionadas anteriormente deban ser implementadas en todo el territorio nacional, como departamento y uno de los más grande del territorio nacional, actualmente no cuenta con una política pública propia del departamento, sin embargo, ha implementado la política nacional a través del plan de desarrollo 2020-2023, el cual a través de la línea Nuestra Vida, bajo el componente Bienestar activo y saludable para Antioquia”, incluye el programa Salud para el alma, salud mental y convivencia, el cual está orientado “a proteger, promover y mejorar la salud mental de la población antioqueña, será el soporte para el diseño y ejecución de planes y programas relacionados con la salud mental

(PDD, Antioquia, 2020-2023), a través de este programa la gobernación buscará el fortalecimiento de actividades para la vida, la prevención y consumo de sustancias psicoactivas y el abordaje y manejo integral a las personas con trastornos o enfermedades mentales.

En ese sentido, aunque el departamento no tiene en este momento una política pública en torno a la salud mental, integra su plan de desarrollo de modo que pueda responder a las necesidades de la población. A nivel local, desde el Distrito de Turbo, la Secretaria Distrital de Salud lidera el Plan Territorial de Salud, el cual está enmarcado en la plataforma estratégica del Plan de Desarrollo Turbo ciudad puerto 2020-2023 y adoptará el modelo “pase a la equidad¹” siguiendo el desarrollo de sus objetivos y disminuyendo los factores de riesgos poblacionales, con cohesión intersectorial, que articule acciones y esfuerzos para mejorar la atención y la calidad de los servicios de salud, mediante los principios rectores de políticas en salud y con un adecuado control, vigilancia, acompañamiento y coordinación del Sistema de salud, apostándole a la sociedad para que alcancen su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. En consecuencia con lo antes mencionado, el Distrito apostó a la creación de estrategias para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la intervención de los determinantes de salud, en la cual se evaluó y se aprobó la viabilidad de formular una política pública de salud mental, donde se desarrollen acciones de educación, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de generar de acciones que den respuestas a las necesidades de la población en relación a la salud mental.

Así pues, la política pública de salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas busca promover el reconocimiento de la salud mental como un derecho fundamental, que garantice el acceso a calidad y cobertura de los servicios integrales en salud de la población, y que a su vez aporte a la reducción de las problemáticas y a los factores de riesgos asociados a la salud mental, por ello, como visión se propone para 2030 mitigar los índices de estrés, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, intentos de suicidio y los factores de riesgo,

¹ Así se encuentra planteado este modelo en la misión del Plan Territorial de Salud.

garantizando mediante la articulación intersectorial la atención a los servicios de salud mental y la prevención de los trastornos mentales y el uso de sustancias psicoactivas.

1.2 Lo institucional

Misión

El plan distrital de salud, está enmarcado en la plataforma estratégica del plan de desarrollo “Turbo ciudad puerto 2020-2023” adoptará el modelo PASE a la equidad, siguiendo el desarrollo de sus objetivos y disminuyendo los factores de riesgos poblacionales, con cohesión intersectorial, que articule acciones y esfuerzos para mejorar la atención y la calidad de los servicios de salud, mediante los principios rectores de políticas en salud y con un adecuado control, vigilancia, acompañamiento y coordinación del Sistema de salud, apostándole a la sociedad para que alcancen su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

Visión

Para el 2025 el Distrito de Turbo, tendrá un alto desarrollo en los procesos de participación social y educativos en el sector salud de manera interinstitucional e intersectorial, permitiendo la articulación activa de la comunidad, a través de la ejecución de acciones, programas, planes y proyectos, encaminados a mejorar las condiciones y estilos de vida saludables de la comunidad en general.

Objetivo

La Secretaría Distrital de Salud, tiene como marco general el cumplimiento de los objetivos del milenio y objetivos de desarrollo sostenible, los cuales alcanza mediante la ejecución, evaluación y control de su Plan de Salud Distrital.

1.3 Dimensiones de análisis

Para analizar aquellas situaciones, condiciones o circunstancias sociales que hacen parte del bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano de las personas es vital reconocer los determinantes sociales que ejercen influencia sobre la salud de las mismas, desde los diferentes niveles de organización, que determinan el estado de salud de la población.

Los determinantes sociales son aquellos factores sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos, dentro de una comunidad o población, son los que determinan las condiciones de vida, salud y bienestar de las personas. Esta relación es indisoluble entre cada uno de estos factores condicionantes y el estado de salud de los individuos. La dinámica con la que estos determinantes actúan sobre las poblaciones, puede dar como resultado diferencias marcadas entre los estilos de vida y el nivel de bienestar que pueden gozar unos u otros, ya que existen grandes inequidades sanitarias entre regiones, entre países y dentro de los países, cuya reducción requiere atención a la injusta distribución del poder, el dinero, los recursos y las condiciones de la vida cotidiana.

Para facilitar el análisis y hacer explícitos los nexos entre los distintos determinantes y ubicar los puntos de desencuentro se expondrán de forma particular.

1.3.1 Económico

Es difícil imaginar una estabilidad política o crecimiento económico sin que el bienestar se extienda a la sociedad en su conjunto, es decir, sin que las coberturas de salud y las oportunidades sociales sean iguales para todos. Es pertinente especificar la economía del actualmente mencionado Distrito.

Turbo tiene entre sus actividades económicas la pesca y la marinería. La agricultura es muy variada y sus principales productos son: banano, plátano, maíz, aguacate, yuca y cacao. Las personas que residen en las zonas rurales cultivan y las cosechas las venden en el casco urbano, esta población es importante para el desarrollo económico del Distrito ya que aportan de manera positiva, siendo el sector que dinamiza en gran medida la economía. Además, se cuenta con un puerto fluvial, el cual está en proceso de licitación, mientras tanto desde el muelle turístico operan

transportadoras marítimas que contribuyen al desarrollo del turismo, propiciando intercambios económicos que generan empleos para los residentes. El Distrito cuenta entre sus atractivos turísticos las playas de Turbo “Playa Dulce”, playa de las Martinas y es un corredor para llegar a playas cercanas como las de Necoclí. Cabe resaltar que, en el Distrito, pese a las múltiples actividades económicas, existe de manera considerable la informalidad y el desempleo es una constante. Como problemática se ubica la producción y venta de estupefacientes (Narcotráfico) lo cual se considera una actividad económica ilegal, pero que es común y se convierte en una forma de empleo para jóvenes que deciden no acceder a la educación por ende no logran visualizar un trabajo formal y recurren a las labores que brinda esta actividad ilícita.

El análisis económico del sector en cuestión, interpela sobre cómo incide la economía en la salud de las personas, ha se debe realizarse desde los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos. Permite entonces preguntarse cómo podría ser la salud de las personas que viven de un trabajo informal y que muchas veces no acceden a ningún servicio de salud, o si las personas en la zona rural cuentan con las condiciones mínimas en términos de un centro de atención médica cercano. Ello en términos de la calidad de la vida. La economía en la salud integra factores que determinan y condicionan aspectos principales que afectan a la salud física y mental de la población.

Se reconoce que la salud tiene un valor económico, arbitrariamente podemos afirmar que la economía del Distrito no funciona en pro de una oferta de atención médica para todos. Lo económico tienen una implicación directa en la salud, porque se manifiestan en las posibilidades de acceso de la población rural a toda una serie de bienes y servicios para los trabajadores informales, lo que se relacionan con la producción de salud, como una alimentación suficiente y adecuada, el acceso a la educación, una vivienda digna, la atención socio-sanitaria y las condiciones de trabajo. Acertadamente se dice que las sociedades con peores niveles de desarrollo reflejan en sus estadísticas sanitarias las consecuencias de la pobreza, por ejemplo, la desnutrición o la falta de acceso a la educación y la sanidad. Ejemplo, Turbo en materia de educación es una Entidad Territorial certificada de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001, tiene la competencia de administrar el servicio educativo en su jurisdicción. No obstante, es una de las entidades territoriales con los índices más bajos de calidad educativa a nivel nacional.

1.3.2 Político

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de la Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la Salud en 2011, la desigualdad en las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales profundos; siendo las desigualdades procesos sistemáticos y el resultado de políticas que toleran, o incluso, favorecen la distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios para el acceso universal a la Salud.

En el caso del Distrito de Turbo las disconformidades se evidencian en manejos inadecuados que protagonizan los procesos, ello evidenciado en la falta de gestión en las políticas públicas, estas operan de forma incongruente y visibilizan las inequidades en salud, expuestas en la desigualdad de condiciones, no sólo sociales, sino también políticas y económicas. Incluso es común que no se lleven a cabo los contratos o se desvíen los fondos que se remiten para la salud, información que es de conocimiento público y de alguna manera se ha normalizado; del mismo modo se exterioriza la forma como se logra ingresar a un trabajo formal; ya que estos son el efecto de favores políticos y manejos administrativos arbitrarios del gobierno de turno. Acceder a un empleo digno es un derecho para todos, no obstante, acceder con méritos no es la constante. El talento y la preparación debería ser lo premiado, allí radica la diferencia entre el ser y el deber ser; promover la cualificación profesional es el medio para aumentar la calidad del servicio público. De allí que se hace necesario comprender cuáles son las principales características y consecuencias de este determinante, precisa entender que la política, al igual que el cuidado de la salud, tiene estructuras, procesos, productos y resultados, ello se muestra en las decisiones de gobierno que serían las estructuras, las acciones que se desarrollan en las instituciones que son los procesos, y los productos y resultados son las problemáticas que surgen alrededor de las agencias prestadoras de servicios.

Otro factor determinante es el desplazamiento forzoso como expresión de la violencia. La población desplazada en su condición se constituye en una fractura de las interrelaciones sociales, de las vecindades, de los vínculos de las personas con respecto a su tierra, a un territorio que se encuentra en disputa por parte de los grupos armados al margen de la ley. Dimensionar la realidad del desplazamiento no es sencillo, el estudio de las tendencias en las dinámicas de la guerra a veces se queda corto ante fenómenos que no guardan proporciones. Turbo ha sido un lugar expulsor de

personas, pero también es receptor. Este argumento no estaría completo sin el reconocimiento de la guerra configurador de las relaciones con el territorio en su apropiación, arraigo, uso del suelo y densidad poblacional, trascendiendo, directa e indirectamente, todos los órdenes de la vida.

Las estructuras políticas de esta zona, periodo tras periodo son controvertidas porque se dibujan los escenarios de poder que parecen desconocer las situaciones que preceden al distrito y que lo han golpeado en múltiples dimensiones, continúan siendo en forma y fondo complejas, constituyendo dificultades de acceso, inconformidades en términos de integralidad, carencias en los beneficios de seguridad social y servicios públicos, que en última instancia producirán la salud y otros resultados sociales de interés en relación a la garantía real de los derechos de los desplazados y víctimas del conflicto armado; parece ser que al poder político que incursiona en la zona poco le interesa romper con ese siglo de revictimización. Lo anterior constituye el entramado de factores que intervienen en la salud y en los resultados que se convierten en enfermedad.

Sin embargo, el distrito de Turbo cuenta con una cobertura al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS de 77.5 % del total de la población, la mayoría están distribuidos así: al régimen subsidiado pertenecen 92.143 habitantes que representa el 53.4 % del total y al régimen contributivo 37.085 afiliados que representan un 21.52%; además la población pobre no afiliada PPNA asciende a 7.488 habitantes (Dirección Seccional de Salud de Antioquia). La infraestructura en salud está compuesta en el casco urbano por un hospital de medio nivel de complejidad, un centro y dos puestos de salud de baja complejidad; en el área rural por 7 centros y 17 puestos de salud de bajo nivel de complejidad que no son suficientes y en su mayoría prestan servicios mínimos.

1.3.3 Ambiental

Las determinantes ambientales también tienen un rol fundamental en el curso de vida y producen un efecto acumulativo sobre la salud, que comúnmente se manifiesta en la adultez y la vejez. Lo ambiental contempla factores tan diversos como la vivienda, el entorno urbano, la movilidad, el acceso a servicios de agua potable y redes de saneamiento, la exposición a contaminantes o las condiciones en las que se desarrolla el trabajo.

Turbo es un territorio que carece de infraestructura de toda índole, como son las vías, zonas de recreación, deporte y cultura, además de espacios que permitan a la comunidad tener acceso a la institucionalidad y sus respectivos servicios. El casco urbano del distrito de Turbo cuenta con 11.582 viviendas que albergan una población total de 62.752 personas. El 70% aproximadamente de las viviendas antes mencionadas pertenecen a los estratos 1 y 2 o viviendas de interés social; en el resto del territorio existen 18.548 viviendas ocupadas por 91.437 personas, según cifras del SISBEN, año 2018; así mismo una de las brechas más críticas para el desarrollo del distrito de Turbo gira en torno a la cobertura y calidad de los sistemas de acueducto y alcantarillado donde solo se registran coberturas en la zona urbana de 68% y 34% respectivamente; en la zona rural 49% y alcantarillado del 22% (Aguas regionales, 2018).

La falta de acceso a agua potable y a redes de saneamiento e higiene, son ejemplos de factores ambientales que producen enfermedad; los factores ambientales tienen gran repercusión sobre la salud del hombre. En el caso de la salud mental se ubican los factores psicosociales (estrés, tabaquismo, alcoholismo, conductas sexuales riesgosas, drogadicción y violencia). Un entorno saludable alude a un ámbito de la vida que carece o presenta factores de riesgos controlados y prevenibles e incluye factores promotores de la salud y el bienestar. Los entornos saludables son el marco para identificar los factores protectores (físicos y sociales) y comprender cómo estos contribuyen a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano

1.3.4 Socio-cultural

El contexto socio-cultural es otro determinante que afecta la salud de las personas en todas las etapas de su vida. La cultura de una sociedad incluye sus hábitos cotidianos, sus estilos de vida, sus costumbres, sus creencias religiosas; aspectos que condicionan de forma importante las decisiones cotidianas de las personas y repercute en su salud.

La convergencia y la coexistencia de distintas culturas en el distrito de Turbo son fuente de riqueza social y artística. Esta pluricultura se dinamiza con el afianzamiento de una identidad turbeña con cada una de las vertientes que la hacen rica, espontánea, cálida y alegre. Sin embargo

no se desconoce que la especialización de grupos culturales, grosso modo, obedece al flagelo del desplazamiento forzoso pero hace parte del cúmulo características culturales del entorno, el distrito está diversificado por procesos de adaptación de las personas que vienen de otros lugares y los residentes, y en procesos de readaptación a su mismo medio pero en condiciones económicas y sociales marcadas por el conflicto y la violencia, en lo que respecta a: (mercado de tierras, desalojos inducidos por grupos armados). Estas formas de relación configuran grupos sociales donde las diferencias culturales, en algunos casos, pasaron a un segundo plano. Pese al conflicto y la violencia que se ha vivido históricamente, la cultura turbeña la cual es en esencia fiesterera y folclórica, las distintas manifestaciones culturales que con sus diversos matices enriquecen el distrito, siempre tienen como base los saberes ancestrales, las tradiciones se evidencian a través de muchas generaciones como el bullerengue, festivales vallenatos etc.; es común que los jóvenes se envuelvan en la trama de discotecas los fines de semana. El imaginario colectivo sobre el territorio, sus costumbres, sus prácticas relacionales y sociales están en gran medida enmarcadas en el disfrute. Cabe mencionar que en los espacios de fiesta se orienta a la adopción de hábitos como la promiscuidad y el uso de sustancias psicoactivas.

El crecimiento de la forma de vida urbana es otro elemento sociocultural que determina la salud, el entorno expuesto ha propiciado los embarazos adolescentes y por ende la tasa de natalidad está elevada. En este marco, el paradigma de los determinantes sociales de la salud nos obliga a pensar en la búsqueda de la equidad, con la disminución de las desigualdades en salud como el principal reto de futuro. Detenerse a profundizar en la multiplicidad de factores que influyen en la vida de las personas propia reflexionar en torno a las intervenciones sociales, las cuales deben promoverse con el concurso de la acción transectorial analizando las condiciones de cada población particularmente ello implica la creación de nuevas miradas, nuevos marcos referenciales, nuevas visiones y, sobre todo, una transformación del pensamiento, el cual en principio debe ir encaminado al desarrollo integral las personas, porque no es viable el goce del derecho a la salud, si no se establecen condiciones que les permitan a las personas tener mejores oportunidades para poder gozar de bienestar y de buena salud.

1.4 Referente teórico

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, el concepto de salud mental es una noción que aduce al estado de bienestar que un individuo alcanza cuando logra equilibrar funcionalmente los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, para relacionarse de manera satisfactoria en los entornos a los que tiene acceso a pesar de las dificultades que se le puedan presentar (OMS. 2021), el reconocimiento de la salud mental como un elemento indispensable para el individuo en los procesos de socialización y convivencia de grupos y comunidades, es un tema complejo, pero que es necesario comprender para dimensionar su importancia como un derecho individual y colectivo de la humanidad.

Por lo anterior, se considera pertinente desde lo teórico, retomar la hermenéutica, bajo un enfoque socio-crítico, en clave de reconocer la perspectiva experiencial de la población beneficiaria, frente a los programas, servicios y rutas de atención que oferta el programa de salud mental del distrito de Turbo, esto en concordancia con las líneas de acción de la política pública de salud mental y prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, con el objetivo de propiciar el desarrollo de estrategias que posibiliten el goce efectivo de la salud mental a la ciudadanía turbeña los autores Marrero et al., (2009) argumentan que:

...la hermenéutica, además de una técnica, es un método que trata de desligarse de la arbitrariedad interpretativa romántica y de la reducción naturalista para hacer de la interpretación histórica la base en que se fundamenta la validez universal. Es pues una exégesis basada en un conocimiento previo de la realidad que se trata de comprender, pero que a su vez da sentido a los citados datos por medio de un proceso circular. (p. 184)

De modo que la teoría hermenéutica apunta a la interpretación cualitativa de la realidad, desde el reconocimiento de una carga socio/histórica que conforma la subjetividad y que posibilita o limita la comprensión y el posterior comportamiento de cada ser.

Más allá del proceso interpretativo la hermenéutica tiene como objeto encontrar en la comunicación verbal y no verbal (pensamiento, palabras, gestos, acciones) el sentido real que

individuos y comunidades otorgan a las experiencias de lo ajeno y lo distinto, y a la infinidad de significados que atendiendo al legado cultural e histórico que vivencian, otorgan a estos. (Marrero et al., 2006, p. 185) Así pues, se especifican a través del diálogo las diversas opiniones y las acciones que suscita un tema en particular en el colectivo, pero también se validan cuáles son esos puntos o elementos coyunturales que permiten entender el accionar del colectivo.

En la actualidad trabajar desde una postura hermenéutica exige que se entienda ésta: (...) como el arte de interpelar, conversar, argumentar, preguntar, contestar, objetar y refutar...” (Ruiz, 2004. cómo se citó en Ruedas et al., 2009, p. 186) porque, es a partir del emisor y de lo que esté manifieste que se extrae el verdadero sentido de la realidad en la que se debe trabajar, se asume entonces desde el pensamiento hermenéutico una actitud empática hacia la subjetividad, que no acepta prejuicios sobre la comprensión que tienen los sujetos al interpretar su cotidianidad.

Por lo anterior, comprender el sentido real que la comunidad turbeña pueda interpretar sobre salud mental, posibilita al grupo practicante identificar aspectos que desde el programa de salud mental pueden ser abordados con especial énfasis, en aras de que se reconozca la importancia de tener y cuidar la salud mental; para trascender a la emancipación de la población es necesario retomar el enfoque socio-crítico Alvarado, L. & García, M., (2008) que:

(...) se fundamenta en la crítica social con un marcado carácter autorreflexivo; considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y la transformación social. (p. 190).

Así pues, es fundamental desde el desarrollo de las estrategias del programa de salud mental distrital promover la reflexión de los sujetos en relación con la salud mental hasta hacerlos conscientes de su rol primordial para cuidar de sí mismos y exigir a las instituciones que corresponden un servicio acorde con sus necesidades y las condiciones del territorio.

El paradigma socio-crítico “Tiene como objetivo promover las transformaciones sociales, dando respuestas a problemas específicos presente en las comunidades, pero con la participación de sus miembros.” (Alvarado & García, 2008, p. 190), asumir una postura socio-crítica invita a la reflexión de las problemáticas que aquejan a las comunidades pero también a la acción de sus

integrantes para buscar la solución a sus dificultades, pensar una perspectiva socio-crítica demanda el reconocimiento de la población con enfermedades mentales y sus cuidadores, la inclusión del grupo familiar como un todo, en el cual se presentan dificultades asociadas al desconocimiento de síntomas, el desarrollo de la enfermedad, la carga emocional del que cuida, entre otras, y a su vez, va a permitirles a las familias el acceso equitativo a los servicios de salud, programas o proyectos direccionados a esta población a través de las diferentes líneas estratégicas que se desarrollan desde la política pública implementada por la Red Distrital de Salud Mental; por otro lado esta perspectiva va a permitir que tanto el grupo psicosocial de la red, hacer un análisis crítico y profundo de las estrategias implementadas, con el fin de dar a estas un enfoque inclusivo e integral, que les permiten una vida digna, pero también la concientizar al resto de la comunidad sobre la importancia de la salud mental para conservar la salud física y una sana convivencia.

Avanzar hacia un enfoque socio-crítico en materia de salud mental exhorta a quienes apoyan estos procesos (Secretaría de salud, secretaría de inclusión social, Red Distrital de Salud Mental) a potenciar espacios de educación para las comunidades, donde se provea información pertinente a los individuos para que encuentre el sentido real de la salud mental y desarrollen capacidad de agenciamiento y estrategias para el cuidado de la salud mental y física, o en palabras de Eleanora Cebotarev la perspectiva socio-crítica “También busca iluminar y transformar a los individuos y sus nociones de realidad, con el fin de habilitarlos (empoderarlos) para transformar el mundo en el que todos vivimos.” (Cebotarev, 2003, p. 5)

1.5 Referentes conceptuales

Para tener mejor conocimiento de la grave problemática de los trastornos mentales, es indispensable el abordaje de varias categorías que se abordarán a lo largo del desarrollo de este contenido. Primero hablaremos de la **salud-enfermedad**, que, aunque son conceptos diferentes y requirieran estar separadas, se hace indispensables mirarlas bajo la misma lupa, entendiendo así, que ambas hacen parte del proceso biológico, cultural, social, económico, político, psíquico... del ser humano; según la OMS «**La salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS 1948) si bien es una definición un poco antigua y teniendo en cuenta lo rápida y cambiante que es la cuestión social, da cuenta de 3 factores que son determinantes en la vida de las personas, el entorno social, la salud física y la

salud mental, sin embargo, en la actualidad parecen estar aisladas, debido a que los factores antes mencionados suelen ser aislados a la hora de mirar la salud de los sujetos.

Es por esto que la **enfermedad** es vista como aquel síntoma que debe estar por fuera del sujeto, la cual sólo es tratada desde una mirada biológica, que repercute solo en neutralizar síntomas físicos es decir una atención paliativa, sin embargo, la salud-enfermedad son una dupla que están estructurados bajo patrones culturales heredados, que dan lugar al desarrollo individual del sujeto en cuanto a lo físico, psíquico y social, así pues, “el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan” (Gaviria & Talavera. 2012 p. 162); En ese sentido, el concepto salud-enfermedad se plantea desde una visión mercantilista, en la cual, el objetivo es alcanzar siempre el “bienestar”, el cual está proyectado hacia el exterior, en recursos tangibles de acuerdo al nivel de vida y estrato social, de allí resulta que las políticas en términos de salud, sean ubicadas desde una perspectiva económica, la cual se convierte en un bien adquisitivo, ligada a otros factores económicos medibles, que condicionan las formas de vida de los sujetos, su estilo de vida, así como su ubicación dentro del entramado social “Así, la percepción individual de la salud estará en relación con el nivel salarial, y la demanda de asistencia con los precios o con el sistema de retribución a los médicos” (Gaviria & Talavera. 2012 p. 162).

Así pues, es importante replantear el concepto salud-enfermedad desde una perspectiva problematizadora, y desde ahí analizar su articulación con factores políticos, ideológicos, sociales y económicos desde la mirada de las ciencias sociales, y enfáticamente desde el trabajo social; es decir, se necesita disponer de una teoría de lo social, que facilite los elementos metodológicos necesarios que permitan comprender el carácter social de la misma, desde lo individual y lo colectivo, reconociendo la historicidad de la salud-enfermedad como proceso social, construido en el entramado de las relaciones sociales y no solo como un proceso biológico individual.

Otra categoría relevante que direcciona este quehacer práctico es la **salud mental**, de la cual, desde la visión clínica, se deriva la enfermedad mental o trastornos mentales, dado que al hablar de salud mental, se terminaba enfocando en el tratamiento de pacientes psiquiátricos; por consiguiente, se tomarán diferentes conceptos para su análisis: Para la psiquiatría se considera que

la salud mental es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades (Vidal & Alarcón, 1986). (Carrazana, Valeria. 2003), para la psiquiatría la salud mental está influenciada por factores externos e internos adquiridos por el sujeto en su entorno; a diferencia de la psiquiatría, la psicología la aborda como el bienestar perpetuo, es decir, no se enfoca sólo en la prevención sino que a su vez, resalta la importancia del manejo positivo de los trastornos

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales. También se considera un estado normal del individuo (Davini et al., 1968, p. 2).

A diferencia de la psiquiatría y la psicología, y, desde una perspectiva social, la salud mental se enfoca en lo comunitario, es decir, reconoce la necesidad de garantizar a las comunidades a través de la educación el desarrollo de aspectos psicosociales y conductuales, en cuanto a su percepción en salud y calidad de vida, al igual que la garantía de los derechos humano para una vida digna; la salud mental comunitaria, parte de una visión humanista, que recoge no sólo al sujeto desde una visión individual, sino que parte de su entorno y los factores dentro del mismo, para llegar a lo colectivo.

En sintonía con lo anterior, todas las definiciones antes mencionadas, apuntan a la salud mental como un factor determinante para el logro y el desarrollo de una calidad de vida integral, dado que, las percepciones y significados del sujeto, construyen sus relaciones sociales y así como su desarrollo social y biológico, sin embargo, ninguna abarca el concepto de la salud mental, desde un enfoque preventivo, por el contrario, señalan el problema, pero no la prevención del mismo, y se vuelve un círculo vicioso, al cual se acude sólo si hay enfermedad.

Desde la OMS la salud mental es definida “como un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona” (Carrazana, 2003, p. 15), por lo tanto, la promoción de la salud

mental debe trascender la tradicional separación de la salud en general, como si fuera algo aparte, y volverse parte integral de la salud como derecho fundamental; esto significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras, ni tampoco su ubicación, espacio y/o tiempo. Por otra parte, se podría decir que las **enfermedades o trastornos mentales**, son el detonante en algunos casos, por no decir que, en la mayoría, del no acceso a una salud integral, la falta de la promoción de la salud mental en términos educativos a las comunidades, y que, a través de esto, logren identificar la importancia de la misma. Hay que mencionar, además, que los trastornos o enfermedades mentales, también están ligados a factores biológicos, adquiridos a través de la genética, heredada por alguno de los padres.

Al igual que las categorías antes mencionadas, el contexto social y los determinantes sociales del mismo (político, económico, ambiental, cultural, entre otros) determinan la calidad de vida de los sujetos, y esto a su vez, condicionan las posibilidades del mismo para el reconocimiento de sus derechos. Las enfermedades mentales o trastornos, visibilizan una sociedad contemporánea en crisis, en la que las políticas neoliberales repercuten en los sistemas sociales e institucionales, lo que a su vez genera desasosiego en las formas de vida de los sujetos “Es decir, que algo afecta las subjetividades y altera la relación de los sujetos consigo mismos y con los otros, y en consiguiente se está perturbando la salud mental.” (Gallo & Quiñones, 2016, párr. 6); Esto indica la clara necesidad de cuestionar el sistema económico imperante, las formas de coacción del sujeto por los estándares de vida tan elevados y la autorrealización como la materialización del logro de las metas impuestas socialmente.

1.6 Rol del Trabajo Social

El origen del Trabajo Social deviene de las acciones caritativas y filantrópicas que la iglesia y algunos integrantes de las clases altas emprendieron para ayudar a individuos débiles o caídos en desgracia; su objetivo principal fue alcanzar el bienestar social. En la actualidad y de acuerdo con el código de ética de los trabajadores sociales en Colombia, en su artículo 4, se concibe el Trabajo Social: como una profesión disciplina constitutiva de las ciencias sociales que se desarrolla en el ámbito de las interacciones entre los sujetos, las instituciones, las organizaciones sociales y el Estado, de manera dialógica y crítica. “Comporta referentes de intervención que se constituyen en el eje que estructura el ejercicio profesional confiriéndole un sentido social y político para

potenciar procesos de transformación social.” (Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia, 2015, p. 22).

Accionar desde el Trabajo Social implica entonces, contribuir desde la reflexión del quehacer profesional a la transformación de individuos, grupos y comunidades que han entendido que las situaciones de opresión o vulnerabilidad padecidas cambiaran con el reconocimiento de sus problemáticas y de sus potencialidades, esto, tras un análisis integral de las condiciones reales de su contexto (político, económico, cultural, ambiental, familiar...) y a la postre la planeación e implementación de un plan de acción que favorecerá el cambio de las dinámicas sociales que impiden el bienestar social.

Según Acosta, et al., (2012) porque:

Trabajo Social se mueve en el campo de: la realidad social, la cuestión social, los fenómenos sociales o, simplemente, en lo social. Así mismo, sus actuaciones se centran en atender: el conflicto social, las necesidades sociales, las carencias sociales, los problemas sociales, los sectores sociales con limitaciones para la satisfacción de sus necesidades básicas, la pobreza, las desigualdades, la injusticia y los conflictos sociales, entre otros. (p. 10).

De acuerdo con el texto “Trabajo Social en el área de la salud. Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de la salud”, el Trabajo Social en salud es un campo de acción tradicional de dicha ciencia, las autoras del texto mencionado en el presente párrafo lo conceptualizan como “...una actividad profesional de tipo clínico que implica de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro, el tratamiento (individual, familiar y/o grupal) de la problemática psicosocial que incide en el proceso de salud- enfermedad, dentro del contexto general de tratamiento y en orden al logro de objetivos de salud y rehabilitación psicosocial. Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al equipo de salud, así como al propio enfermo y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de objetivos de salud.” (Acosta et al., 2012, p. 18) De modo que los procesos que se desarrollen desde

el Trabajo Social estarán orientados desde un enfoque de derechos, que movilice a la ciudadanía a reconocer su derecho a la salud, a participar crítica y propositivamente de los diversos procesos a los que tenga acceso de acuerdo a su rol (paciente, cuidador, profesional de la salud, ciudadano...) y a exigir la vivencia plena de la salud como derecho fundamental que debe garantizar el Estado colombiano.

2 Situación diagnóstica – objeto de intervención

2.1 Justificación

En Trabajo Social, el diagnóstico es un momento esencial en los procesos de investigación, este posibilita tras un detallado estudio, conocer e interpretar junto a los sujetos aquellas situaciones problemáticas que configuran el objeto de intervención, delimitando las acciones que instituciones, profesionales, individuos, grupos o comunidades, deberán implementar para superar las dificultades que generan conflicto; la pionera Mary Richmond, en Diagnóstico Social, su obra emblemática, lo define así:

El diagnóstico social puede describirse como la tentativa de realización de una definición lo más exacta posible de la situación y personalidad de un ser humano que presenta una dificultad social, de su situación y personalidad en relación con otros seres humanos de los que, de algún modo depende o que dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad (Richmond, 1917a/2007 como se citó en Cury & Arias, 2016, p. 12).

El presente diagnóstico apunta teórica, conceptual y metodológicamente a identificar **¿cuáles son las dificultades y fortalezas que tienen los pacientes psiquiátricos, familias y cuidadores en cuanto a la vivencia de la salud mental en el Distrito de Turbo, Antioquia?**, por consiguiente, el objetivo de estudio que se estableció fue, Identificar las dificultades y fortalezas que vivencian pacientes psiquiátricos, familias y cuidadores del Distrito de Turbo, Antioquia, en cuanto a salud mental, de modo que, este proceso de indagar la realidad de la población psiquiátrica Turbeña facilita conocer la magnitud de las necesidades y tensiones que enfrentan a nivel personal, familiar, institucional y social los actores que tienen relación directa e indirecta con los habitantes del municipio con trastornos o enfermedades mentales.

Para el grupo practicante identificar el sentido que dan los sujetos que participan del proceso diagnóstico a la salud mental, las enfermedades psiquiátricas y el tejido de relaciones y situaciones que alrededor de esta se entretajan, es de carácter obligatorio, en cuanto a que, desde el paradigma crítico social que es la perspectiva asumida para el trabajo en desarrollo, más allá de recopilar y sistematizar información, para su posterior análisis, lo que se persigue es que la población con la que se trabaja reconozca en sus reflexiones cuáles son sus necesidades más sentidas y que en un

proceso de corresponsabilidad se potenciar habilidades de agenciamiento para el bienestar propio, sea del paciente, del cuidador, del núcleo familiar, o de la comunidad turbeña, los autores Alvarado, L. & García, M., (2008), dicen porque:

(...) se considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y la transformación social. (p. 190).

Para Eleanora Cebotarev la perspectiva socio-crítica “También busca iluminar y transformar a los individuos y sus nociones de realidad, con el fin de habilitarlos (empoderarlos) para transformar el mundo en el que todos vivimos.” (Cebotarev, 2003, p. 5), así pues, es fundamental que con la planeación e implementación de las técnicas e instrumentos se promueva la reflexión de los sujetos en relación con la salud mental, hasta hacerlos conscientes de su rol primordial para cuidar de sí mismos y exigir un servicio acorde con sus necesidades y las condiciones del territorio.

Para efectos de la fundamentación teórica, se optó por el construccionismo social de Kenneth Gergen, porque, en este esquema teórico se validan los significados, comprensiones y conocimientos de las múltiples racionalidades y realidades que los sujetos construyen a través del lenguaje como portador de verdad, de esto Agudelo y Estrada afirman que: “es el lenguaje el que posibilita la construcción de acciones conjuntas entre quienes comparten contextos específicos, y estas acciones tienen significados para quienes intervienen en ellas y las comprenden.” (Agudelo & Estrada, 2012 p. 365). Es decir, el estudio diagnóstico realizado investigó por la perspectiva experiencial de los pacientes psiquiátricos, familiares, cuidadores y personal administrativo del gobierno distrital en curso por medio del diálogo, reconociendo determinantes reales y concretos que en su cotidianidad limitan o potencian el bienestar de los involucrados, y que orientan la posterior intervención institucional de acuerdo con los hallazgos de las condiciones identificadas como problemáticas generalizadas; asumiendo que el análisis de la información recolectada permita: “construir conocimiento por el otro y para el otro, para beneficios de la comunidad y no sólo para beneficios individuales.” (Rodríguez, 2008 como se citó en Agudelo & Estrada, 2012, p. 365)

Desde lo conceptual el equipo investigador tuvo a bien retomar las siguientes categorías:

Salud mental: La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. (OMS, 2018, párr. 2)

Enfermedad o trastorno mental: es una alteración sostenida de tipo emocional, cognitiva y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. (Clínic Barcelona, 2019 párr. 5)

Dinámica familiar: “comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia, los cuales se requieren para alcanzar el objetivo fundamental de este grupo básico de la sociedad: lograr el crecimiento de los hijos y permitir la continuidad de las familias en una sociedad que está en constante transformación. (Agudelo, 2005).

Paciente: “Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.” (RAE. 2020)

Cuidador: “Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo” (Expósito. 2018)

Los conceptos definidos son elementos articuladores en el proceso investigativo, porque, define cómo se entendieron para el diagnóstico los actores y las situaciones que generan desequilibrio en los sujetos de intervención.

2.2 Objetivo general

Identificar las dificultades y fortalezas que vivencian pacientes psiquiátricos, familias y cuidadores del Distrito de Turbo, Antioquia, en cuanto a salud mental.

2.3 Objetivos específicos

- Reconocer las necesidades y tensiones que enfrentan a nivel personal, familiar, institucional y social los pacientes psiquiátricos y sus familias o cuidadores
- Indagar por las fortalezas y habilidades que las familias con pacientes psiquiátricos desarrollan en la labor de brindar cuidado.
- Identificar qué determinantes sociales potencian o dificultan el acceso a los servicios de salud.

2.4 Memoria metodológica

La investigación que en este documento se expone, mira la realidad social de las y los pacientes psiquiátricos/os, cuidadoras/es y familias del distrito de Turbo con miembros que padecen trastornos o enfermedades psiquiátricas desde un enfoque cualitativo, porque: "Se interesa por captar la realidad social "a través de los ojos" de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio de contexto" (Bonilla & Rodríguez, 1997 como se citó en Monje, 2011, p. 13) pretendiendo el reconocimiento natural, holístico, descriptivo y comprensivo de la experiencia subjetiva que los hace partícipe de este diagnóstico, en relación con los actores, medios y condiciones que tiene cada núcleo familiar o cuidador para entender y atender su problemática.

En cuanto a la estrategia metodológica, las investigadoras vieron a bien retomar, por la premura del tiempo para investigar algunos elementos del Diagnóstico Rápido Participativo DRP,

porque: “es una metodología de trabajo para recopilar y analizar información producida por diferentes grupos poblacionales, en un tiempo comparativamente corto frente a otros métodos. Es una actividad realizada sobre el terreno enfocada a obtener información sobre la cotidianidad de un grupo poblacional de forma rápida y eficiente.” Visión Constructores, (2010). Con el DRP, la recolección de datos es finita, ágil y oportuna lo que permite triangular la información recolectada desde un análisis crítico que reduce el tiempo de la interpretación objetiva de los datos.

La realización del diagnóstico estuvo fraccionada en 4 fases, la primera obedeció a la etapa de identificación, en esta tuvo lugar el reconocimiento de la población psiquiátrica, por medio de la creación y actualización de la base de datos que el equipo investigador construyó con información que relaciono la ex coordinadora de la secretaria de inclusión distrital Yarelis Lara, la trabajadora social del hospital de Turbo y la secretaria de salud; esto permitió establecer un contacto telefónico directo con algunos pacientes psiquiátricos del distrito y sus cuidadores; en el segundo momento, la formulación, lo primordial fue plantear un propósito y una pregunta problematizadora que facilitará el reconocimiento de esos elementos que limitan o potencian la salud y el bienestar de los actores que tienen lugar para la investigación, para ello se optó por plantear una serie de técnicas e instrumentos que permitiera reconocer en el diálogo y la interacción de investigados e investigadores los elementos problematizadores que afrontan cotidianamente la población psiquiátrica, sus familias y cuidadores, a continuación se mencionan y describen, las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información.

Entrevistas semiestructuradas: permite la información directa con las fuentes de información, de manera flexible en el procedimiento y temas a tratar, usando un lenguaje adecuado para las fuentes.

Cartografías corporales: también conocido como mapas corporales tienen varias virtudes en cuanto a la materialización de los discursos y experiencias que se encarnan en el cuerpo o la corporeidad, estimulando la emergencia de significados y discursos encarnados en un cuerpo protagonista del sujeto.

Observación: la observación directa consiste en el registro minucioso y sistemático de los fenómenos observados en su contexto real.

Notas de campo: anotaciones reflexivas que se llevan en el diario de campo sobre la aplicación de técnicas e instrumentos, permiten captar las características y peculiaridades de los procesos y reconstruir la visión del investigador, sus relaciones con los actores y los escenarios.

En la fase de ejecución de las técnicas hubo resistencia y negación por parte de los sujetos para asistir a los encuentros presenciales, para el desarrollo de talleres relacionados con el diagnóstico, por ello, el equipo investigador decidió desarrollar los instrumentos planteados a través de visitas domiciliarias que permitieron de paso realizar observación directa a los núcleos familiares y a la relación paciente-cuidador- entorno. Finalmente, en la fase de análisis, después de recolectar la información pertinente, se decidió sistematizar la información recolectada por técnicas en tablas que permitieron analizar, categorizar y priorizar aquellas situaciones, emociones y sensaciones que fueron punto de encuentro en el sentir expresado por los participantes y que configuraron la construcción del objeto de intervención.

2.5 Situación problema – identificación de la situación

Si bien es cierto que la constitución política de nuestro país resalta en su artículo 5° que “El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.” y a su vez reafirma en su artículo 15 que “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”, al hacer un análisis de esto, frente a las familias que tienen un miembro de la misma en condición psiquiátrica, contraria con todo lo expuesto anteriormente; a través de una revisión documental y bases de datos, solo se pudieron ubicar a 13 pacientes, que corresponde a 13 familias, de estratos 1 y 2 (aunque las 2 bases de datos revisadas superan los 90 pacientes cada una), la mayoría con tipología familiar extensa y monoparental, con ingresos económicos bajos, sin embargo, la poca identificación del paciente y su grupo familiar, por parte

de las practicantes, se debe a que la mayoría de los números telefónicos no pertenecían al paciente ni a su cuidador o estaban fuera de servicio; esto da cuenta de que si bien el Estado en el artículo 15 resalta su protección para la población con problemas o trastornos mentales, una de las problemáticas halladas es la poca gestión en la identificación de la misma, pues al no contar con información, ubicación y recepción de estos casos, teniendo en cuenta que los identificados en el distrito son pocos, impide que exista una mayor cobertura frente a los programas que puedan crearse en favor de esta y a su vez, genera negligencia en el acceso a la salud, lo que viola un derecho fundamental e inalienable, y de otro lado supone que puede existir un subregistro de pacientes tanto en el Distrito, como en la veredas del mismo.

De igual modo, la información analizada arrojó que sólo 3 familias cuenta con condiciones dignas para suplir las necesidades requeridas por un paciente psiquiátrico, las demás, aunque cuentan con acceso a salud, las condiciones socioeconómicas son bajas, dado que sus fuentes de ingreso depende de lo que sus trabajos informales les provee y en otros casos, de ayuda de familiares en las que el monto no supera el 50% de un salario mínimo, como lo es el caso de la cuidadora MML, de 68 años, madre y cuidadora de un joven con patología esquizofrénica y consumo de SPA, quien manifiesta que “económicamente se sostiene con el pago de la tercera edad y la plata enviada por sus hijos, y vendiendo bolis cuando los dolores la dejan”.

Si bien es cierto que la poca información acerca de esta población genera poca cobertura en los programas y en la accesibilidad a los servicios de salud, el tema económico desencadena otras problemáticas que ponen en riesgo la estabilidad física, emocional y mental tanto del paciente como la del cuidador y su núcleo familiar, para doña N.E.A, quien es madre soltera cabeza de familia, la situación no es muy diferente; ante la pregunta ¿a cargo de quién queda su hijo cuando usted trabaja?, responde “Solo, por eso quisiera algo donde él pudiera pasar el día, que lo puedan cuidar mientras yo trabajo, o una ayuda, que no tenga que trabajar y estar con él”. De este modo se reitera que el no contar con los recursos necesarios, en el caso de la cuidadora N.M., corre el riesgo de que al dejar a su hijo solo esté expuesto a peligros dentro y fuera de su hogar.

Ahora bien, es claro que la falta de recursos económicos se convierte en un limitante para tener calidad de vida y condiciones dignas, pero, el desconocimiento de las patologías psiquiátricas

por parte de la comunidad, donde el trastorno predominante es la esquizofrenia, con un total de 7, de los cuales 4 tienen el agravante de paranoia y el resto no especificada; luego le sigue el consumo de SPA^[1] con un total de 3 pacientes, los cuales presentan alteraciones como trastorno de la personalidad, agresividad y en uno de los casos, delirios, sin embargo no tienen un diagnóstico claro debido a que sólo han acudido a un centro médico por situaciones de extrema urgencia; seguido encontramos el trastorno afectivo bipolar con 2 pacientes y por último el trastorno de ansiedad con 1 paciente, genera estigmas y rechazo en la comunidad debido al poco conocimiento acerca de estos diagnósticos y sus síntomas, sobre todo en el caso de la esquizofrenia, y por ende, desencadena miedos en los cuidadores, pues este rechazo se traduce en violencia en contra de los pacientes, como ocurrió con el hijo de doña E.L., quien fuera asesinado por las recurrentes crisis que le generaba el diagnóstico esquizofrénico, haciéndolo una persona agresiva en su entorno social, lo que conlleva a asociar la esquizofrenia con ser una persona violenta o agresiva; esta situación llevó a la comunidad a señalarlo por sus acciones, hasta el punto de que fuese asesinado y si bien esta problemática da cuenta de la falta de información de la cual carece la población con respecto a los trastornos psiquiátricos, también señala su desconocimiento sobre la ruta de atención para estos casos.

Por otro lado, es indispensable resaltar que los cuidadores en su mayoría son mujeres y a su vez son la cabeza de la familia, son quienes más sufren la invisibilización de su labor, y esto podría darse por la carga histórica patriarcalista de que la mujer es quien debe llevar a cabo los cuidados y mantener el estatus del hogar “la carga mental que asumen las mujeres al depositarse sobre ellas el trabajo de cuidado. La feminización de la responsabilidad insiste en que son ellas quienes deben sostener las tareas del hogar y es por ello que deben estar pensando no sólo en su trabajo formal sino también en el hogareño, la comida, el aseo de los hijos, hijas, la ropa de la familia entera, los pagos de las cuentas, el ir al supermercado, etcétera. Ello conlleva una sobrecarga mental y agotamiento inexperimentado por los varones ocupados en su espacio público. Los trabajos de cuidado son abrumadores y, además, invisibles.” (¿Por qué cuidamos las mujeres?, Pág. 2), esta labor genera cansancio y agotamiento que en muchas ocasiones conlleva a tener expresiones como la de JMV, madre y cuidadora de una paciente con trastorno bipolar y consumo de SPA “Quizás suene feo lo que voy a decir, pero YVM no está en mi corazón” (Entrevista, 2021); si bien la cuidadora ha sido quien siempre ha estado a cargo de su hija, al conversar con ella se notaba un

cansancio y la necesidad urgente de no convivir con ésta, sin embargo, son sus nietos (2 hijos de la paciente) quienes la hacen seguir al lado de su hija, para protegerlos, pues en ocasiones la paciente ha incurrido en maltrato con uno de los menores, vislumbrando así otra problemática de gran envergadura, como lo es el deterioro de las relaciones familiares por la violencia intrafamiliar.

Otro hallazgo que arrojó el análisis de la información, es la atención tan precaria que recibe un paciente psiquiátrico, y esto consiste en que, si bien un paciente tiene atención en los servicios de salud, estos suelen ser muy negligentes e inoperantes a la hora de recepcionar estos casos cuando el paciente está en crisis, es decir, para que exista una atención inmediata, es necesario que el paciente se encuentre en un estado de descontrol en sus síntomas, que lleve noches sin dormir, que tenga alteraciones en su comportamiento o en el peor de los casos, que sus niveles de agresividad aumenten. si bien es cierto que los cuidadores a raíz de su dedicada labor de cuidado reconocen las situaciones que le generan alteraciones al paciente o los síntomas que empiezan a presentar cuando se aproxima una crisis, estas no son razones ni motivos suficientes para que la Eps, hospital, o centro médico atiendan la situación; por otro lado, si bien estos pacientes requieren acompañamiento, control o seguimiento por parte de profesionales como psiquiatras o psicólogos, de acuerdo a las recomendaciones adquiridas en su tratamiento, solo 2 familias tienen visitas periódicas en lapso de tiempo no mayor a 3 meses con sus psiquiatras o psicólogos ocupacionales. Esto denota la falta de diligencia, acción y cobertura por parte de las EPS a las que están afiliados estos pacientes y por supuesto, por parte de instituciones como la secretaría de salud, y la red distrital de salud mental, entidades que deben hacer control y seguimiento a dichas familias y a la forma en la que se está accediendo a los servicios de salud; salta entonces a la vista la negligencia frente a la garantía de derechos de la población identificada y sumado a eso, es imprescindible dejar de lado, que si bien los pacientes cuentan con afiliación a EPS, en su mayoría subsidiado, el tema en cuanto a la entrega de los medicamentos se convierte en otro talón de Aquiles para el cuidador y el paciente, siendo este último el afectado directo, pero en el caso del cuidador, es en el/ ella sobre quien recae la peor parte de crisis, y junto a eso el cansancio emocional, mental y físico.

Y es que resulta imposible tratar una patología psiquiátrica, cuando la entrega de los medicamentos que se suponen van a calmar y a controlar los síntomas de los pacientes, suele ser

tardía, y en ocasiones, para ser entregados al cuidador es necesario la presencia del paciente, y/o como en otros casos, cuando cuidador y paciente no pueden ir a reclamarlos, estos no pueden ser reclamados por una tercera persona, lo que genera muchísima más negligencia y una violación directa al goce del derecho a la salud, puesto que, “El derecho a la salud implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general.” (León, P. 8), queda evidenciado que tanto pacientes como cuidadores están siendo vulnerados frente a esta situación.

Así pues, es este el escenario ideal para que desde la profesión se apueste por la lucha y la reivindicación del derecho de estas familias, y a su vez, identificar las organizaciones que pueden ser garantes en este proceso, pero, para el caso del Distrito, no hay, de momento, ninguna institución u ONG, a través de las cuales se pueda brindar apoyo a esta población, y aunque existen organizaciones como la fundación la Fortaleza, y aunque brinda atención a esta población, los recursos con los que cuenta no son suficientes para dar una atención integral a los pacientes que así lo requieran. Queda entonces la duda, si frente a esta problemática está fallando el Estado o si bien son las instituciones quienes hacen inoperantes la atención a estos pacientes, o si en vez de hablar de derecho a la salud, la mirada que se brinda por parte de las instituciones asentadas en el Distrito (secretaría de salud, secretaría de inclusión, red distrital de salud mental, Fundaciones) es la de brindar un servicio.

2.6 Causas – consecuencias

Lo anterior permite conjeturar la realidad de la problemática, no obstante, es necesario ampliar sobre las múltiples causas alrededor de la situación actual. Las enfermedades mentales constituyen un problema de primera magnitud en la actual sociedad, tanto por su elevada incidencia como por el impacto y la desestructuración que sufren el propio enfermo y la familia; por lo que es pertinente describir los rasgos comunes que componen los fundamentos causales de la realidad observada.

Sin duda alguna el sistema general de salud en Colombia es deficiente, se traduce en una crisis evidenciada por múltiples quejas, por causas como: precaria atención, poca cobertura, lentitud en la entrega de medicamentos y autorizaciones para tratamientos o exámenes. La salud resulta del bienestar individual y poblacional, así como de unas óptimas condiciones de vidas (biológicas, sociales, económicas y políticas), es decir, de una vida con calidad. Por lo tanto, se requiere que la población disponga de unos factores condicionantes para la calidad de vida (según la Declaración de las Naciones Unidas). En ese marco se reconoce que las inequidades en la atención y acceso a salud limita de forma considerable la calidad de vida de las personas que sufren algún trastorno mental; ello es un rasgo común en los relatos de las personas cuidadoras de pacientes psiquiátricos a los que se entrevistaron. Estos expresan sentimientos de incertidumbre al desconocer el rumbo de la condición del familiar por no poder realizarse el tratamiento correctamente, porque se dilatan los procesos de entrega de la medicación o los remiten a lugares donde no les ofrecen la solución a la problemática que los aqueja; de allí que la magnitud de una situación problemática como es la enfermedad mental se convierte en una lucha por los derechos, por el tan anhelado bienestar, tratando de minimizar las repercusiones y el agotamiento. Algunas de las cuidadoras manifiestan optar por hacer uso de acciones de reclamación como derechos de petición, para lograr obtener medicamentos recetados y en otros casos solicitar la remisión de su familiar hacia un centro médico que atienda trastornos mentales, lo que denota que existe además problemas de asequibilidad de medicamentos, mostrando la barrera innegable de acceso a salud y lo que esta demanda. El suministro de medicamentos no es fiable, lamentablemente, teniendo en cuenta que este es un componente esencial para garantizar a las personas el derecho a la salud, ello es un elemento fundamental en el sistema público, que al no ser efectivo da paso a situaciones de emergencia aguda.

Sin embargo, al ser común la deficiencia en la entrega de medicamentos y remisiones, desde la coordinación de bienestar social se lleva a cabo gestiones para la consecución de los mismos. regularmente hay cuidadoras que llegan directamente a esta oficina de inclusión social para poder obtener las fórmulas, porque desde las Eps no consiguen respuesta alguna, otra madre que carece de un trabajo formal, en medio de una entrevista y bajo un sentimiento de tristeza que deja ver en su rostro expresa que le toca “rebuscarse” para comprarle el medicamento que requiere su hijo, porque no soporta verlo despierto por las madrugadas, caminando desesperado porque no logra

conciliar el sueño. Las medidas adoptadas en términos de continuidad y garantía no son permanentes, son ayudas asistenciales que en un momento pueden no ser, los pacientes y sus cuidadoras se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad constante.

Dado que la salud está constituida por diferentes redes de atención, y que a nivel nacional este tema se administra de forma ineficiente, es necesario resaltar los escenarios de poder que impiden la garantía de los derechos como ciudadanos. A nivel distrital, los procesos organizativos son débiles y responden mayoritariamente a demandas administrativas, es decir, a cumplir con acciones para alcanzar metas con relación a los programas reglamentarios de salud del Estado. Se reconoce que en algunos casos son estamentos nacionales que deben cumplirse, lo que se cuestiona es la carencia de organización para desarrollar procesos integrales. Ello deja en claro que, aunque los programas en la actualidad promueven prestaciones y recursos hacia la población con enfermedad mental, la operativización de estos es ineficaz precisamente porque la planeación carece de integralidad, por responder a peticiones inmediatas y no a una necesidad u objetivo claro. Es esta la razón por la que algunos programas y proyectos de salud que se desarrollan en el distrito carecen de sentido social en su estructura organizativa, ya que las respuestas paliativas, propician un escenario donde se desatiende y se pierde la visión de una necesidad latente en la comunidad.

Sin embargo, la problemática de salud mental en cuanto a pacientes psiquiátricos y cuidadores no se puede analizar desprovista de uno de los rasgos más comunes; el consumo de sustancias psicoactivas. Una constante en el análisis de la información permite establecer que la esquizofrenia es el trastorno más común dentro del grupo de personas caracterizadas; siendo el consumo de sustancias psicoactivas con frecuencia una patología dual; estas sustancias producen efectos negativos en la evolución de la enfermedad; cabe resaltar que aún no está comprobado que las drogas sean causantes de la esquizofrenia, solo que puede existir una predisposición genética a padecer la enfermedad; ahora bien esta condición adictiva trasciende y afecta no solo al paciente psiquiátrico si no que se convierte en un desencadenante de otras situaciones como la depresión, somnolencia, estrés, crisis violentas y por ende afectaciones familiares, que se traducen en una sobrecarga para el cuidador familiar derivada del cuidado diario de la persona enferma esquizofrénica. En esa misma línea se reconoce como efecto posterior a la carga subjetiva derivada del cuidado de la personas en esta condición dual, el desconocimiento de la sintomatología que presenta la esquizofrenia, lo que dificulta la búsqueda de estrategias que favorezcan al paciente y

a sus familias; ligado a ello se evidencia el fuerte arraigo de los sistemas de creencias y las formas de concebir la enfermedad de algunas personas cuidadoras, comúnmente en los relatos se evidenciaron creencias religiosas que pretenden desestimar el hecho concreto de una enfermedad física, que en la mayoría de los casos requiere un tratamiento farmacológico y atención profesional, sin embargo, en respuesta al imperativo de la ayuda médica, manifiestan: “ el señor Jesús ya lo sanó”. Trayendo ello a colación no se pretende deslegitimar las creencias, pero sí dejar en claro que la pasividad con que algunos asumen las necesidades que acarrea una enfermedad mental, si bien el cuidado supone un impacto determinado y unas repercusiones tanto a nivel emocional como en la dinámica familiar habitual y en la situación económica, ya que la familia tiene que satisfacer las necesidades que el enfermo por sí mismo no puede cubrir. A su vez, implica una obligación no retribuida ni esperada, debiendo hacer frente a situaciones difíciles derivadas de los trastornos de conducta del familiar enfermo y prestando asistencia continua en la vida diaria del mismo.

Aunque las formas de concebir la enfermedad genera situaciones poco favorables se hallan otras causas que agudizan la problemática en general; anteriormente se mencionaba la implementación de la política pública de salud mental y prevención del consumo de sustancia psicoactivas, a la cual requiere consolidar los procesos de salud mental de forma integral, donde se integren a las familias y se promueva la calidad de vida de los cuidadores, y se minimice la carga percibida que se relaciona estrechamente con enfermedad en la persona cuidadora ya que no existen procesos que integren a cuidadores de personas con enfermedad psiquiátrica, porque no existe una línea estratégica dentro de la política pública de salud mental que incluya a este grupo poblacional, ni se desarrollan acciones encaminadas al acompañamiento de estas la población cuidadora no se ha contemplado desde su vulnerabilidad, aun cuando estos enfrentan a elevadas demandas durante un período de tiempo prolongado, lo que puede provocarles una intensa sobrecarga que repercute negativamente sobre su salud física y mental.

La población Psiquiátrica de Turbo se enfrenta entonces a múltiples elementos que obstaculizan el acceso a los servicios y el goce efectivo de la salud como un derecho que establece la ley 1616 de 2013, en su artículo 3°, al plantear la salud mental como un estado dinámico que permite la interacción de los individuos en la sociedad de manera tal que sea autosuficiente, responsable de sí, de sus acciones y que contribuya a la sociedad.

En Turbo los pacientes psiquiátricos, además de sus trastornos y enfermedades deben luchar por una atención digna en los centros médicos, para la entrega oportuna de medicamentos, la asignación de tratamiento psicológico o psiquiátrico, remisión a terapia ocupacional y el acompañamiento educativo a familias y cuidadores sobre la sintomatología acorde al diagnóstico médico. Otro factor que restringe el bienestar de esta comunidad es el sistema de creencias cultural y religioso que estigmatiza a las personas que padecen alguna enfermedad psiquiátrica, haciendo más difícil su inserción a la sociedad como personas funcionales, a esto hay que añadirle la intolerancia de la población en general y de los grupos armados al margen de la ley, quienes al no entender los comportamientos generados por la enfermedad termina arrebatando violentamente la vida a las personas en condición psiquiátrica.

Es así como la información recopilada y analizada en el marco del diagnóstico arrojó que el foco de intervención posterior deberá centrarse en primer lugar en la figura invisibilizada e infravalorada del cuidador, que termina cargando no solo con el paciente y sus dificultades de salud, sino también lidiando con la parte emocional, económica y los deberes domésticos de la familia, lo que desencadena enfermedades físicas y mentales a raíz del desempeño de la labor de cuidado, para ello se intentará potenciar el desarrollo de habilidades para el autocuidado, el manejo de las emociones, el estrés en el cuidador, la resignificación por parte de las familias, de la importancia del bienestar en el sujeto cuidador, el reconocimiento de las enfermedades psiquiátricas y su sintomatología por parte de cuidadores y familiares; en segundo lugar, las dificultades para el acceso oportuno a los servicios de salud por el desconocimiento de las entidades y rutas de atención para personas con condición psiquiátrica, para ello, se trabajará en el acercamiento de las instituciones encargadas de la salud mental (Secretaría de inclusión, fundación fortaleza, Fénix, secretaría de salud y la Red Distrital de Salud Mental), los servicios que ofrecen y las rutas para una atención acorde a la situación actual de cada paciente.

2.7 Priorización

La población Psiquiátrica de Turbo se enfrenta entonces a múltiples elementos que obstaculizan el acceso a los servicios y el goce efectivo de la salud como un derecho que establece la ley 1616 de 2013, en su artículo 3°, al plantear la salud mental como un estado dinámico que

permite la interacción de los individuos en la sociedad de manera tal que sea autosuficiente, responsable de sí, de sus acciones y que contribuya a la sociedad.

En Turbo los pacientes psiquiátricos, además de sus trastornos y enfermedades deben luchar por una atención digna en los centros médicos, para la entrega oportuna de medicamentos, la asignación de tratamiento psicológico o psiquiátrico, remisión a terapia ocupacional y el acompañamiento educativo a familias y cuidadores sobre la sintomatología acorde al diagnóstico médico. Otro factor que restringe el bienestar de esta comunidad es el sistema de creencias cultural y religioso que estigmatiza a las personas que padecen alguna enfermedad psiquiátrica, haciendo más difícil su inserción a la sociedad como personas funcionales, a esto hay que añadirle la intolerancia de la población en general y de los grupos armados al margen de la ley, quienes al no entender los comportamientos generados por la enfermedad termina arrebatando violentamente la vida a las personas en condición psiquiátrica.

Es así como la información recopilada y analizada en el marco del diagnóstico arrojó que el foco de intervención posterior deberá centrarse en primer lugar en la figura invisibilizada e infravalorada del cuidador, que termina cargando no solo con el paciente y sus dificultades de salud, sino también lidiando con la parte emocional, económica y los deberes domésticos de la familia, lo que desencadena enfermedades físicas y mentales a raíz del desempeño de la labor de cuidado, para ello se intentará potenciar el desarrollo de habilidades para el autocuidado, el manejo de las emociones, el estrés en el cuidador, la resignificación por parte de las familias, de la importancia del bienestar en el sujeto cuidador, el reconocimiento de las enfermedades psiquiátricas y su sintomatología por parte de cuidadores y familiares; en segundo lugar, las dificultades para el acceso oportuno a los servicios de salud por el desconocimiento de las entidades y rutas de atención para personas con condición psiquiátrica, para ello, se trabajará en el acercamiento de las instituciones encargadas de la salud mental (Secretaría de inclusión, fundación fortaleza, Fénix, secretaría de salud y la Red Distrital de Salud Mental), los servicios que ofrecen y las rutas para una atención acorde a la situación actual de cada paciente.

2.8 Pronóstico de la situación

Teniendo en claro las problemáticas antes mencionadas, se reconoce que existen condicionantes que vulneran los derechos de estas familias, lo que agudiza su diagnóstico, sin

embargo, aunque es el paciente quien sufre la patología, son sus cuidadores quienes llevan auestas todas estas cargas, ya que con frecuencia el cuidador principal presenta signos de cansancio, agotamiento, fatiga física y sentimientos de culpabilidad que desgastan sus capacidades, pudiendo provocarle una enfermedad grave. De igual modo es necesario visibilizar esta labor de cuidado, puesto que es de ellos de quien depende que un paciente tenga adherencia al tratamiento, pues, en palabras de la coordinadora de la Red distrital de salud mental, la no adherencia a este, se convierte en una problemática de alta complejidad “Como estamos hablando de pacientes psiquiátricos, es la adherencia al tratamiento. Esa es la problemática más latente en ellos, si ellos no tienen adherencia al tratamiento todo el tiempo van a estar desequilibrados y no van a poder ser funcionales en lo que realicen, por eso andan en la calle, entonces por eso la adherencia al tratamiento, el no tener una atención oportuna o la accesibilidad a los servicios de atención se convierte realmente en una problemática para esta población” (IGG & IG, comunicación personal, 2021).

Ahora bien, si no existe una ruta clara en atención integral para los pacientes, la comunidad y las mismas familias, no se podría identificar esta población, y por ende la ejecución de estrategias para educar a la comunidad frente a esta población, desaparece. Es por lo anterior que desde nuestra práctica y frente a lo arrojado por el diagnóstico, consideramos la necesidad de intervenir en estos espacios, pues al no hacerlo, las brechas de desigualdad aumentan, y con ello, el derecho a una calidad de vida digna desaparece, y es que, en términos de salud, los factores económicos, políticos, sociales y ambientales, influyen de manera directa y sus repercusiones desencadenan pobreza y exclusión social.

Intervenir esta problemática permite visibilizar a los cuidadores y por ende crear estrategias dentro de las políticas públicas de salud mental, que se les incluya como actores relevantes en el manejo patológico de un paciente, por lo que es el cuidador quien sostiene todo el proceso que acarrearán los tratamientos asignados; informar a la comunidad sobre las patologías va a permitir reducir la estigmatización y violencia frente a esta población y a su vez proporcionará en ellos la importancia del cuidado de la salud mental y la prevención e identificación temprana de trastornos derivados de la misma.

2.9 Recursos

Humanos: Es preciso anotar que durante el desarrollo del ejercicio diagnóstico, se contó con los pacientes y cuidadores que manifiestan su voluntad de colaborar en este proceso investigativo (16 personas entre pacientes y/o cuidadores), de ellos se destacan elementos favorecedores como su capacidad de resiliencia para afrontar los altos y bajos que vivencia el sujeto de cuidado y la familia, y entre los miembros de esta los lazos de solidaridad que apuntan a la mejoría y estabilidad del paciente psiquiátrico.

En lo que respecta al recurso humano que conforma al equipo psicosocial de la Red Distrital de Salud Mental, tanto la acompañante institucional, quien lidera el programa de salud mental IGG, como las psicólogas KM y DC tienen un interés fehaciente en desarrollar acciones que contribuyan al bienestar del personal psiquiátrico del distrito, del mismo modo la coordinadora del PIC (Plan de Intervenciones Colectivas), MA de la secretaría de salud, que está presta a promover desde su plan las actividades programadas por la red sobre educación en salud mental.

La psicóloga YLB, quien fuese la encargada de la secretaria de inclusión del distrito y ahora lidera la casa de la mujer, ha sido una ficha clave en el proceso de levante de la información, en cuanto al reconocimiento que tiene entre las familias de los pacientes psiquiátricos y cuidadores por su labor diligente ante los pacientes en crisis.

Institucional: a nivel institucional hay un estrecho vínculo con el centro de rehabilitación La Fortaleza y la organización Serendipia Social, instituciones que brindan acompañamiento a pacientes psiquiátricos y consumidores de sustancias psicoactivas, pero es necesario fortalecer alianzas con dependencias de la administración distrital y otras de carácter privado, entre ellos, policía nacional, Instituciones educativas del Distrito, Hospital, clínica, EPS'S, IPS'S y centros de rehabilitación presentes en la región de Urabá; esto con el objetivo de brindar una mayor cobertura y una mejor atención a quien requiera acompañamiento psiquiátrico o psicológico.

Si bien los recursos antes mencionados son con los que se cuenta de una manera directa e indirecta para el beneficio de la población y de las familias identificadas con pacientes psiquiátricos en el distrito, cabe resaltar que dichas relaciones no son fuerte, es necesario la

articulación de estas, para ofrecer a la comunidad una oferta clara de programas y servicios; es necesario realizar alianzas con instituciones como el Inder, institución que cuenta con una oferta deportiva, en disciplinas como atletismo, fútbol, lanzamiento de disco, judo, entre otros, que si bien no puede ser dirigida a los pacientes con diagnósticos críticos como la demencia o esquizofrenia paranoide, se puede brindar esta oferta a otros, en los que su capacidad de relacionamiento no se ve afectada a causa de su condición, así mismo se encuentran espacios como la casa de la cultura, que brindan a la comunidad la posibilidad de participar en actividades como canto, aprender a tocar instrumentos musicales, danza, grupos folclóricos y demás, lo que se traduce en tiempo libre de calidad para las familia; Por otro lado, existen en la secretaría de salud profesionales que pueden aportar desde un componente educativo a los cuidadores en el manejo de sus emociones, detección temprana del síndrome del cuidador, y más, por medio de las psicólogas que están dentro y fuera de la red distrital, que con una estrategia colectiva en pro del cuidado de la salud mental, se podría a través de talleres formar a los cuidadores; en esa misma línea, a través de profesionales en derecho que están vinculados de forma directa con la secretaría de salud, generar espacios en los que se enseñe a los cuidadores herramientas que le permitan a sus familiares acceder de una forma efectiva a los servicios de salud requeridos por estos, por medio de derechos de petición, tutelas, acción en grupo y/o colectiva.

En ese sentido, la importancia de identificar los recursos con los que se cuenta, permitirá a las practicantes orientar estrategias que posibiliten una intervención realizable y ajustada a las necesidades de la población o sobre la problemática identificada.

2.10 Mapa de actores

Para dar respuesta a la pregunta planteada en este diagnóstico, es necesario identificar a los actores que de manera directa o indirecta construyen la realidad social antes descrita, en ese sentido, es alrededor de los pacientes donde se tejen las situaciones antes mencionadas, sin embargo, la necesidad de estos repercute de manera directa sobre sus cuidadores y el grupo familiar, pues la responsabilidad y la carga del cuidado recaen sobre estos, y son ellos quienes deben enfrentar la realidad de la enfermedad de su familiar.

De igual modo, la comunidad es un actor indirecto que generador de tensiones por el desconocimiento de las patologías y del concepto de salud mental, en esa medida es necesario sensibilizar a la población, con el fin de desmontar esas creencias arraigadas en el hecho de que acudir al psicólogo, es cosa de locos.

Otro actor importante son las instituciones de salud, pues son las encargadas en la atención de los pacientes, pero la falta de rigurosidad en el reporte y la atención del mismo, no permite el goce pleno de los derechos del paciente; por lo tanto, se hace necesario la implementación de estrategias dentro el hospital, que permitan una recepción del caso eficiente, en la cual se identifique al paciente, desde su ubicación residencial, contacto del cuidador, seguimiento de los casos, para de este modo empezar a generar información que permita establecer un censo de dicha población.

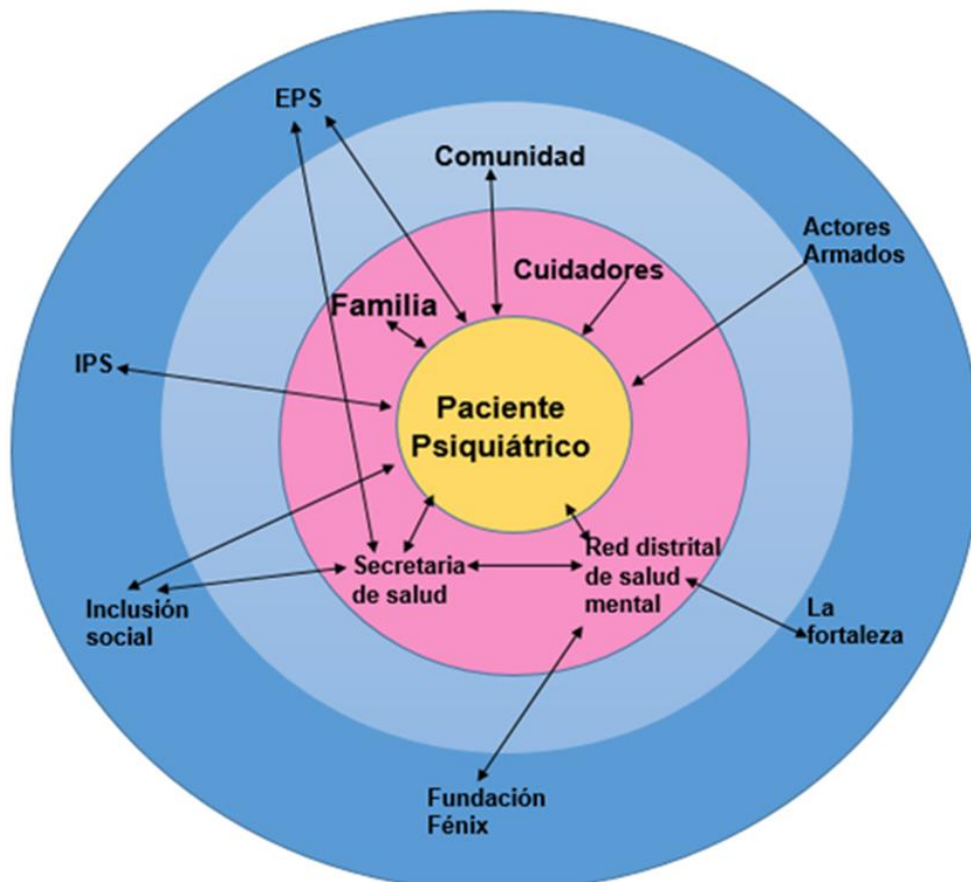
De igual manera, encontramos que la secretaría de salud junto con las fundaciones Fénix y La Fortaleza, resultan indispensable para abordar y acompañar a las familias, en ese sentido, el papel de estas instituciones repercute de forma directa en los pacientes, pero a su vez, posibilitan de manera indirecta una mejor calidad de vida en los cuidadores, es decir, si estas instituciones realizan procesos reales con los pacientes frente a una atención oportuna, vigilancia, y control de los tratamientos, los cuidadores aliviarán sus cargas frente al cuidado, y la disposición de estos frente al acompañamiento de sus familiares, se convertiría en un beneficio mutuo frente al cuidado físico, emocional y mental.

Otro actor que resulta relevante en este análisis, son los grupos armados al margen de la ley, que si bien las dinámicas en torno a la violencia que existe en el Distrito proviene del narcotráfico, el conflicto entre jóvenes, la falta de oportunidades que tienen los mismos frente a sus proyectos de vida y el poco acompañamiento de las instituciones del Distrito, hacen que estos actores armados tomen relevancia de forma directa en la comunidad y por ende en los jóvenes, a través de reclutamiento para sus estructuras; en ese sentido al convivir estos actores dentro de la comunidad y ejercer coerción en la misma, afecta de modo significativo y de forma indirecta a las familias con pacientes psiquiátricos, sobre todo en aquellos que tienen trastornos de demencias y esquizofrenia, pues, los casos de asesinatos que se han presentado en contra de pacientes con

alguno de estos trastornos, da cuenta nuevamente del desconocimiento de la comunidad en general frente a este tema, puesto que, son estos en su mayoría quienes se quejan por los comportamientos de estos pacientes, dejándolos expuestos a desenlaces fatales.

Así pues, es necesario la revisión de las dinámicas que se tejen en torno a las familias que conviven con un familiar con diagnóstico o trastorno mental, las situaciones a las que se enfrentan dan cuenta del abandono no solo de los entes del Distrito, sino del Estado como principal garante de derechos y de protección por medio de las instituciones que hacen presencia en Turbo; del mismo modo es indispensable hacer seguimiento y acompañamiento a las familias, esto permite transitar de una manera digna por la enfermedad de quien vive y de quienes acompañan los procesos de la persona enferma, discapacitada, condiciona, etc.; el papel de las instituciones mentales requiere ser puesto en la lupa, y si bien, en su mayoría son instituciones privadas, la falta de recursos impide a las familias acceder a estos servicios por tiempos prolongados, dado que el costo suele ser muy alto frente a los ingresos de los mismos, se necesita con urgencia una revisión del Estado y la ampliación de coberturas y a su vez la construcción de infraestructura para la creación de centros de rehabilitación mental.

A continuación, se relacionan el mapa de actores que hacen presencia en el Distrito y que repercuten en las familias.

Figura 1*Mapeo de actores*

2.11 Estrategia de intervención

Nuestra profesión tiene que ver con el brindar herramientas a los sujetos en situación de crisis, que le permitan agenciar sus capacidades y de este modo mejorar su realidad individual y social; por consiguiente, el ejercicio de lo teórico-práctico permite adentrarse en el reconocimiento de los actores en su esencia, en su realidad y en el contexto en el que se desarrolla, lo que permite al trabajador social estar en deconstrucción constante a nivel personal y profesional.

La estrategia de intervención a convenir en este proyecto para incidir en la problemática identificada, es el modelo promocional- educativo usado por Molina & Romero (1953). Argumenta que:

Consiste en una acción educativa de información y formación a partir de problemas significativos para los actores involucrados. Mediante procesos de concientización, de capacitación, de movilización de recursos personales, grupales, comunales e institucionales y construcción de redes y alianzas de solidaridad, los actores reconstruyen su realidad y configuran estrategias de acción orientadas a participar en la toma de decisiones, para contribuir a transformar su realidad y con ello acceder a una mejor calidad de vida. (p. 5)

Primero, desde el modelo promocional se orientarán acciones en la comunidad enfocadas en la socialización, difusión y comunicación del concepto de salud mental y las patologías acerca de esta; desde el modelo educativo se busca que los cuidadores reconozcan los derechos que tienen los pacientes y aprendan las herramientas necesarias para la realización de mecanismos legales que les permitan acceder a sus derechos y al restablecimiento de los mismos, a través de esta estrategia se busca eliminar la negligencia por parte de las instituciones de salud, sobre todo en la entrega de medicamentos y la atención rápida del paciente. Estas herramientas van a potenciar en los cuidadores habilidades y empoderamiento que le van a permitir tener mejor calidad de vida en primer momento al paciente, pero que repercute de manera indirecta en el cuidador.

De igual modo, desde el modelo educativo, pero desde un enfoque psicosocial, se pretende intencionar talleres a los cuidadores, con el fin de educarlos en la necesidad de aprender a escuchar nuestros cuerpos, es decir, a entender la salud mental como un estado que subordina el estado físico y emocional de nuestro cuerpo, de nuestro sentir, y a su vez formar grupos de ayuda, en los cuales los cuidadores puedan construir a través de otros y con otros, técnicas de autocuidado ya que con frecuencia el cuidador suele presentar cansancio, agotamiento, fatiga física y sentimientos de culpabilidad que desgastan sus capacidades pudiendo provocarle una enfermedad grave.

Si bien se ha mencionado anteriormente, la labor del cuidado supone una gran carga emocional y física. En algunos casos se evidenciaron estrategias de afrontamiento inadecuadas, algunas son conformistas o escapistas; mientras que otras cuidadoras utilizan estrategias de control basadas en el amor y en la resiliencia, aunque se les note agotadas la motivación de estas mujeres siempre es el amor. No todas levitan en la pasividad, por el contrario, hay más fuerza que debilidad, esto es un punto de partida para mejorar. Elementos favorecedores como el apoyo que se gesta desde la coordinación de bienestar social del distrito, da un poco de color al panorama gris que es

la situación de las cuidadoras de pacientes psiquiátricos; se llevan a cabo gestiones en la consecución de medicamentos y se procura agilizar las remisiones. La coordinadora de esta dependencia, con algo de prisa reconoce alguna de estas mujeres, habla con confianza y dice “yo la llamé y no me respondió, entonces llegué a su casa a entregarle los medicamentos, yo sé cómo sufre esa señora cuando el hijo no duerme” (YLA, comunicación personal, 2021). El esfuerzo de algunos profesionales puede no verse reflejado de forma prominente, pero supone una posibilidad de transformación.

Los relatos desde la tristeza no son todo, trascienden a otro plano, luego de contar experiencias y rutinas diarias con tantas demandas emocionales y físicas escuchamos en repetidas ocasiones discursos cargados de esperanza, lo que permite ver que si bien la situación suele ponerse difícil, los mueve el amor, la esperanza de seguir aportando en el cuidado de sus pacientes, apoyarlos en todo lo necesario, y porque no, como expresaron muchos verlos curados, sanos, que estén tranquilos, que se pongan bonitos; impulsar esos anhelos hasta convertirlos en acciones concretas que mejoren la calidad de vida de pacientes y cuidadores, aportará a la transformación social alrededor de estas familias, cambiará su contextos y las relaciones que se tejen dentro y fuera de sus familias; esto es un primer paso para el cambio... ¡ El amor moviliza, en el amor hay esperanza!.. Para la persona que adquiere la función de cuidar.

3 Trabajo de campo – proyecto de intervención

3.1 Identificación de la situación

Si bien es cierto que la constitución política de nuestro país resalta en su artículo 5° que “El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.” y a su vez reafirma en su artículo 15 que “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”, al hacer un análisis de esto, frente a las familias que tienen un miembro de la misma en condición psiquiátrica, contraria con todo lo expuesto anteriormente; a través de una revisión documental y bases de datos, solo se pudieron ubicar a 13 pacientes, que corresponde a 13 familias, de estratos 1 y 2 (aunque las 2 bases de datos revisadas superan los 90 pacientes cada una), la mayoría con tipología familiar extensa y monoparental, con ingresos económicos bajos, sin embargo, la poca identificación del paciente y su grupo familiar, por parte de las practicantes, se debe a que la mayoría de los números telefónicos no pertenecían al paciente ni a su cuidador o estaban fuera de servicio; esto da cuenta de que si bien el Estado en el artículo 15 resalta su protección para la población con problemas o trastornos mentales, una de las problemáticas halladas es la poca gestión en la identificación de la misma, pues al no contar con información, ubicación y recepción de estos casos, teniendo en cuenta que los identificados en el distrito son pocos, impide que exista una mayor cobertura frente a los programas que puedan crearse en favor de esta y a su vez, genera negligencia en el acceso a la salud, lo que viola un derecho fundamental e inalienable, y de otro lado supone que puede existir un subregistro de pacientes tanto en el Distrito, como en la veredas del mismo.

De igual modo, la información analizada arrojó que sólo 3 familias cuenta con condiciones dignas para suplir las necesidades requeridas por un paciente psiquiátrico, las demás, aunque cuentan con acceso a salud, las condiciones socioeconómicas son bajas, dado que sus fuentes de ingreso depende de lo que sus trabajos informales les provee y en otros casos, de ayuda de familiares en las que el monto no supera el 50% de un salario mínimo, como lo es el caso de la cuidadora MML, de 68 años, madre y cuidadora de un joven con patología esquizofrénica y consumo de SPA, quien manifiesta que “económicamente se sostiene con el pago de la tercera

edad y la plata enviada por sus hijos, y vendiendo bolis cuando los dolores la dejan”. Si bien es cierto que la poca información acerca de esta población genera poca cobertura en los programas y en la accesibilidad a los servicios de salud, el tema económico desencadena otras problemáticas que ponen en riesgo la estabilidad física, emocional y mental tanto del paciente como la del cuidador y su núcleo familiar, para doña N.E.A, quien es madre soltera cabeza de familia, la situación no es muy diferente; ante la pregunta ¿a cargo de quién queda su hijo cuando usted trabaja?, responde “Solo, por eso quisiera algo donde él pudiera pasar el día, que lo puedan cuidar mientras yo trabajo, o una ayuda, que no tenga que trabajar y estar con él”. De este modo se reitera que el no contar con los recursos necesarios, en el caso de la cuidadora N.M., corre el riesgo de que al dejar a su hijo solo esté expuesto a peligros dentro y fuera de su hogar.

Ahora bien, es claro que la falta de recursos económicos se convierte en un limitante para tener calidad de vida y condiciones dignas, pero, el desconocimiento de las patologías psiquiátricas por parte de la comunidad, donde el trastorno predominante es la esquizofrenia, con un total de 7, de los cuales 4 tienen el agravante de paranoia y el resto no especificada; luego le sigue el consumo de SPA² con un total de 3 pacientes, los cuales presentan alteraciones como trastorno de la personalidad, agresividad y en uno de los casos, delirios, sin embargo no tienen un diagnóstico claro debido a que sólo han acudido a un centro médico por situaciones de extrema urgencia; seguido encontramos el trastorno afectivo bipolar con 2 pacientes y por último el trastorno de ansiedad con 1 paciente, genera estigmas y rechazo en la comunidad debido al poco conocimiento acerca de estos diagnósticos y sus síntomas, sobre todo en el caso de la esquizofrenia, y por ende, desencadena miedos en los cuidadores, pues este rechazo se traduce en violencia en contra de los pacientes, como ocurrió con el hijo de doña E.L., quien fuera asesinado por las recurrentes crisis que le generaba el diagnóstico esquizofrénico, haciéndolo una persona agresiva en su entorno social, lo que conlleva a asociar la esquizofrenia con ser una persona violenta o agresiva; esta situación llevó a la comunidad a señalarlo por sus acciones, hasta el punto de que fuese asesinado y si bien esta problemática da cuenta de la falta de información de la cual carece la población con respecto a los trastornos psiquiátricos, también señala su desconocimiento sobre la ruta de atención para estos casos.

² SPA: Consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, es indispensable resaltar que los cuidadores en su mayoría son mujeres y a su vez son la cabeza de la familia, son quienes más sufren la invisibilización de su labor, y esto podría darse por la carga histórica patriarcalista de que la mujer es quien debe llevar a cabo los cuidados y mantener el estatus del hogar “la carga mental que asumen las mujeres al depositarse sobre ellas el trabajo de cuidado. La feminización de la responsabilidad insiste en que son ellas quienes deben sostener las tareas del hogar y es por ello que deben estar pensando no sólo en su trabajo formal sino también en el hogareño, la comida, el aseo de las hijas, la ropa de la familia entera, los pagos de las cuentas, el ir al supermercado, etcétera. Ello conlleva una sobrecarga mental y agotamiento inexperimentado por los varones ocupados en su espacio público. Los trabajos de cuidado son abrumadores y, además, invisibles.” (¿Por qué cuidamos las mujeres?, Pág. 2), esta labor genera cansancio y agotamiento que en muchas ocasiones conlleva a tener expresiones como la de JMV, madre y cuidadora de una paciente con trastorno bipolar y consumo de SPA “Quizás suene feo lo que voy a decir, pero YVM no está en mi corazón” (YVM comunicación personal, 2021); si bien la cuidadora ha sido quien siempre ha estado a cargo de su hija, al conversar con ella se notaba un cansancio y la necesidad urgente de no convivir con ésta, sin embargo, son sus nietos (2 hijos de la paciente) quienes la hacen seguir al lado de su hija, para protegerlos, pues en ocasiones la paciente ha incurrido en maltrato con uno de los menores, vislumbrando así otra problemática de gran envergadura, como lo es el deterioro de las relaciones familiares por la violencia intrafamiliar.

Otro hallazgo que arrojó el análisis de la información, es la atención tan precaria que recibe un paciente psiquiátrico, y esto consiste en que, si bien un paciente tiene atención en los servicios de salud, estos suelen ser muy negligentes e inoperantes a la hora de recepcionar estos casos cuando el paciente está en crisis, es decir, para que exista una atención inmediata, es necesario que el paciente se encuentre en un estado de descontrol en sus síntomas, que lleve noches sin dormir, que tenga alteraciones en su comportamiento o en el peor de los casos, que sus niveles de agresividad aumenten. si bien es cierto que los cuidadores a raíz de su dedicada labor de cuidado reconocen las situaciones que le generan alteraciones al paciente o los síntomas que empiezan a presentar cuando se aproxima una crisis, estas no son razones ni motivos suficientes para que la Eps, hospital, o centro médico atiendan la situación; por otro lado, si bien estos pacientes requieren acompañamiento, control o seguimiento por parte de profesionales como psiquiatras o psicólogos, de acuerdo a las recomendaciones adquiridas en su tratamiento, solo 2 familias tienen visitas

periódicas en lapso de tiempo no mayor a 3 meses con sus psiquiatras o psicólogos ocupacionales. Esto denota la falta de diligencia, acción y cobertura por parte de las Eps s´ a las que están afiliados estos pacientes y por supuesto, por parte de instituciones como la secretaría de salud, y la red distrital de salud mental, entidades que deben hacer control y seguimiento a dichas familias y a la forma en la que se está accediendo a los servicios de salud; salta entonces a la vista la negligencia frente a la garantía de derechos de la población identificada y sumado a eso, es imprescindible dejar de lado, que si bien los pacientes cuentan con afiliación a Eps ´s, en su mayoría subsidiado, el tema en cuanto a la entrega de los medicamentos se convierte en otro talón de Aquiles para el cuidador y el paciente, siendo este último el afectado directo, pero en el caso del cuidador, es en el/ ella sobre quien recae la peor parte de crisis, y junto a eso el cansancio emocional, mental y físico.

Y es que resulta imposible tratar una patología psiquiátrica, cuando la entrega de los medicamentos que se suponen van a calmar y a controlar los síntomas de los pacientes, suele ser tardía, y en ocasiones, para ser entregados al cuidador es necesario la presencia del paciente, y/o como en otros casos, cuando cuidador y paciente no pueden ir a reclamarlos, estos no pueden ser reclamados por una tercera persona, lo que genera muchísima más negligencia y una violación directa al goce del derecho a la salud, puesto que, “El derecho a la salud implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general.” (León, Gañán. Pág. 8), queda evidenciado que tanto pacientes como cuidadores están siendo vulnerados frente a esta situación.

Así pues, es este el escenario ideal para que desde la profesión se apueste por la lucha y la reivindicación del derecho de estas familias, y a su vez, identificar las organizaciones que pueden ser garantes en este proceso, pero, para el caso del Distrito, no hay, de momento, ninguna institución u ONG, a través de las cuales se pueda brindar apoyo a esta población, y aunque existen organizaciones como la fundación la Fortaleza, y aunque brinda atención a esta población, los recursos con los que cuenta no son suficientes para dar una atención integral a los pacientes que así lo requieran. Queda entonces la duda, si frente a esta problemática está fallando el Estado o si bien son las instituciones quienes hacen inoperantes la atención a estos pacientes, o si en vez de

hablar de derecho a la salud, la mirada que se brinda por parte de las instituciones asentadas en el Distrito (secretaría de salud, secretaría de inclusión, red distrital de salud mental, Fundaciones) es la de brindar un servicio.

3.2 Sujetos de la intervención

Es necesario identificar a los actores que de manera directa o indirecta construyen la realidad social antes descrita, en ese sentido, es indispensable ubicar a los actores que se verán beneficiados con la planeación e implementación del proyecto de intervención, cabe resaltar que en este grupo poblacional identificado, la mayoría son familias extensas, monoparental, y a su vez, quienes ejercen la labor de cuidado son mujeres, labor que se le ha venido atribuyendo a las mujeres debido a las construcciones culturales asociadas al género; estas cuidadoras oscilan entre las edades de 45 a 68 años, quienes a su vez, son cabezas de hogar, lo que genera una sobrecarga más en su papel de cuidado.

Como beneficiarios directos del proyecto *cuidando contigo*, encontramos a los cuidadores y familias de pacientes diagnosticados con un trastorno mental o discapacidad, dado que, es alrededor de los pacientes donde se tejen las situaciones antes mencionadas, sin embargo, la necesidad de estos repercute de manera directa sobre sus cuidadores y el grupo familiar, pues la responsabilidad y la carga del cuidado recaen sobre estos, y son ellos quienes deben enfrentar la realidad de la enfermedad de su familiar; es por lo anterior que se ubican a los pacientes como beneficiarios indirectos, puesto que, las acciones implementadas para darles herramientas necesarias a los cuidadores, en aras de emprender acciones que le garanticen el pleno goce de su salud y la del paciente, impactarán de forma positiva en este último (Pacientes).

La secretaría de Salud del Distrito a través de la red Distrital de Salud mental, se convierte en un beneficiario directo, pues es a través de esta institución que se guiarán los procesos, los cuales permitirán el fortalecimiento y la identificación de las debilidades en las actividades y programas antes implementados, por lo tanto su participación dentro del proyecto, les permitirá reconocer las necesidades primarias de los grupos familiares identificados y los pacientes, y a su vez, un alcance a nivel integral para la comunidad en la promoción de actividades que apunten al

reconocimiento y cuidado de la salud mental. De igual modo, la comunidad como generador de tensiones por el desconocimiento de ciertas patologías de trastornos mentales o por su sistema de creencias, se convierte en un beneficiario indirecto, lo que permite la concepción a modo general de una conciencia clara sobre lo que es la salud mental y los factores de riesgo asociados al descuidar de la misma.

Otros grupos que de manera indirecta se verán beneficiadas con este proyecto, son las instituciones de salud, en este caso el hospital Francisco Valderrama del Distrito, esto se debe a que la entrega oportuna de los medicamentos y el seguimiento oportuno de casos por parte de la Red, permitirá la intervención inmediata, lo cual disminuirá las situaciones de crisis de los pacientes (por falta de medicamentos y atención oportuna, así mismo el traslado de estos a dicho centro hospitalario, el cual no cuenta con las condiciones necesarias para la internalización de pacientes en caso de requerirse; por otro lado, las EPS tendrán reporte oportuno, gracias a la vigilancia y seguimiento antes mencionados, brindando así una atención integral y digna en los pacientes, ya que el apoyo social aporta a la calidad de vida de la persona cuidadora, dado que esta es una de las causas que produce estrés “Una EPS a un paciente así debe prestar el servicio a tiempo, a veces se demoran hasta 15 días para autorizar los traslados” (C.M., comunicación personal, 2021); esto da cuenta de la necesidad de coordinar acciones articuladas, para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional (Cuidadores, familia y paciente).

3.3 Justificación

Una persona cuidadora es aquella que asiste o cuida a otra en situación de dependencia funcional y por ende atiende “las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día” (López, 2009, p. 34) De acuerdo con los ejercicios de contextualización del campo de práctica y el estudio diagnóstico desarrollado con los pacientes cuidadores y familias que se encuentran caracterizados en la base de datos de la Red Distrital de Salud Mental de Turbo, quien toma el rol del cuidador por lo general, es también quien se encarga de las labores domésticas y/o el sostenimiento económico del hogar. Su multifuncionalidad se centra en propiciar el bienestar físico y mental del paciente en el hogar o fuera de él, procurando el acceso a los servicios médicos que éste requiera. En la Encuesta Nacional de salud Mental de

2015, se refieren a estos como: “Personas cuidadoras familiares: Es aquella persona que tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado, y que brinda cuidado de forma permanente o transitoria.” (Colombia. Ministerio de justicia., 2015)

En la rutina de cuidado existen diversas situaciones problemáticas, a nivel físico, emocional, mental y en el entramado de relaciones familiares, institucionales y comunales, quienes asumen la labor de cuidado de un paciente psiquiátrico se enfrentan a prejuicios, estigmas, y acciones violentas que atentan contra la integridad física del sujeto de cuidado y la familia del mismo, esto añade una carga emocional adicional al ejercicio de cuidar a otro y desencadena angustias, temores, tensiones y enfermedades que aparecen o se agudizan en el sujeto que cuida

“Si, la presión, zozobra, angustia. Siempre estoy pendiente de que algo va a pasar... Hay mucha intranquilidad en la familia, hay mucha preocupación” (s.a.p., comunicación personal, 2021)

Hacerle frente a tantas responsabilidades sin el conocimiento necesario de la enfermedad o trastorno que padece quien se cuida, desde el desconocimiento de los procesos para acceder y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud ante las instituciones, sin los recursos económicos para cubrir las necesidades básicas de existencia del paciente, sin una red de apoyo sólida para el cuidado, que posibilite el descanso y el manejo adecuado de emociones ante la crisis psiquiátrica y/o en la cotidianidad de la rutina de cuidado, se convierte en un factor de riesgo que desestabiliza la vida y la salud mental de quien da cuidados. El cuidador.

Ante las circunstancias expuestas, es prioritario encaminar las acciones de intervención del proyecto Cuidando contigo, desde lo promocional y lo educativo, hacia el desarrollo de capacidad de agenciamiento y el manejo adecuado de las emociones de los cuidadores, porque, contribuyendo al bienestar físico y mental de este, se potencia un mayor estado de salud en el paciente psiquiátrico. De modo que el aumento de la estabilidad física, emocional y mental de los primeros puede incidir favorablemente en la adherencia a los tratamientos médicos, psicológicos y psiquiátricos de los sujetos con enfermedades mentales y en una reducción significativa de las cargas de estrés en los cuidadores; en el caso contrario, la situación será con el paso del tiempo más compleja en el distrito, al punto de aumentar las hospitalizaciones por crisis, los hechos violentos de los sujetos con condición psiquiátrica hacia la comunidad turbeña y viceversa, los

homicidios y los suicidios de la población a intervenir, lo que repercutirá en más sujetos en crisis a causa del síndrome del cuidador quemado.

Así pues, se considera pertinente desde la mirada del trabajo social la intencionalidad de planear e implementar estrategias de intervención que permitan la construcción de escenarios más seguros, más incluyentes diligentes, y que faciliten la recuperación y/o el mantenimiento de la salud mental de la población psiquiátrica y de quienes acompañan a estos pacientes, porque, se interviene:

"con la población para responder a las necesidades y problemas sociales que se generan con la enfermedad, así como para promover la salud, potenciando el fortalecimiento de las personas y de la comunidad para avanzar en los Derechos Humanos, el bienestar social y la calidad de vida de la población correspondiente a la demarcación territorial o Zona Básica de Salud." Barranco & Rodríguez. 2008, p. 10)

Es válido precisar que, la viabilidad de este plan de intervención está garantizada por el impacto que causará primeramente en los sujetos de intervención (cuidadores) los beneficiarios directos (pacientes psiquiátricos, familiares,) los beneficiarios indirectos (EPS, Secretaria de salud, Hospital HFLV, y la Red distrital de Salud Mental) y la comunidad en general, ya que, al contar con una caracterización real sobre la población psiquiátrica que habita en el municipio, (y que paulatinamente se irá nutriendo con nuevos pacientes, pero también con instituciones que desde lo público y desde el sector privado trabajarán mancomunadamente en pos de contribuir a la salud mental) , se planearán e implementarán acciones fundamentadas en la realidad social y en concordancia con los determinantes particulares de las pacientes, alcanzando una mayor cobertura en el servicio de salud y una mejoría significativa en el estado de salud de los involucrados y en las tensiones que vivencian a raíz de la enfermedad y el proceso de cuidar.

3.4 Objetivo General

Generar procesos socioeducativos de salud mental en cuidadores y pacientes psiquiátricos del distrito de Turbo, para promover el desarrollo de capacidades de agenciamiento en los cuidadores y el fortalecimiento institucional de la red distrital de salud mental, favoreciendo

acciones que apunten a la atención integral, la inclusión social y participación de las personas cuidadoras y los sujetos de cuidado.

3.5 Objetivos Específicos

1. Generar procesos que propicien el autocuidado en los cuidadores de pacientes psiquiátricos y que posibiliten la creación de grupos de escucha.
2. Ejecutar acciones que permitan a las y los cuidadores potenciar habilidades para la implementación de mecanismos que contribuyan al restablecimiento de los derechos de los pacientes.
3. Desarrollar acciones socioeducativas con los profesionales de la Red Distrital de Salud Mental, para posibilitar la prevención de trastornos mentales, la promoción de la salud mental y las rutas de atención para la comunidad del Distrito de Turbo.
4. Fortalecer el trabajo interdisciplinar de la Red Distrital de Salud Mental, con las instituciones públicas y privadas del Distrito, que permitan el reconocimiento de programas y proyectos dirigidos a las familias y comunidad en general de Turbo, para el goce y disfrute de las mismas.

3.6 Conceptualización

Los conceptos que a continuación se definen, son elementos centrales que hacen parte del objeto de intervención y que al representar cómo se entiende las situaciones problemáticas y los sujetos de intervención dotan de sentido las líneas estratégicas que se implementarán para el desarrollo de la intervención con los cuidadores de pacientes psiquiátricos.

-Salud mental: “La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.” (OMS, 2018, párr. 6)

-Paciente: “Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.” (Real Academia Española [RAE], 2020).

-Enfermedad o trastorno mental: “es una alteración sostenida de tipo emocional, cognitiva y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc.” (Clínic Barcelona, 2019, p. 56)

-Cuidador: “Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo” (Expósito, 2018, p. 5)

-Capacidad de agencia: “La capacidad de agencia, se refiere a los recursos con los que cuentan las personas para actuar por su propia vida, para definir y conseguir sus objetivos, metas y propósitos, para elegir y tomar decisiones, haciendo referencia a la libertad que tiene cada sujeto para escoger un modo de vida que tenga razones para valorar.” (Sánchez & Vallejo, 2018, p. 36)

-Intervención promocional: “El Trabajo Social promocional se basa en la motivación, la participación activa, la autogestión y la autonomía como principios reguladores de la acción social y orienta la actuación profesional hacia la organización y promoción de los individuos, grupos y comunidades. La educación y la capacitación como estrategias de acción, cumplen un papel importante en este tipo de actuación profesional, concretizando a través de ellas el cumplimiento de sus objetivos.” (Vélez, s.f.)

-Intervención educativa: “La educación en su forma más compleja re-sitúa los roles antes ejercidos por el Trabajador Social, dándole cabida a un tipo de metodología donde el papel del profesional se coloque en el acompañamiento de procesos individuales y colectivos que permitan subvertir lo establecido, propiciando la construcción ética y política de los sujetos sociales y el afianzamiento de valores para la convivencia.” (Vélez. s.f.)

3.7 Ruta metodológica

En el marco de operación del proyecto de intervención **CUIDANDO CONTIGO**, se desarrollará en clave de una ruta estratégica que se divide en 2 líneas de acción. El proyecto constituye una apuesta institucional por la resignificación de los principios, concepciones y

orientaciones integrales para las personas cuidadoras de pacientes psiquiátricos, los sujetos de cuidado (pacientes) y el fortalecimiento de la Red distrital de Salud Mental.

Es importante resaltar, que, en primera instancia, esta intervención se hará con 13 familias identificadas, por lo tanto, las familias que surjan en el proceso, se caracterizarán y posteriormente se anexarán en la base de datos para su seguimiento. En ese sentido, se agruparan a las cuidadoras en las instalaciones de la Red Distrital de Salud Mental 1 vez por semana hasta lograr 3 sesiones por cada una de las actividades a desarrollar, del mismo modo se realizarán tomas barriales 2 veces por semana durante 1 mes para la socialización, promoción de la salud mental, prevención de trastornos y la entrega de plegables con la ruta de reporte y atención integral de pacientes con trastornos mentales y por ultimo encuentros formativos con los diferentes profesionales que laboran en la secretaría de salud del distrito e inclusión social para el apoyo y fortalecimiento de las acciones que se pretenden desarrollar.

Basados en el modelo de intervención construccionista que se caracteriza por dar al sujeto una participación amplia en la conformación del mundo social y sus significados según Gergen (2005) el construccionismo busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. En tal sentido se reconoce que la intervención social debe contribuir junto con la persona a la búsqueda de soluciones a aquellas realidades que le generan el conflicto, a partir de la construcción de las alternativas que se deriven de su propio mundo, socialmente construido e íntimamente conectado con sus diferentes niveles sistémicos (individuo, familia y sociedad) (Gergen, 2006).

La propuesta metodológica para este proceso transversal integrado, tiene en cuenta la polidimensionalidad que fundamenta la intervención social. Desde un enfoque dual Educativo y promocional que consiste en una serie de acciones educativas de información y formación mediante procesos de concientización, capacitación, movilización de recursos personales y grupales a partir de las concepciones y visiones que se requieren para conectar intención-operacionalización. Desde la dimensión epistemológica pretende dar valor a los conocimientos emergentes en la interacción, por medio de talleres experienciales que resignifiquen las experiencias y los saberes previos de las y los cuidadores identificados, desde lo ideológico, se

enmarca la intención de generar procesos de inclusión y participación que permitan visibilizar acciones desarrolladas por las personas cuidadoras fomentando la autogestión sin barreras en procesos institucionales, a través, del reconocimiento y potenciación de habilidades. La dimensión ética se propone desde la circularidad, a nivel de los procesos institucionales integrados, apostando a la transformación del entorno familiar y la calidad de vida de las personas cuidadoras y los sujetos de cuidado, por medio de la articulación interinstitucional; lo operativo se desarrollará desde dos líneas de acción.

3.7.1 Línea estratégica 1

Línea 1 ¡Me cuido, te cuido! Deconstruyendo el cuidado. La cual está encaminada a la educación de los cuidadores frente a temas como: reconocimiento de habilidades en la labor de cuidar, el autocuidado, la promoción de la salud mental, control y manejo de las emociones

Técnicas:

-Taller Experiencial

Objetivo: Resignificar la labor de las y los cuidadores, a través, de sus experiencias y aprendizajes, como apuesta al reconocimiento de saberes propios y habilidades en la formación de agentes constructores de cambio.

Tejiendo lazos (Colcha de Retazos)

Objetivo: Promover el cuidado de sí, fomentando la corresponsabilidad entre los diferentes actores, reconociendo que la base principal y fuente de apoyo social es la red familiar, proponiendo una redistribución de cargas dentro del entorno familiar, con el propósito de construir relaciones equitativas, en cuanto a roles y tareas en torno al cuidado, definiendo estas por los integrantes de su familia independientemente a su identidad de género.

Taller Psicopedagógico 1. ¡Cómo afrontar el estrés!

Objetivo: sensibilizar a la persona cuidadora sobre formas de afrontamiento de crisis y manejo de situaciones de estrés

Taller Psicopedagógico 2. Acompañamiento Afectivo

Objetivo: Fomentar el desarrollo personal y proyecto de vida, estilos de vida saludables: Creación de entornos protectores hacia el control de problemas y trastornos mentales, organización de la cotidianidad de tal manera que pueda distribuir tareas asociadas al cuidado con otros miembros de la familia.

3.7.2 línea estratégica 2

Línea 2 Tejiendo Juntos. Es una estrategia direccionada en la generación de espacios donde las instituciones socialicen los programas que ofrecen a la comunidad, especialmente aquellos dirigidos a las familias con pacientes psiquiátricos; de igual modo pretende potenciar el reconocimiento de rutas de atención según los requerimientos particulares, identificación de mecanismos en reclamación de derechos de las personas en condición de vulnerabilidad y el direccionamiento de la población a los programas de asistencia y protección social

Técnicas:

Encuentro Formativo/ carrusel de servicios (rutas de atención, programas y proyectos de salud, reconocimiento de instituciones)

Objetivo: Presentación de las instituciones públicas y privadas presentes en la región de Urabá y de los servicios que prestan, a la población con trastornos o enfermedades psiquiátricas y a la comunidad del distrito de Turbo.

Taller. Conozco mis derechos y actuó

Objetivo: sensibilizar a los y las cuidadoras en la identificación y reconocimiento de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad por trastornos mentales, mecanismos de reclamación de derechos (Tutelas, derechos de petición) para el acceso eficaz y oportuno al servicio de salud.

3.8 Sistema de evaluación - matriz de acciones

Las actividades que se desarrollarán a través de las líneas estratégicas, estarán sometidas a seguimiento y evaluación, y de este modo dar cuenta de los momentos del método en la profesión, puesto que, el seguimiento y la evaluación permiten a las prácticas verificar la realización de dichas propuestas y a su vez evaluar el impacto de las mismas y del mismo modo realizar los ajustes necesarios para lograr un impacto positivo del proyecto en la población intervenida. Es por lo anterior, que se hará seguimiento a los objetivos planteados para cada actividad y el logro del mismo, y se sustentará con las distintas fuentes de verificación que darán cuenta de lo realizado.

Tabla 1

Evaluación y seguimiento

SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO					
LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	OBJETIVO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
1 ¡Me cuido, te cuido! Deconstruyendo el cuidado	Taller experiencial	Resignificar la labor de las y los cuidadores, a través de sus experiencias y aprendizajes, como apuesta al reconocimiento de saberes propios y habilidades en la formación de agentes constructores de cambio.	Lograr que se reconozca al cuidador como agente de cambio y transformación a través de su labor.	-Registro fotográfico -Formato de asistencia -Baúl de Sugerencias	-Practicantes de Trabajo Social.

	<p>Tejiendo lazos de (Colcha de retazos)</p>	<p>Promover el cuidado de sí, fomentando la corresponsabilidad entre los diferentes actores, reconociendo que la base principal y fuente de apoyo social es la red familiar</p>	<p>Las y los cuidadores adoptan hábitos de autocuidado y reconocen a la familia como la principal red de apoyo para la labor de cuidado</p>	<p>- Colcha de retazos -Registro fotográfico -Formato de asistencia -Baúl de Sugerencias</p>	<p>-Practicantes de Trabajo Social.</p>
	<p>Taller Psicopedagógico 1. ¡Cómo afrontar el estrés!</p>	<p>Sensibilizar a la persona cuidadora sobre formas de afrontamiento de crisis y manejo de emociones y situaciones de estrés</p>	<p>Los y las cuidadoras reconocen pautas para el manejo de las crisis, lo que disminuye su nivel de estrés</p>	<p>-Registro fotográfico -Formato de asistencia - Baúl de Sugerencias</p>	<p>-Practicantes de Trabajo Social -Equipo psicosocial</p>
	<p>Taller Psicopedagógico 2. Acompañamiento Afectivo</p>	<p>Fomentar el desarrollo personal y proyecto de vida, estilos de vida saludables</p>	<p>Los y las cuidadores, retoman sus proyectos de vida e instauran en ellos estilos de vida saludables, desde lo físico y mental para su desarrollo personal.</p>	<p>-Registro fotográfico -Formato de asistencia -Baúl de Sugerencias</p>	<p>-Practicantes de Trabajo Social -Equipo psicosocial</p>

<p>2 tejiendo Juntos.</p>	<p>Encuentro Formativo/ Carrusel de servicios (presentación de las instituciones públicas y privadas que prestan a la población con trastornos o enfermedades psiquiátricas.)</p>	<p>Presentación de las instituciones públicas y privadas presentes en la región de Urabá y de los servicios que prestan, a la población con trastornos o enfermedades psiquiátricas y a la comunidad del distrito de Turbo.</p>	<p>Se reconocen instituciones que prestan servicios de salud mental por parte de las y los cuidadores, facilitando su acceso a los diferentes programas y proyectos que brindan.</p>	<p>-Registro fotográfico -Formato de asistencia - Baúl de Sugerencias -Entrega de plegables</p>	<p>-Practicantes de Trabajo Social -Equipo psicosocial -Inclusión Social. -Serendipia social -La fortaleza -Fundación Fénix</p>
	<p>Taller: ¡Conozco mis derechos y actúo!</p>	<p>sensibilizar a los y las cuidadoras en la identificación y reconocimiento de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad por trastornos mentales, mecanismos de reclamación de derechos (Tutelas, derechos de petición)</p>	<p>Los y las cuidadoras logran identificar los derechos los pacientes psiquiátricos y a su vez, reconocen los mecanismos de reclamación de derechos.</p>	<p>-Registro fotográfico - Formato de asistencia -Baúl de Sugerencias</p>	<p>-Practicantes de Trabajo Social</p>

3.9 Operatización del cronograma

Tabla 2
Cronograma

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA - MESES (SEMANAS)																															
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Taller experiencial					4	9					2																					
Tejiendo lazos de (Colcha de retazos)						1				1					9																	
Taller: ¿Conozco mis derechos y actúo!							1			2				1																		
Encuentro Formativo/ Carrusel de servicios							2			5				1																		
Taller Psicopedagógico 1. ¿Cómo afrontar el estrés!						5					5			1																		
Taller Psicopedagógico 2. Acompañamiento Afectivo						1					1																					

3.10 Presupuesto

Tabla 3
Presupuesto

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDAD	ITEM	U. DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL	APORTE SOLICITADO
¡TE CUIDO, ME CUIDO! DECONSTRUYENDO EL CUIDADO	Taller experiencial	Material de papelería	caja	1	\$12.000	\$12.000	\$12.000
		Prof.Psiología	Hora	2	\$50.000	\$100.000	\$100.000
		Baffleparlante	Hora	2	\$30.000	\$60.000	\$60.000
		Refrigerios	unidad	30	\$3.000	\$90.000	\$90.000
	Tejiendo lazos (Colcha de retazos)	Materiales de papelería	caja	1	\$12.000	\$12.000	\$12.000
		Psicóloga	Hora	2	\$50.000	\$100.000	\$100.000
		Refrigerios	unidad	30	\$3.000	\$90.000	\$90.000
	Taller: ¡Conozco	Profesional en derecho	Hora	2	\$60.000	\$120.000	\$120.000

	mis derechos y actúo!	portátil	unidad	1	\$1.840.000	1.840.000	1.840.000	
		Proyector de imagen	Unidad	1	\$700.000	700.000	\$700.000	
		Refrigerios	Unidad	30	\$3.000	\$90.000	\$90.000	
TEJIENDO JUNTOS	Encuentro Formativo/ Carrusel de servicios)	Materiales de papelería	caja	1	\$12.000	\$12.000	\$12.000	
		Equipos psicológicos	Hora	2	\$50.000	\$200.000	\$200.000	
		Portátiles y bideobean	Unidad	2	\$1.350.000	\$2.700.000	\$2.700.000	
		refrigerio	Unidad	40	\$3.000	\$120.000	\$120.000	
	Taller Psicopedagógico 1 y 2 ¡Cómo afrontar el estrés, apoyo emocional!	Psicóloga	Hora	2	\$50.000	\$100.000	\$100.000	
		Materiales de papelería	Caja	1	\$12.000	\$12.000	\$12.000	

		Refrigerio	Unidad	30	\$3.000	\$90.000	\$90.000
TOTAL							\$12.372.000

4 Componente de evaluación

4.1 Informe de práctica I

Instalación de la práctica: marzo 11 de 2021

Introducción

El presente informe tiene como objetivo dar a conocer el desarrollo de la práctica académica I, de Trabajo Social, en la Red de salud mental distrital, adscrita a la secretaría de salud. Como primero se hace la contextualización de la agencia de prácticas, en segundo lugar, se hace un recorrido sobre las actividades realizadas y los conocimientos teóricos a aplicados en el desarrollo de la misma, informe de funciones y el alcance de las mismas; por último, se darán las conclusiones puntuales de acuerdo a lo desarrollado en una matriz DOFA.

Objeto de la práctica:

- Caracterización de las afectaciones a las dinámicas familiares de las personas con trastornos mentales.

Objetivos específicos

- Apoyo, dinamización y acompañamiento a la puesta en marcha de las líneas del proyecto de salud mental distrital
- Apoyo y acompañamiento en la planeación de actividades de promoción y prevención
- Levantamiento de la base de datos de pacientes psiquiátricos de la Red Distrital de Salud Mental

Secretaría de salud distrital.

La Secretaria de Salud Distrital es una entidad territorial encargada de dirigir el Sistema general de seguridad social en salud, a través de la gestión de la salud pública, la prestación de

servicios de salud y las acciones de inspección, vigilancia y control a los actores del sistema, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Distrito de Turbo, en el marco del sistema obligatorio de la garantía de la calidad, teniendo como marco general el cumplimiento de los objetivos del milenio y objetivos de desarrollo sostenible, mediante la ejecución, evaluación y control de su Plan de Salud Distrital.

Desde la Secretaría Distrital de Salud se lidera el Plan Territorial de Salud, enmarcado en la plataforma estratégica del Plan de Desarrollo “Turbo ciudad puerto 2020-2023” adopta el modelo PASE a la equidad, siguiendo el desarrollo de sus objetivos y disminuyendo los factores de riesgos poblacionales, articula acciones y esfuerzos para mejorar la atención y la calidad de los servicios de salud, apostándole a la sociedad para que alcancen su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

Programa de Salud Mental Distrital.

Como estrategia para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la intervención de los determinantes de salud, se evaluó y se aprobó en 2020 la política pública de salud mental para el distrito, donde se desarrollen acciones de educación, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

La política pública de salud mental y prevención y atención de sustancias psicoactivas del distrito de Turbo está amparada legalmente por la ley 1616 de 2013, cuyo objeto (Art. 1) es garantizar a la población colombiana el pleno desarrollo del derecho a la salud mental, desarrollando acciones principalmente dirigidas a niños, niñas y adolescentes, en miras de promover la salud mental y prevenir trastornos mentales. A nivel distrital el objetivo principal de la política pública de salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, es promover el reconocimiento de la salud mental como un derecho fundamental que garantice el acceso, calidad y cobertura a los servicios integrales en salud de la población, y que aporten a la reducción de las problemáticas y a los factores de riesgos asociados a la salud mental; por ello, como visión se propone para 2030 mitigar los índices de estrés, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, intentos de suicidio y los factores de riesgo, garantizando mediante la articulación intersectorial la atención a los servicios de salud mental y la prevención

de los trastornos mentales y el uso de sustancias psicoactivas, posicionando así la política pública de Salud Mental en Turbo por el reconocimiento que tendrán los habitantes del distrito sobre la misma y su gozo pleno como un derecho indispensable.

Matriz DOFA

Tabla 4
Matriz Dofa

Fase	Fortaleza	Debilidad	Oportunidad	Amenaza
Acercamiento institucional	Socialización de la política pública y sus líneas de acción. Especificación de campo de acción.	Falta de espacio físico para el trabajo en la agencia, tanto para el grupo psicosocial, como para las practicantes.	Reconocer la política pública para la identificación de puntos claves que nos permitan aportar y fortalecer desde el trabajo social a la misma.	No había en el momento inicial

<p>Acciones del campo práctico</p>	<p>-Actualización de la base de datos de pacientes identificados con trastornos o enfermedades mentales, con el fin de caracterizar el grupo familiar por medio de una visita domiciliaria para la aplicación de instrumento (encuesta).</p> <p>-Tener claridad sobre el concepto de salud mental y las enfermedades y trastornos mentales y algunos de los síntomas asociados a ésta.</p>	<p>- La falta de recursos que imposibilita el acceso a pacientes que están en zonas rurales</p> <p>-La falta de información y bases de datos actualizadas por parte de las instituciones de salud públicas del Distrito.</p> <p>-Poca participación en los procesos de</p>	<p>- La posibilidad de revisar y aportar junto con el equipo psicosocial a la construcción del instrumento de caracterización (encuesta), desde la mirada del trabajo social.</p> <p>-Identificación de roles, jerarquías, y sistemas de creencias de las familias, y su incidencia en la enfermedad del paciente psiquiátrico.</p> <p>-La población del Distrito tiene buena aceptación en la socialización sobre la salud mental.</p>	<p>- Falta de información para continuar con el proceso de caracterización por parte de la agencia.</p> <p>-La falta de voluntad institucional para hacer seguimiento y análisis de los casos identificados y la cobertura de otros.</p> <p>-No hay un objetivo definido para el trabajo a realizar con la población con trastornos o enfermedades mentales.</p> <p>No se desarrollan procesos de planeación, ejecución, seguimiento, evaluación y sistematización, que permita a las practicantes vincularse y aportar desde lo aprendido en la academia.</p> <p>-La poca participación de las practicantes en los procesos que desarrolla la agencia, no permiten validar la relación teórico-práctica para el afianzamiento del quehacer profesional del Trabajo Social.</p>
------------------------------------	--	--	---	---

	<p>-Creación de la oferta de servicios de las instituciones públicas y privadas presentes en el municipio, para ofrecer a la comunidad a través de las líneas de acción de la política pública, el fortalecimiento de la salud mental de los habitantes del Distrito.</p>	<p>promoción del concepto de salud de salud mental y la prevención de consumo de SPA de acuerdo a la planeación de las actividades.</p> <p>-No hay una cohesión entre las actividades, las líneas de acción y la estrategia de salud mental que promueve la política pública, lo que limita el aporte y la participación de las practicantes de una manera más activa.</p> <p>-No hay una integración de las practicantes, en los procesos de planeación de las actividades; en las actividades que se tienen en cuenta, obedecen al momento inicial (saludo, oración, dinámicas rompe hielo, entre otras)</p>	<p>-La importancia de promover y educar sobre la salud mental, desde el Trabajo Social.</p> <p>-El Trabajo Social tiene amplio campo de acción en la implementación de la política pública de salud mental.</p>	
--	---	--	---	--

<p>Acciones académicas</p>	<p>- La claridad y la exigencia de la asesora de prácticas, para la entrega de cada producto.</p> <p>-El interés y acompañamiento de la asesora de prácticas, al proceso de prácticas de las estudiantes.</p>	<p>La virtualidad</p>	<p>-La rigurosidad adquirida para el desarrollo de procesos, teniendo en cuenta los momentos de Trabajo Social (diagnóstico, planeación, ejecución, seguimiento, evaluación y sistematización) para la práctica.</p> <p>-Fundamentación teórica y metodológica que exigen los entregables.</p>	<p>El tiempo en contra para el desarrollo de los entregables, los cuales son de gran envergadura (Teniendo en cuenta las limitaciones por el COVID, el paro nacional y las condiciones propias de ejercicio de la agencia de prácticas).</p>
----------------------------	---	-----------------------	--	--

4.2 Informe técnico

4.2.1 Presentación

El siguiente informe contiene el análisis reflexivo y detallado de las experiencias que surgen en la práctica profesional II, de las practicantes de Trabajo Social de la universidad de Antioquia, seccional Urabá, sede Apartadó, y que se desarrolla en la Secretaría Distrital de Salud de Turbo, en la Red Distrital de Salud Mental.

El caos nacional producto de la emergencia sanitaria por el COVID-19 y la reforma que pretendía volver nuestro país un lugar invivible, desencadenó un paro nacional, por el malestar colectivo de la ciudadanía, esto generó multiplicidad de situaciones que dificultaron en gran medida el funcionamiento (o la normalidad) de las instituciones en las que se están llevando a cabo

los niveles de práctica; sin embargo la asistencia a las agencias de práctica y el desarrollo de las actividades planeadas y asignadas en el campo práctico no se detuvieron, para evidenciar el progreso y análisis de la misma se realizó el siguiente informe a manera de recuento, para evidenciar el progreso en las actividades e intervenciones realizadas en el quehacer práctico.

Este documento, dará cuenta de la evolución en las fases de ejecución de la práctica académica I, la forma en la que se ha desarrollado la intervención desde el Trabajo Social, los objetivos previamente propuestos en el plan de práctica, los logros obtenidos, las dificultades presentadas y los aprendizajes adquiridos; se expondrá entonces, un contraste entre lo propuesto y lo que se ha podido realizar en lo que va del semestre académico.

4.2.2 Reflexión

Es importante iniciar conceptualizando la práctica profesional referenciando a Camelo (2006, p.107) quien plantea que: En Trabajo Social la práctica de entrenamiento profesional es una actividad académica que hace parte del proceso de formación del trabajador social y se realiza directamente en instituciones con el fin de asumir la intervención profesional en situaciones, condiciones y problemáticas reales de un contexto particular.

El objetivo general de la práctica es Acompañar y contribuir teórica y metodológicamente, a los procesos liderados desde la Red Distrital de Salud Mental para la implementación de la política pública "salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas" en las diferentes estrategias que la componen.

Para el desarrollo del objetivo se planificaron acciones organizadas por fases, la intencionalidad de las intervenciones ha sido hasta ahora en función del mismo, se ha hecho necesaria la revisión documental y la utilización de la caja de herramientas, como elementos metodológicos (observación, entrevista, diálogo de saberes, cartografías, entre otras) pertinentes en la práctica profesional.

4.2.3 Objetivos específicos de la práctica

-Contribuir desde la práctica académica a la construcción de herramientas metodológicas para la caracterización de la población con trastornos mentales del Distrito.

-Construcción y actualización permanente de la base de datos de pacientes psiquiátricos y sus cuidadores del Distrito.

-Afianzar el acompañamiento y apoyo psicosocial a las familias de pacientes con trastornos mentales, por medio de visitas domiciliarias que permitan el reconocimiento de las dinámicas familiares.

-Acompañamiento a la implementación de las diversas actividades propuestas desde las líneas de acción del programa SAM, que permitan el fortalecimiento de programas sociales dirigidos a la promoción, prevención y reconocimiento de la salud mental de la población general del Distrito.

-Diseñar una propuesta de intervención que genere conocimientos propios sobre las funciones a desarrollar por el/la profesional en Trabajo Social desde el sector administrativo en salud.

Es necesario resaltar que en el ejercicio práctico se han desarrollado actividades y subactividades de las diferentes fases, pero no han tenido lugar en el orden establecido inicialmente; esto pone en evidencia, que si bien se realizan procesos de planeación para intencionar las acciones, se pueden presentar diversas situaciones que conllevan a la reorganización, pero sobre todo, que marcan una condición necesaria y es la flexibilidad tanto en los profesionales como a los procesos o proyectos en sí que se acompañan dentro y fuera de lo académico, profesional y personal.

4.2.4 Logros e impacto

Se considera un logro la incorporación progresiva en el campo práctico, realmente nos hemos acercado al conocimiento de la realidad social; apostando en este ejercicio práctico conocimientos, herramientas técnicas y metodológicas importantes del trabajo social, lo que ha posibilitado obtener un avance significativo en términos de datos completos y veraces. Las visitas domiciliarias propician la caracterización de manera integral, lo que abre una puerta a la reflexión y permite visualizar lo que podría ser el plan de intervención. Otro logro a resaltar es el giro positivo en torno a las relaciones interpersonales dentro del grupo de trabajo que compone la Red

Distrital de Salud Mental, la estancia constante en la agencia ha generado un ambiente laboral sano y productivo donde se consolidan estrategias que facilitan el desarrollo de las actividades.

Conviene, no obstante, antes de abordar las experiencias específicas, señalar que las prácticas en el programa, actualmente se configuran de un modo especial. Lo más característico sucede en los espacios de visitas domiciliarias y aplicación del instrumento para la caracterización de las familias de los pacientes psiquiátricos, es en esos momentos donde se da la integración y verificación de los conocimientos adquiridos en los semestres teóricos anteriores.

Sin embargo, esbozaremos de forma concreta los logros específicos en los diferentes ámbitos, profesional, académico y personal

4.2.5 Profesional

El acercamiento a las realidades particulares de las familias con pacientes psiquiátricos nos ha exigido aplicar paulatinamente un conjunto de habilidades, para responder acertadamente en situaciones concretas, como el potenciamiento de capacidades en los cuidadores, ya que por algunas razones presentan actitudes pasivas ante gestiones que se deben realizar por el bienestar del paciente y de la familia.

Durante toda nuestra formación se ha hecho hincapié sobre el uso de las habilidades comunicativas y la comunicación asertiva, lo que ha sido una constante en el accionar del ejercicio práctico, han sido necesario utilizarlas todo el tiempo de forma especial, se considera un logro a nivel profesional y personal, hubieron momentos en los que tuvimos que replantear la forma de comunicarnos e involucrar a otros miembros de la familia en la entrevista, reconociendo saberes otros para enriquecer el proceso de caracterización.

Es importante reconocer que las familias, por las situaciones particulares que han vivenciado entorno al Dx o condición de salud de uno de sus miembros, pueden enfrentarse a múltiples situaciones, el miedo, el desconocimiento, la segregación a raíz del padecimiento, o, todo lo contrario, asumirse, retarse, transformarse, empoderarse y agenciar prácticas y habilidades en aras de favorecer la protección, cuidado de sus miembros.

Las estrategias de afrontamiento de cada actor responderán a las experiencias y forma particulares de la vivencia y en cómo se asume la nueva situación o condición de la familia. No todas las personas cuentan con los mismos recursos, por eso ante tales situaciones es fundamental el acercamiento respetuoso a la familia y sus miembros para reconocer y poder comprender los significantes, imaginarios y demás elementos con los que explican y fundamental el Dx y el procesamiento emocional del mismo.

4.2.6 Académico

El avance académico está enmarcado en la identificación de implicaciones como:

- la importancia de las subjetividades
- la significación de la realidad social
- las interacciones

El ejercicio práctico ha permitido el reconocer y asignar valor a las emociones que expresan los actores, cada una de ellas aporta un elemento importante para la reflexión, ya que hay un tipo de información que no se logra obtener con preguntas, allí radica lo imperativo del lenguaje corporal, habilidad que nos ha permitido determinar en algunos casos alteraciones emocionales y frustración, por otra parte el reconocer que las realidades sociales son cambiantes y tienen unas particularidades que definen la forma de intervenir, nos ha ubicado conocer la relación dinámica que se establecen entre los significados y la realidad, las personas hablan desde sus vivencias. En esa misma línea, la inserción en campo ha posibilitado interacciones profesionales que enriquecen el accionar psicosocial.

4.2.7 Personal

El ejercicio práctico además de factores profesionales, supone una relación que trasciende a lo personal en algunos casos. Existen situaciones que permean lo sentimental, al encontrar familias en situaciones complejas, de precariedad, desempleo, carencia de redes de apoyo etc.; pero se ha manejado adecuadamente la implicación afectiva personal, estableciendo límites y realizando un aporte principalmente a la potenciación de las habilidades, promocionando la autogestión en los actores. Del mismo modo, en el quehacer práctico, a nivel general hemos

aprendido a gestionar y expresar o dar manejo a nuestras propias emociones, sentimientos de descontento o frustración, a pensar que los entornos en los que estamos inmersos pueden mejorar cuando hacemos uso de la palabra en positivo

4.2.8 Dificultades

El momento atípico al que nos llevó la pandemia del COVID-19 exigió a la humanidad inspeccionar con detenimiento como continuar la vida cotidiana, teniendo presente los protocolos de bioseguridad para evitar el contagio por Coronavirus; el desarrollo del proceso práctico profesional de las estudiantes de Trabajo Social en la Red Distrital de Salud Mental de Turbo no ha sido la excepción, además de las medidas establecidas por las autoridades nacionales en cuanto al cuidado personal y colectivo, existen una serie de condicionantes y situaciones que se consideran limitantes para el desarrollo cabal de las actuaciones diseñadas en el plan de acción en un momento inicial de la práctica.

La identificación de los conflictos que han surgido a nivel profesional/académico y personal con la puesta en marcha de las actividades y compromisos, planeados y asumidos para el desarrollo de las tres fases de la práctica profesional en el programa de salud mental, posibilita reconocer cuales son los elementos que han impedido un avance efectivo en las acciones propias del Trabajo Social en el campo práctico profesional; así pues, las dificultades más notorias que se han presentado en el campo práctico obedecen a

4.2.8.1 Profesional/Académico:

➤ **Desconocimiento del rol de las practicantes y poca inclusión en los procesos de planeación de la red:** Iniciar el proceso de práctica profesional en el programa de la Red de Salud Mental, fue para nosotras un momento emocionante, porque, confirmaba nuestro avance en el proceso de formación del pregrado en curso y demandaba un aprendizaje más concienzudo sobre Trabajo Social en Salud, trastornos y enfermedades mentales y otros temas relacionados con el sector salud en lo público. Cabe resaltar que nuestro proceso práctico ha estado mediado por condiciones atípicas, la principal de ellas la virtualidad a causa del COVID 19 y luego el cese de actividades académicas por el paro nacional del 28 de abril de 2021.

Con el desarrollo restringido de las acciones en el campo de práctica, las estudiantes nos sentimos inconformes al observar que no éramos tenidas en cuenta para acompañar y aportar desde el Trabajo Social en las jornadas de planeación de las actividades mensuales que coordinaba y ejecutaba el programa de salud mental, ni tampoco nos era socializado el cronograma de acciones y las finalidades de estas, de modo que, nuestra colaboración en los procesos se limitaba a citas esporádicas de imprevisto, donde realizamos las actividades rompe hielo que daban paso a las actividades centrales de los talleres; ante el descontento colectivo, se le manifestó a la asesora institucional nuestro malestar al no ser incluidas, ni valorados los conocimientos teóricos y metodológicos propios del pregrado que cursamos.

Al ser una situación repetitiva, se puso en conocimiento de los coordinadores de regionalización, de prácticas y de la asesora académica la poca voluntad institucional de la agencia de práctica por generar las condiciones necesarias para garantizar verdaderas situaciones que promovieran conocimiento en las actuaciones profesionales de las practicantes. Así pues, con el objetivo de establecer la pertinencia para la permanencia en el campo de práctica se coordinó una reunión con ambas asesoras (Académica: Natalia Arroyave e Institucional: Indira Gulfo), el coordinador de práctica Walter Ríos y las practicantes; en este encuentro se logró manifestar la insatisfacción ante las pocas oportunidades de realización profesional que la agencia estaba generando para las estudiantes y la profesora Natalia a través del recordés de las funciones propias de las practicantes válido la inviabilidad de continuar en las condiciones actuales con la práctica en la Red Distrital de Salud Mental.

Mediante el diálogo y la comunicación asertiva de los y las docentes con la asesora institucional y las estudiantes, se establecieron nuevos acuerdos relacionados con el ejercicio práctico y las funciones de las estudiantes para atender al objetivo real de la práctica sin descuidar las actividades de acompañamiento y dinamización de la estrategia SAM. Gracias a este encuentro y al cumplimiento de los compromisos pactados en la reunión virtual, se pudo reiniciar con las actividades acordadas para la caracterización de las familias con pacientes psiquiátricos, así como también, dar celeridad a la recopilación de información para la construcción de otros productos académicos, y se mejoró el ambiente laboral, lo que favorece la productividad y efectividad de las acciones que se consolidan.

Dicha situación válida varios aspectos que son necesarios tener en cuenta en el relacionamiento con otros actores, uno de ellos la necesidad de la expresión emocional oportuna, es decir de poder poner en evidencia y en la palabra aquello que potencia, favorece o lo que limita e incómoda en el marco de los procesos de trabajo, no es favorable silenciarse y más cuando trabajamos en equipo y nuestro quehacer impacta a otros y otras. El poner en la palabra tiene pues un valor esencial en los procesos de construcción e intervención en lo social. El exponerse y mostrar que se piensa o se siente no es malo, inoportuno o algo a satanizar, todo lo contrario, permite recordar el valor profundo del otro/a y de lo otro, lo que es sumamente importante cuando se construye conocimiento y se apunta a el acompañamiento de procesos sociales, pues somos sujetos diversos y tal condición potencia y enriquece la vida misma.

Otro de los aspectos, es no solo poner en la palabra, si no reconocer el cómo se hace, el impacto que tiene esa expresión emocional en el otro u otra, porque en ese asunto de la forma puedo disponer a conversar y explorar camino y posibilidades o cerrar la comunicación y generar resistencias.

Tales elementos deben ser dispositivos que no podemos olvidar, nos deben marcar alertas para pensar el cómo nos relacionamos, y nos vinculamos y entender como esto puede potenciar y entorpecer la intervención, lamentablemente muchas veces no reconocemos como esto afecta a las personas a las que nos debemos en el marco de nuestro que hacer profesional.

Y finalmente en relación a esta reflexión, es vital reconocer e invitar al encuentro, el coincidir en torno a objetivos y propuestas es un privilegio, pero no siempre nos escapamos a temas de ego, poder y demás aspectos que configuran los relacionamientos en el marco del trabajo en el equipo, no podemos perder de vista los sentidos articuladores, los asuntos del orden de lo profundo que nos motivan a hacer colectivamente.

4.2.8.2 Falta de diligencia para la consecución de la información:

Una de las tareas primordiales que se encomendó al grupo de practicantes, fue la construcción y actualización de la base de datos de los pacientes psiquiátricos de Turbo, puesto que, esta se configura en una herramienta necesaria para establecer comunicación directa con los grupos familiares y cuidadores de personas con trastornos o enfermedades mentales residentes en el Distrito, porque posibilita la identificación de las dinámicas socioculturales, económicas y

ambientales de la población psiquiátrica en el territorio y orienta al equipo psicosocial de la Red Distrital de Salud Mental y a las practicantes de Trabajo Social sobre las necesidades reales de los sujetos y el tipo de procesos que se deben emprender para el bienestar de los mismos.

Para la consolidación de la base, la asesora institucional como primer insumo facilitó un registro de pacientes psiquiátricos que tenía la secretaría de salud (de este primer listado solo se consiguió contactar 9 pacientes, de un total de 63), además se realizó una alianza interinstitucional con el Hospital Francisco Luis Valderrama (HFLV) y la secretaria de Inclusión Social, estos entes se comprometieron a suministrar la información de los pacientes psiquiátricos atendidos en sus instalaciones.

La dificultad en este punto fue la poca diligencia de las agencias por entregar la información con la que se comprometieron; fueron 4 meses en los que se paró el proceso de caracterización de las familias con pacientes psiquiátricos, porque, desde la lógica institucional debía haber un grupo mínimo de 20 pacientes para proseguir con el desarrollo de visitas domiciliarias y entrevistas semiestructuradas a los núcleos familiares.

Para superar este impase las Trabajadoras Sociales en formación, optaron por expresar reiterativamente a la asesora institucional la necesidad de gestionar ante las instituciones la entrega de las bases de datos, pues, este material resultaba indispensable para avanzar con los objetivos de la práctica.

Se infiere ante tal situación, la existencia de un limitante en el sector salud, cuestionando en gran manera, que aun cuando los sistemas de información son una herramienta importante que tiene una relación directa con el mejoramiento, calidad y eficiencia de los servicios de salud, la articulación con las diferentes instituciones es precaria, y por ello los procesos de gestión son condicionados, convirtiéndose en una brecha, que limita la planeación de servicios y la toma de decisiones de salud. La creación, manejo y difusión de la información al interior de las instituciones resulta imprescindible para garantizar la calidad de la salud, sin embargo, el modo en el que guardan y manipulan este recurso, impide dinamizar los procesos y la acción profesional en dicho sector, teniendo en cuenta que son ellos quienes desarrollan programas de salud para la población, de allí la pertinencia en interpelar sobre cómo se identifican las necesidades de las personas en cuanto a los determinantes sociales de la salud (las condiciones socioeconómicas en

que nacen, crecen, viven, laboran y envejecen las personas), si el flujo de información es insuficiente para determinar las demandas. ¿Cómo se interviene en una problemática latente pero que carece de un registro que sustente la existencia de la misma? ¿Cómo se remiten o direccionan los pacientes a las instituciones pertinentes cuando no hay diagnósticos claros? Los interrogantes anteriores enmarcan otra situación problemática que agudiza la crisis evidente del sector en cuestión, la capacidad operativa de una institución prestadora de salud se ve afectada negativamente cuando el recurso informativo es insuficiente, la calidad asistencial y eficiencia de los servicios es cuestionable.

Se hace necesario que los profesionales se sensibilicen, frente a la importancia de la información como herramienta de mejoramiento, la puesta en marcha de una estructura informacional en el distrito es imperante para que funcione articuladamente en las diferentes instituciones, para flexibilizar, dinamizar el intercambio y el flujo eficiente de información, y así garantizar el trabajo en red, la investigación, intervención e innovación en salud pública.

Inconformidad en las lógicas del trabajo en lo público y las fases del método en Trabajo Social: Para las practicantes resultaba desordenada y poco efectiva la modalidad de trabajo del equipo psicosocial de la Red Distrital de Salud Mental, puesto que, el desarrollo de sus acciones está orientado en función de resultados y evidencias que demuestren lo ejecutado de manera tangible, que es lo que se persigue desde el sector público; y no en la lógica del método único del Trabajo Social, en el que nos fue enseñado que para tener intervenciones exitosas hay que realizar un diagnóstico sobre las condiciones de los sujetos y sus necesidades, a partir de este planear las actividades que respondan al objeto de intervención, implementar las acciones y efectuar seguimiento y evaluación constante de las mismas, para determinar el impacto de los procesos desarrollados y hacer los cambios pertinentes en el momento necesario.

Enfrentar la realidad del sector público y lo superficial que puede ser en sus intervenciones, nos hizo reflexionar sobre la postura ético política que debe asumir el profesional en cuanto al desarrollo de sus funciones, los recursos y las posibilidades de acción atadas a intereses políticos, pero, también en la posibilidad que cada individuo tiene para determinar si sus acciones trascienden de actividades vacías a procesos que procuren el bienestar colectivo, o no. En situaciones como estas, en las que se atiende población con diagnósticos psiquiátricos los procesos

a implementar, desde el sector público, deben ser diseñados de manera tal que haya un impacto positivo, duradero y que potencie el bienestar de la población con trastornos y/o enfermedades mentales y de quienes guardan una relación cercana a ellos, de modo que, ante nuevos procesos la población estará presta a participar y beneficiarse de los planes, programas y proyectos que desde las secretarías se impulsen.

Personal

Optimización del tiempo para la construcción de productos: Para las estudiantes ha sido difícil acordar horarios de encuentro para la construcción colectiva de los productos académicos, los diversos roles que desempeñan cada una en su vida personal limita las posibilidades de reunirse en un momento que no interfiera con su labores diarias ni que afecte su bienestar físico y mental; para superar este impase las estudiantes concertaron encuentros periódicos en los que se establece el trabajo a realizar y se comparte la información pertinente para el progreso de los productos académicos e institucionales.

También se considera necesario implementar estrategias que permitan hacer un uso óptimo del tiempo, una de esas estrategias apunta a la elaboración de un calendario de actividades, en el cual se de hora y fecha a las tareas del hogar, el trabajo, las acciones académicas en general, el tiempo en familia y el tiempo libre de cada una de las practicantes; esto va a permitir tener mejor manejo y calidad de tiempo, el cual se vuelve escaso cuando se trata de compartir en familia, siendo estos los más afectados; cuando la mujer es la encargada del cuidado de la casa, los hijos, el trabajo fuera del hogar, y sumado a eso trata y quiere superarse profesionalmente, suelen generarse situaciones de inconformidad y descontento, y, en el caso de las estudiantes no es la excepción, lo que genera sensaciones de insatisfacción y enojo por parte de la pareja, los hijos y demás familiares que comparten el hogar, e incluso para ellas mismas, sin embargo, vale la pena resaltar que el esfuerzo que hacen las practicantes para sumar a su calidad de vida en el ámbito personal, familiar y social las impulsa a seguir adelante, el ser ese ejemplo para los hijos motiva sus ganas de superarse y de otro lado, las bases consolidadas en su paso por la academia les abre un camino de posibilidades para transformar no solo su vida y la de su familia, sino la de la comunidad en la cual están inmersas, aportar a la transformación social, ser portadoras de cambio

y dar las herramientas a otros para lograrlo, reafirma el compromiso de las practicantes con ellas y la profesión .

Estado actual del proceso:

En el siguiente ítem, se da claridad de las fases diseñadas para el desarrollo de la práctica I, el avance alcanzado en su ejecución hasta el momento actual.

Fase I Acercamiento institucional:

Actividad 1. Proceso de reconocimiento de la **secretaría de salud distrital de Turbo** en el programa de salud mental, en donde se instaurará el proceso de práctica de las estudiantes de Trabajo Social

Subactividades:

- Instalación de la práctica académica.
- Presentación con los miembros del equipo psicosocial.
- Socialización de los antecedentes y de los procesos de implementación de la política pública de salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas del Distrito de Turbo.

Estudio y análisis de la política pública, junto con las 5 líneas macro que son: Estrategia SAM, Conecta2 con la vida, Psicoactiva té a lo bien, Violencia 0 y Fortalecimiento a la vigilancia de los eventos en salud mental.

Se logró de manera eficaz el propósito de cada subactividad de la fase I, permitiendo al grupo practicante el establecimiento de relaciones cordiales con el equipo psicosocial y el reconocimiento de la política pública que regula el programa de la Red Distrital de Salud Mental en Turbo.

Fase II Accionando el campo académico.

Actividad 1. Caracterización y reconocimiento de las familias con pacientes psiquiátricos, identificadas en el distrito de Turbo.

Subactividades

- Revisión y actualización de la base de datos de usuarios con trastornos mentales
- Ajustes al formato de caracterización de visitas, a usuarios con trastornos mentales identificados desde secretaría de inclusión.
- Planeación, concertación de las visitas domiciliarias para la aplicación de instrumento de caracterización.
- Visitas domiciliarias y aplicación de instrumentos.

El desarrollo de las subactividades relacionadas con la primera actividad de la fase II, varias veces se interrumpió, por ello, se ejecutó de manera gradual, porque, no se contaba con la información requerida para adelantar el proceso de agendamiento de visitas domiciliarias para la caracterización de las familias con pacientes psiquiátricos. En la actualidad y gracias a los registros que facilitó secretaria de Inclusión se están realizando el proceso de verificación de los pacientes y se están programando 4 visitas domiciliarias semanales para la aplicación de entrevista semi estructurada.

Actividad 2. Articulación con otras instituciones públicas y privadas, para la promoción, prevención y orientación en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Subactividades

- Acompañamiento en la presentación de la política pública de salud mental en las instituciones educativas del distrito.
- Contribuir metodológicamente en el desarrollo de las diferentes actividades de articulación con la fundación terapéutica La fortaleza (vereda El Tíe, Turbo).
- Diseño e implementación de talleres de “Habilidades psicosociales para la vida” en las instituciones educativas.

Estas subactividades no se desarrollaron inicialmente según el cronograma del plan de práctica, por diferentes inconvenientes logísticos y de convocatoria de los participantes a los talleres, puesto que estaban planeados en el momento del tercer pico de COVID. En la actualidad se están reprogramando para su ejecución.

Actividad 3. Planificación y ejecución de estrategias para la presentación de SAM a la comunidad Distrital.

Subactividades

- Socialización de rutas de atención y prevención: Ruta de atención integral de consumo de SPA, ruta de atención integral de trastornos mentales, ruta de atención integral de conductas suicidas, y ruta de atención integral de violencia, a la comunidad.

- Acompañamiento al equipo psicosocial del programa de Salud mental distrital, en la planeación e implementación de las actividades propuestas en cada línea de acción de la estrategia SAM.

De estas subactividades se logró la socialización de las rutas atención con los cultores de la casa de la cultura Hernando Delgado Orrego, la fundación casita encantada y el club juvenil Urabá Junior, además de la conceptualización de Salud Mental y su importancia como derecho individual y colectivo. Con respecto a las líneas de acción de la estrategia SAM se ha participado activamente en los procesos de planeación y socialización de los conceptos básicos de salud mental a la población urbana del distrito de Turbo.

Fase III Acciones académicas

Actividades

- Informe contextual de la práctica profesional
- Diagnóstico
- Proyecto de intervención
- Informe de práctica profesional
- Seminario de prácticas

Subactividades

- Elaboración del plan de acción
- Asesorías virtuales con la docente de prácticas, Natalia Arroyave, sobre el análisis contextual a la agencia de práctica, elaboración del diagnóstico, proyecto de intervención y seguimiento del ejercicio práctico.

De acuerdo a los últimos acontecimientos que se registraron en el país (el paro nacional), la entrega de los productos académicos se vio interrumpida y sólo se pudo hacer la entrega del plan de acción, del mismo modo se suspendieron las asesorías y cualquier entrega o revisión de avance. Por lo tanto, el estado actual de esta fase no pudo ser desarrollada a cabalidad en los tiempos pactados, por lo que se necesitó una reprogramación de fechas para los entregables. Actualmente estamos desarrollando un informe de prácticas y posterior a esto se hará la entrega de los productos faltantes.

Cumplimiento o incumplimiento de la programación y acuerdos iniciales en la práctica

1. **Accionando el campo:** se logró llevar a cabo la mayoría de las actividades propuestas en el plan operativo en torno al acercamiento institucional, al acompañamiento y apoyo a las actividades de promoción y prevención del consumo de SPA y la socialización del concepto de salud mental, sin embargo, hay algunos procesos que debieron ser reprogramados y ajustados de acuerdo a los intereses del buen desarrollo de la práctica académica de las estudiantes.
2. **Falta de articulación institucional interdisciplinar:** limitó el acceso a la gestión de la información de pacientes incluidos en las bases de datos del hospital y la oficina de inclusión social, con trastornos o enfermedades mentales para la Caracterización y reconocimiento de las familias con pacientes psiquiátricos, identificadas en el distrito de Turbo. Esta situación generó atrasos en el desarrollo de nuestra práctica académica, dado que limitaba nuestro campo de acción y ponía en riesgo la entrega de los productos entregables académicamente.
3. **Planificación y ejecución de estrategias para la presentación de SAM:** La falta de vinculación en la planeación para la ejecución de estrategias, imposibilitó a las estudiantes la implementación de herramientas teóricas y metodológicas propias del Trabajo Social, que dieran cuenta y pusieran en prácticas los conocimientos adquiridos en la academia. De igual modo la participación en el desarrollo de las actividades giraba en torno a la ejecución de las mismas, en la aplicación de talleres a jóvenes con antecedentes o consumo de SPA, actividades rompe hielo y/o supervisión o tomas de asistencia de los participantes.

Conclusión: en reunión con las practicantes, la asesora académica, la acompañante institucional y el coordinador de prácticas, realizada el 30 de junio de 2021, se logró establecer

nuevos acuerdos en torno a la vinculación y participación de las practicantes en el diseño, planeación, seguimiento y evaluación de las actividades y procesos desarrollados en la agencia, a su vez se enrutó el objetivo general de la práctica de las estudiantes con el fin de dar continuidad a lo pactado en la instalación formal de la práctica. Del mismo modo se fortalecieron las relaciones interpersonales y profesionales entre practicantes y acompañante institucional, en aras de que ambas partes resulten beneficiadas de las acciones ejecutadas por las practicantes para el fortalecimiento, implementación, ejecución, evaluación y seguimiento de la política pública “salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas del Distrito de Turbo”.

Acuerdos y/o ajustes de prácticas:

- Vinculación en la planeación de las actividades de promoción y prevención en torno a la línea estratégica de SAM.

- Levantamiento de la base de datos para la identificación de pacientes con trastornos o enfermedades mentales.

- Ajuste del formato de caracterización de pacientes psiquiátricos

- Visitas domiciliarias y aplicación del instrumento de caracterización

- Seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas por parte de la asesora institucional a las practicantes.

Figura 2
Cronograma

ACTIVIDADES	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Vinculación en la planeación de las actividades de promoción y prevención en torno a la línea estratégica de SAM	x	x	x	x	-	-	-	-	-							
Levantamiento de la base de datos para la identificación de pacientes con trastornos o enfermedades mentales.	x	x	x	x	X	x										
Ajuste del formato de caracterización de pacientes psiquiátricos.	x															
Visitas domiciliarias y aplicación del instrumento de caracterización.			x	x	X	x										
Seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas por parte de la asesora institucional a las practicantes	x		x		X		x		x		x		x		x	

Decisiones tomadas por las estudiantes.

Un sentimiento de insatisfacción nos invadió desde lo profesional y nos cuestionó sobre la ética que puedan o no tener los profesionales que desempeñan cargos públicos en la actualidad, este análisis nos llevó apresuradamente a querer desistir del proceso práctico en la Red Distrital de Salud Mental, controvertimos la forma en la que se llevan a cabo las actividades desde las diferentes estrategias del programa y sentimos que no había allí un espacio donde pudiéramos potenciar y enriquecer nuestros conocimientos, puesto que en lugar de aportar a la planificación de acciones y dinamizar los procesos, estábamos actuando para unas actividades de las que desconocíamos las intencionalidades o resultados esperados, o si estas tendrían algún seguimiento o si por el contrario sólo serían intervenciones desprovistas de sentido.

Teniendo en cuenta las dificultades en el proceso de la práctica, y la negativa de la acompañante institucional en la vinculación a los procesos de planeación, la implementación de estrategias de la política pública y la falta de la gestión de información para la caracterización de pacientes psiquiátricos, las estudiantes tomaron la decisión junto con la asesora académica de realizar una reunión con el fin de reconocer y definir el desarrollo de la práctica y la continuidad de la misma.

Las estudiantes manifestaron la necesidad de cambiar de agencia, dado que la práctica no se estaba llevando a cabo de la forma que la establece el reglamento, y por otro lado, el quehacer teórico-práctico que permite la reflexión-acción de la profesión en torno a los procesos de intervención, no se estaba aplicando en el campo de la práctica; Sin embargo, el buen uso de herramientas como el diálogo y la empatía, permitieron construir con la asesora institucional nuevos acuerdos que llevaron a las estudiantes a seguir desarrollando su práctica en la secretaría de salud, y de este modo aportar a la construcción de procesos encaminados al cuidado de la salud mental de las familias identificadas con pacientes psiquiátricos, del equipo psicosocial y las practicantes de Trabajo Social implementando acciones que impacten positivamente a la comunidad turbeña en general.

Esta situación de crisis permitió a las practicantes adoptar una posición crítica, reflexiva y propositiva con respecto a las actitudes y acciones apropiadas que el profesional en Trabajo Social debe asumir para la intervención en el campo de la salud mental, para fundamentar, intencionar y corazonar la intervención, porque la identificación de las necesidades que la población psiquiátrica del distrito, sus familia y/o cuidadores que conforman el objeto, debe posibilitar también el reconocimiento de las dificultades que enfrentan quienes implementan las estrategias mejoradoras para transformar los limitantes (sociales, económicos, culturales, relacionales...) en potenciadores de bienestar.

Proyecciones

Desde el programa Red distrital de Salud Mental, adscrito a la secretaría de salud del Distrito de Turbo se pretende implementar la política pública de salud mental, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, es una apuesta ambiciosa que pretende educar a la población en la importancia del cuidado, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la

preservación de la Salud Mental, lo que ha creado altas expectativas en las estudiantes, puesto que, reconocen la importancia del Trabajo Social en la promoción de la salud mental, posibilitando nuevos escenarios que permite desde la práctica académica aportar a la construcción de hábitos de vida saludable. En ese sentido, nuestra práctica está orientada al enriquecimiento y fortalecimiento de las estrategias implementadas por la red distrital de Salud Mental, con el fin de generar procesos sólidos que impacten de manera positiva en las familias del distrito.

En lo personal es un reto para las practicantes el poder aprender acerca de las complejidades que representa la relación a nivel personal, familiar, social, económico y político con un paciente diagnosticado con un trastorno mental, puesto que, enfrentarse con un sistema de salud basado en lo económico nos permite cuestionarnos acerca de nuestro papel en función de la sociedad, como desde nuestros procesos académicos podemos impactar de manera positiva, y aportar a la reivindicación de derechos como el acceso a la salud, en aras de garantizar una vida digna para las familias que transitan el arte del cuidado de un paciente con trastorno o enfermedad mental.

A nivel profesional, el proyecto está orientado en la construcción de un proceso de intervención que incluya y tenga en cuenta el rol de los cuidadores como personas de igual atención que el paciente, dado que este se convierte en soporte, apoyo y proveedor de la persona afectada, y reconocerlo como parte del proceso de sanación recíproca entre paciente y cuidador. Es por esto que como estudiantes nos hacemos el llamado a continuar desarrollando nuestra práctica académica I, II, y III con el fin de generar una propuesta de intervención que perdure en el tiempo y a través de la cual se generen procesos de inclusión a todas las familias del distrito y de la zona de Urabá con pacientes psiquiátricos.

4.3 Informe intermedio de proyecto de intervención

La enfermedad mental es resultado de múltiples factores que influyen y determinan la calidad de vida de los sujetos, estos son de tipo biológicos, ambientales, sociales, económicos, políticos y contextuales; es por ello que el proyecto “CUIDANDO CONTIGO” se enmarca en la idea de resignificar a la persona cuidadora y al sujeto de cuidado, retomando los relatos de los actores que vivencian la experiencia del cuidado, desde sus diferentes realidades, con el fin de darles a conocer herramientas que les permitan tener voz y ser visibilizados dentro de las políticas

públicas presentes y futuras, partiendo del carácter de resignificación que caracteriza la profesión, potenciando capacidades, a partir de la utilización de los recursos sociales que aportarán a la calidad de vida de las personas, la atención integral y la prevención de posibles trastornos mentales.

Partiendo del método de intervención de Trabajo Social (estudio, diagnóstico, planificación y evaluación) se determinó construir desde la escucha, las concepciones y particularidades de los sujetos, espacios que permitieran reconocer los saberes propios de quienes realizan la labor de cuidado y a su vez acompañar desde procesos socioeducativos, acciones que promuevan en los sujetos capacidades y habilidades que garanticen el cuidado propio y el de sus pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, el siguiente informe pretende dar cuenta del desarrollo y el alcance que ha tenido el proyecto de intervención “CUIDANDO CONTIGO” y sus dos líneas de acción, y su vez, dar a conocer en términos de porcentajes su ejecución, del mismo modo, se dará cuenta del alcance del mismo en aspectos institucionales y en relación con el objetivo planteado; por consiguiente se hará hincapié sobre los aspectos que requieran mejorar en clave de las acciones realizadas y la respuesta de los participantes frente a estas, también, se pondrá en contexto las actividades faltantes de las líneas y su alcance en términos de acción. Por último, y no menos importante, se reflexionará sobre el quehacer práctico y profesional y sobre los aprendizajes adquiridos dentro del proceso de ejecución del proyecto.

Contenido

El proyecto “CUIDANDO CONTIGO” fundamentado bajo un enfoque promocional y educativo se desarrolla bajo dos líneas estratégicas de acción. El proyecto constituye una apuesta institucional por la resignificación de los principios, concepciones y orientaciones integrales para las personas cuidadoras de pacientes psiquiátricos, los sujetos de cuidado (pacientes) y el fortalecimiento de la Red distrital de Salud Mental. En esa medida la primera línea **¡Me cuido, te cuido! Deconstruyendo el cuidado**, está encaminada a la educación de las y los cuidadores frente a temas como: reconocimiento de habilidades en la labor de cuidar, el autocuidado, la promoción de la salud mental, control y manejo de las emociones.

En esta línea se orientaron en un primer momento 4 acciones, las cuales correspondían a la realización de 3 talleres y una visita domiciliaria para brindar asesorías frente al cuidado personal

y el apoyo familiar; sin embargo, por temas de baja asistencia, se generó la necesidad de replantear las acciones, realizando 2 talleres y una asesoría por grupo familiar. A continuación, se relacionan las acciones de la línea estratégica 1:

Taller Experiencial:

Objetivo: Resignificar la labor de las y los cuidadores, a través, de sus experiencias y aprendizajes, como apuesta al reconocimiento de saberes propios y habilidades en la formación de agentes constructores de cambio.

A través de este taller se buscó resignificar la labor de las y los cuidadores, como una apuesta al reconocimiento de sus saberes y habilidades adquiridas a lo largo de su labor, y en esa medida dar sentido desde la reflexión propia de los actores, sobre la importancia de los mismos. El desarrollo del taller constó de lo siguiente:

Se dio a conocer un video de presentación sobre cuidadores, ¿qué es un cuidador?, y a partir de esto, se dio paso a una técnica interactiva denominada “construyendo saberes” con el fin de que divididos en 4 grupos, los participantes dialogarán sobre su experiencia, a su vez, encontrar en ellas similitudes y/o situaciones positivas que resaltar y a partir de estas, construir reflexiones y aprendizajes; paso seguido se realizó una cartografía corporal, para conocer los sentires del alma y del cuerpo y a partir de estos hacer una lectura más allá del dolor y hablar sobre la somatización en el cuerpo y por medio de estas, gestionar esas emociones. A partir de la relación de este taller, y a la positiva respuesta de las y los asistentes, encaminaba lo que sería un proyecto genuino, en el que se amarraron las acciones a desarrollar, con el fin de hacer un proceso consciente que permita el reconocimiento de las y los cuidadores, la construcción entre la comunidad y las instituciones; el cierre y evaluación de este taller, permitió llegar a esta conclusión.

Asesorías: Tejiendo lazos (Colcha de Retazos)

Objetivo: Promover el cuidado de sí, fomentando la corresponsabilidad entre los diferentes actores, reconociendo que la base principal y fuente de apoyo social es la red familiar, proponiendo una redistribución de cargas dentro del entorno familiar, con el propósito de construir relaciones

equitativas, en cuanto a roles y tareas en torno al cuidado, definiendo estas por los integrantes de su familia independientemente a su identidad de género.

Para estas asesorías se visitaron a un número de 6 familias, de las 8 programadas, para cada familia se estimó un tiempo de una hora y el número de sesiones fue de 1na sesión por familia, la cual estaba orientada a abordar temas como el síndrome del cuidador quemado, pautas de autocuidado y el reconocimiento de la red de apoyo. La técnica utilizada para desarrollar las asesorías, fueron técnicas interactivas (colcha de retazos), las cuales permitieron a los sujetos repensar y reflexionar sobre su realidad y así exteriorizar sus sensaciones, vivencias, sentimientos y experiencias.

Para reafirmar las acciones direccionadas en las asesorías y seguir en la línea del autocuidado y reconocimiento de la labor de cuidado, la importancia de la familia y de las redes de apoyo, se procedió con la realización del taller “Como afrontar el estrés y acompañamiento afectivo”, donde su objetivo fue, sensibilizar a la persona cuidadora sobre formas de afrontamiento de crisis y manejo de situaciones de estrés, y a su vez fomentar estilos de vida saludables, el desarrollo personal y retomar el proyecto de vida a través del apoyo emocional.

A manera general, se logró lo que se buscaba con el desarrollo de los temas, sin embargo, son las técnicas interactivas las que permiten que estos talleres logren calar en los participantes, por lo que se implementó una técnica llamada “la isla”. Esta actividad interactiva, permitió trabajar en 3 factores, la introspección, porque el cuidador debía pensar en una palabra o acción que le aportaba valor a su vida, la exteriorización de esa palabra o acción en torno a su labor de cuidado, y por último el trabajo en equipo, pues, cada uno con su particular contexto de la realidad, debían buscar la forma de llegar juntos a un punto específico del salón, valiéndose de lo que cada uno aportaba, dando así inicio al desarrollo de las temáticas planteadas.

Los temas trabajados en el taller fueron los siguientes:

Patologías psiquiátricas: a través de este tema se buscó educar a los cuidadores frente a los trastornos más comunes y sus síntomas (Esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar), esto en consecuencia de que la mayoría de los cuidadores que hacen parte del proyecto, no pronuncian bien o no saben que es la enfermedad de su paciente o los síntomas.

Manejo de estrés: si bien es un tema que se ha transversalizado en el taller, se vuelve sobre él dado que, la mayoría de las cuidadoras manifiestan sentir agotamiento, dolores, preocupación constante en relación de su paciente y en la mayoría de los casos, suelen sentirse tristes y aburridas.

Acompañamiento afectivo: Resulta indispensable tratar este tema en compañía de cuidadoras y familiares y la necesidad de los primeros en sentirse acompañados y apoyados por su grupo familiar o red de apoyo, esto permite que haya un mejor ambiente tanto para la cuidadora como la familia y reduce los niveles de estrés que estas puedan llegar a tener y a su vez, retomar los proyectos de vida, los ocios que le generaban goce, con el fin de que se integren nuevamente en la interacción social con fines recreativos o en actividades antes realizadas.

De la primera línea de acción, se logró realizar el 98% las actividades diseñadas, puesto que aún faltan 2 asesorías por realizar, las cuales están previstas para realizarse en la primera semana de abril. A pesar de los ajustes que se tuvieron que realizar, esto en términos de la implementación de la primera línea de acción, deja un balance positivo, puesto que las cuidadoras han respondido a las convocatorias y de otro lado, se han implementado estrategias para hacer llamativa la participación, como lo son, brindar servicio de transporte de ida y vuelta para asistir.

La segunda línea **Tejiendo Juntos**, Es una estrategia direccionada en la generación de espacios donde las instituciones socialicen los programas que ofrecen a la comunidad, especialmente aquellos dirigidos a las familias con pacientes psiquiátricos; de igual modo pretende potenciar el reconocimiento de rutas de atención según los requerimientos particulares, identificación de mecanismos en reclamación de derechos de las personas en condición de vulnerabilidad y el direccionamiento de la población a los programas de asistencia y protección social.

En esta línea se programaron 2 acciones, las cuales corresponden a la realización de una feria de servicios con el fin de presentar a la comunidad, las instituciones públicas y privadas presentes en la región de Urabá que prestan sus servicios a la población con trastornos o enfermedades psiquiátricas; la segunda acción responde a la realización de un taller denominado “conozco mis derechos y actúo”, que busca sensibilizar a los y las cuidadoras en la identificación y reconocimiento de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad por trastornos

mentales, mecanismos de reclamación de derechos (Tutelas, derechos de petición) para el acceso eficaz y oportuno al servicio de salud.

En esta línea, sólo se ha trabajado en la promoción y educación de la ruta integral de atención a consumo de spa y trastornos mentales, a través de tomas barriales, mediante visitas informativas casa a casa o a transeúntes, por lo tanto, en términos de desarrollo y porcentaje, se ha trabajado solo el 33% de esta estrategia; sin embargo, las acciones restantes, están programadas para realizarse en el mes de abril, segunda y tercera semana del mismo.

Así mismo, en términos globales, se ha alcanzado el desarrollo del 78% de las actividades propuestas en el proyecto.

Por otro lado, y, a manera de reflexión, se puede afirmar que se ha hecho visible la necesidad en términos administrativos, de mantener procesos con los cuidadores, entendiendo que el foco del cuidado de la salud mental, no solo debe volcarse sobre el paciente, sino, que se debe poner atención al cuidador primario, al grupo familiar y por supuesto al fortalecimiento de las redes de apoyo; así pues el proyecto elaborado por las practicantes desde la perspectiva institucional, por parte de la Red Distrital de Salud Mental, despertó la necesidad de revisar la forma en que se está implementando la política pública de salud mental y prevención y atención de sustancias psicoactivas del distrito de Turbo, por lo que han hecho mesas interdisciplinarias en salud mental, con el fin de implementar acciones que incluyan a los cuidadores de personas con discapacidad física, cognitiva y mental, y el cuidado de estos en términos de salud mental, física y emocional, por lo que la acogida de este proyecto ha sido mucha, por parte de la institución y de igual modo, ha sido un aliciente para las cuidadoras en términos de reconocerse en ese proceso de cuidado que brindan, al mostrarles la importancia de su valor, lo indispensables y valiosas que son y en el aporte que hacen a la construcción de sociedad.

Es gratificante para las personas cuidadoras que participan en la ejecución de este proyecto, sentirse escuchados y acompañados en su labor de cuidado y sobre todo, saber que hay un equipo psicosocial presto a escucharles en caso de crisis de estrés y/o ansiedad, a brindarles el apoyo necesario para la gestión de citas, medicamentos y/o activación de rutas, situación que antes no era tan recurrente, debido a la falta de información o desconocimiento por parte de los cuidadores,

sobre la existencia de este programa Red Distrital de Salud Mental creado por la Secretaria Distrital de Salud.

En términos del objetivo general planteado en el proyecto: Generar procesos socioeducativos de salud mental en cuidadores y pacientes psiquiátricos del distrito de Turbo, para promover el desarrollo de capacidades de agenciamiento en los cuidadores y el fortalecimiento institucional de la red distrital de salud mental, favoreciendo acciones que apunten a la atención integral, la inclusión social y participación de las personas cuidadoras y los sujetos de cuidado.

Ha respondido de acuerdo a los planteamientos implementados dentro del mismo, y desde la perspectiva de las practicantes, ha superado lo previsto por las mismas, dado que, permitió develar una necesidad latente en los cuidadores y cuidadoras de ser tenidos en cuenta, escuchados y cuidados, de educarlos en cuanto a las patologías y los síntomas, que presentan los pacientes psiquiátricos cada uno de acuerdo a su diagnóstico, que eran reconocidos por los cuidadores de una manera empírica, porque la experiencia del cuidado les ha permitido identificarlos, aun así, muchos desconocían los nombres de las enfermedades que padecen y la importancia de mantener la adherencia al tratamiento y esto en algunas situaciones es impedimento para el acceso a información pertinente y oportuna en cuanto a las acciones de cuidado que se acompañan y sobre todo por la acogida en los cuidadores para el autocuidado de sí.

Lo anterior da cuenta de la importancia de generar procesos que permitan promocionar y educar a la población en términos de cuidado en torno a la salud mental, pero, sobre todo, de brindar herramientas a quienes desempeñan la labor de cuidado que mejoren la calidad de vida de ellos mismos y de sus pacientes, abrir espacios seguros que les permitan ampliar sus redes de apoyo, en los que formen lazos de unión con otros y otras, para caminar sus realidades.

4.4 Informe final proyecto de intervención

Tras finalizar el desarrollo operativo del proyecto de intervención **Cuidando Contigo**, es pertinente realizar un análisis retrospectivo sobre las acciones implementadas desde las líneas estratégicas de la propuesta metodológica inicial, evaluando el cumplimiento y la eficacia de las actividades planteadas y ejecutadas en cada línea con las cuidadoras, los pacientes psiquiátricos y

las familias focalizadas por el grupo practicante de Trabajo Social que tuvo como campo de práctica la Red Distrital de Salud Mental del distrito de Turbo, Antioquia.

Es válido dejar manifiesto de antemano que, debido a situaciones institucionales, de salud pública y otros asuntos relacionados con las dinámicas socioculturales propias del contexto hubo la necesidad de plantear modificaciones y ajustes en la estructura original de las acciones propuestas para la intervención, dichas adaptaciones fueron hechas concienzudamente y con la intencionalidad de llegar a las y los sujetos sin perder el objetivo principal de cada actividad, en procura de brindar información pertinente, veraz y oportuna sobre el autocuidado y el desarrollo de capacidades de agenciamiento para el acceso a los servicios de salud y la reclamación de derechos del sujeto de cuidado a su cargo; todo esto desde un enfoque construccionista, sistémico, en el que junto a las personas se buscaron alternativas de solución para sus realidades, atendiendo a un modelo dual de intervención promocional y educativo que posibilitó la formación, el agenciamiento y el reconocimiento de habilidades, herramientas, mecanismos y recursos que contribuirán al bienestar a nivel individual, familiar y social en salud mental.

En el siguiente cuadro se da cuenta por línea estratégica, el objetivo de las acciones realizadas, la meta alcanzada por los sujetos de intervención, la enunciación de la modificación, si la hubo y el porcentaje de cumplimiento acompañado de una breve descripción sobre el proceso.

Tabla 5
Ejecución de actividades

Línea estratégica 1 ;Me cuido, te cuido! Deconstruyendo el cuidado				
ACCIÓN	OBJETIVO	META ALCANZADA	MODIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO
Taller experiencial	Resignificar la labor de las y los cuidadores, a través, de sus experiencias y aprendizajes, como apuesta al reconocimiento de saberes propios y habilidades en la formación de agentes constructores de cambio.	Se logró el autorreconocimiento del cuidador como persona importante para establecer y mantener el estado de bienestar del sujeto de cuidado a través del desempeño de su labor. Hubo resignificación de la labor de cuidado, al promover el reconocimiento de saberes y habilidades adquiridas en el proceso de cuidar desde el relato de otros cuidadores y el propio	No hubo modificación	100% El taller se desarrolló como se estructuró en la planeación, asistieron en su totalidad los participantes invitados y fue esta acción un momento significativo para las y los cuidadores a reconocerse como sujetos valiosos y con grandes habilidades para efectuar la tarea de cuidar

<p>Asesorías: Tejiendo lazos (Colcha de Retazos)</p>	<p>Promover el cuidado de sí, fomentando la corresponsabilidad entre los diferentes actores, reconociendo que la base principal y fuente de apoyo social es la red familiar</p>	<p>Los cuidadores reconocieron la importancia de la realización de actividades lúdicas, de ocio y descanso, para potenciar el autocuidado en el cuidador, ya que, propicia mayor bienestar en la persona de cuidado.</p> <p>El cuidador reconoció que la familia es su red de apoyo principal y que está bien y es necesario distribuir las tareas en torno al cuidado para evitar el síndrome de cuidador quemado.</p> <p>A través de la técnica colcha de retazos se establecieron acuerdos con las personas presentes en la asesoría para hacer de labor del cuidado una tarea de todos los miembros de hogar</p>	<p>No hubo modificación</p>	<p>100%</p> <p>La implementación de técnicas interactivas para el desarrollo de esta asesoría facilitó que se cumpliera el propósito de la acción con cada uno de los núcleos familiares visitados, de modo tal, que los demás miembros de la familia presentes en el momento de la visita se comprometieron a asumir responsabilidades relacionadas con el acto de cuidar tanto al paciente como al cuidador; pero también sirvió para que la persona cuidadora reflexionara sobre su realidad y lo imperante de comunicar sus vivencias, a cotidianidad del cuidado, sus sentimientos y expectativas porque más allá del rol de cuidador su vida debe continuar.</p>
--	---	--	-----------------------------	---

<p>Taller Psicopedagógico 1. ¡Cómo afrontar el estrés!</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sensibilizar a la persona cuidadora sobre formas de afrontamiento de crisis y manejo de emociones y situaciones de estrés 	<p>Las cuidadoras, reconocieron pautas para el manejo de las crisis y la disminución de los niveles de estrés.</p>	<p>Unificación de talleres</p>	<p>100%</p>
<p>Taller Psicopedagógico 2. Acompañamiento Afectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Fomentar el desarrollo personal y proyecto de vida, estilos de vida saludables 	<p>Las cuidadoras, retomaron sus proyectos de vida e instauran en ellos estilos de vida saludables, desde lo físico y mental para su desarrollo personal</p>		<p>Teniendo en cuenta las múltiples dificultades que se presentaron para la asistencia colectiva de los cuidadores a los talleres, las practicantes decidieron unificar los talleres psicopedagógicos 1 y 2, abordando en este único encuentro 3 tópicos:</p> <p>Patologías psiquiátricas: Esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar, las más comunes entre la población psiquiátrica de Turbo. Este momento fue orientado por la psicóloga de la Red de salud mental Milena Astorquice, quien comentó a las asistentes los síntomas, los detonantes y la importancia de la adherencia al tratamiento.</p> <p>Manejo del estrés: abordado por las practicantes de TS, en este momento se retomaron</p>

			<p>algunas pautas trabajas en encuentros anteriores para el manejo adecuado del stress, por medio del ocio, la práctica de un deporte o hobby, una alimentación saludable, el cambio de ambientes y roles y la ayuda profesional si es necesaria.</p> <p>Acompañamiento afectivo:</p> <p>En este momento la líder de la Red Distrital de Salud Mental, Indira Gulfo, fue quien intervino, hablando a las presentes sobre la importancia de manejar buenas reacciones con familiares, vecinos y amigos, porque se consolidan como las redes primarias que acompañan y apoyan la labor de cuidar y permiten reducir los niveles de estrés que el sujeto cuidador puede llegar a experimentar.</p>
--	--	--	---

Tabla 6
Ejecución de actividades II

Línea estratégica 2 Tejiendo Juntos.				
ACCIÓN	OBJETIVO	META	MODIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO
Feria de servicios	Presentación de las instituciones públicas y privadas presentes en la región de Urabá y de los servicios que prestan, a la población con trastornos o enfermedades psiquiátricas y a la comunidad del distrito de Turbo.	Las cuidadoras y población en general que asistió a la feria de servicios, identificaron las instituciones de carácter público y privado que prestan servicios de salud mental en el distrito de Turbo	Fecha de ejecución	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>Por cuestiones administrativas y de logística el evento de la feria tuvo que posponerse en 2 ocasiones, ya que no existía el recurso económico para cubrir la puesta en marcha de un acto tan importante como el mencionado, por lo anterior se hizo una jornada colectiva con otras dependencias de la secretaría de salud (vacunación y desparasitación)</p> <p>La importancia de la ejecución de esta feria de</p>

				<p>servicios de acuerdo al objetivo de planeación es que la comunidad asistente pudo conocer que instituciones hay en el territorio distrital para la atención de enfermedades o trastornos mentales, así también se socializaron a los participantes las rutas de atención integral por suicidio, por violencia de género y finalmente la ruta por consumo de sustancias psicoactivas. Muchos de los asistentes agradecieron la realización de eventos como este porque permite la recepción de información valiosa relacionada con la salud mental y a las rutas de atención ante sucesos que son cotidianos para la comunidad</p>
--	--	--	--	--

<p>Taller: Conozco mis derechos y actúo</p>	<p>sensibilizar a los y las cuidadoras en la identificación y reconocimiento de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad por trastornos mentales, mecanismos de reclamación de derechos (Tutelas, derechos de petición)</p>	<p>Los y las cuidadoras lograron identificar los derechos de los pacientes psiquiátricos y a su vez, reconocer los mecanismos de reclamación de derechos y las instituciones ante las que pueden interponerse recursos de reclamación de derechos en salud.</p>	<p>Cambio de talleres a asesorías</p>	<p>100%</p> <p>Debido a la baja participación en la convocatoria para desarrollar el presente taller, junto a la acompañante institucional se tomó la decisión de reestructurar el taller de manera tal que se desarrollara este por medio de asesorías en 6 visitas domiciliarias.</p> <p>Así pues, los sujetos de intervención en este encuentro conocieron la existencia de los derechos en salud mental algunos mecanismos y recursos legales que les posibilita la reclamación para el acceso oportuno y eficiente a los servicios de salud.</p>
---	--	---	---------------------------------------	--

4.4.1 Que no se cumplió

El accionar profesional en Trabajo Social implica reconocer cada intervención como un proceso holístico e integrador, que posterior a la identificación de una situación problema, determina un objeto y unas y/o unos sujetos de intervención y en concordancia a estos define un plan de acción objetivo, que al implementarse será flexible con las dinámicas socioculturales y los condicionantes de los participantes, tras el seguimiento y la evaluación continua de las acciones establecidas, lo que facilitará la reestructuración de lo concertado en pos de alcanzar las metas trazadas inicialmente con la intervención.

El proyecto de intervención **Cuidando Contigo**, se desarrolló atendiendo los parámetros del método único en Trabajo Social, retomar este posibilitó impactar positivamente sobre las cuidadoras (sujetos de intervención) de pacientes psiquiátricos, los sujetos de cuidado y sus familias, al visibilizar la valía e importancia y el auto reconocimiento del cuidador y su bienestar, para garantizar la evolución y estabilidad del paciente con trastornos o enfermedades mentales; de la implementación del método se destaca también el alcance que tuvo la implementación de la propuesta dentro de los procesos internos de la Red Distrital de Salud Mental y el eco que generó en la secretaría de salud, al dejar en evidencia la necesidad de incluir a los cuidadores dentro de las líneas bases de la política pública de salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, porque son ellos/as agentes activos que procuran el bienestar de la persona de cuidado permanentemente.

Así como, el desarrollo del proyecto de investigación y la fase de análisis de datos en el diagnóstico posibilitó la apuesta por el reconocimiento del cuidador durante la implementación del proyecto de intervención a nivel familiar y administrativo, también develó la desarticulación a nivel distrital de las entidades prestadoras de salud en salud mental, frente a esta necesidad sentida en etapas iniciales de la planeación de la propuesta de intervención se pensó en la creación de una tercera línea base, con esta se pretendía consolidar la articulación de las instituciones públicas y privadas del distrito que atienden a la población psiquiátrica o consumidora de SPA, con el objetivo de crear una base de datos que facilitará a caracterización de las personas con trastornos y/o enfermedades mentales, el reconocimiento oportuno y veraz de información diagnóstica y de contacto para el seguimiento de casos, además de la vinculación efectiva a programas, proyectos,

investigaciones, etc.... dirigidos a esta población. Aunque esta idea fue rechazada por la asesora académica, debido a las amplias magnitudes de su alcance, siempre las practicantes sugirieron a la acompañante institucional, la necesidad de que la Red de Salud Mental, contara con una base de datos actualizada, pues, posibilitaría la ubicación ágil de casos particulares e información aproximada sobre la cantidad de personas con trastornos psiquiátricos a nivel distrital, de hecho se inició una incipiente base de datos con información que facilitó la secretaria de inclusión social y el hospital Francisco Valderrama, esto permitió la focalización de las 13 familias que participaron en la ejecución de la propuesta de intervención.

En el transcurrir de la práctica, fue notorio el aumento en el número de casos por enfermedades o trastornos mentales, suicidios, hechos violentos de y hacia la población psiquiátrica en las diferentes dependencias e instituciones privadas que tienen presencia en el distrito, esto prendió las alarmas gubernamentales e instó a varios funcionarios a solicitar la construcción de la base de datos de pacientes psiquiátricos para acompañar y brindar mayores y mejores posibilidades de acceso a los servicios de salud a la población en cuestión, lo que materializa la articulación institucional de las dependencias que atienden a estos pacientes y la creación de la base de datos psiquiátrica distrital.

Es gratificante para las personas cuidadoras que participan en la ejecución de este proyecto, sentirse escuchados y acompañados en su labor de cuidado y sobre todo, saber que hay un equipo psicosocial presto a escucharles en caso de crisis de estrés y/o ansiedad, a brindarles el apoyo necesario para la gestión de citas, medicamentos y/o activación de rutas, situación que antes no era tan recurrente, sin embargo, la instrumentalización en la que suelen caer los procesos institucionales y la mecanización de los mismos, en aras de responder a criterios medibles en cifras de acciones específicas, no permiten una continuidad en la que se pueda ver enmarcada una transformación a nivel individual, colectivo y social, que impacte de forma positiva a los sujetos inmersos dentro de esta intervención y/o de cualquier otro programa o proyecto en ejecución. Ahora bien, teniendo identificada una de las situaciones que rentaliza el alcance en los niveles antes mencionados, cabe argumentar la necesidad de pasar de lo medible cuantitativamente a lo cualitativo, dado que esto permite generar confianza por parte de los sujetos con la institucionalidad, permite tener credibilidad en futuros procesos que se tejen a lo largo del camino,

generando una participación más amplia por parte de la comunidad y la continuidad y búsqueda propia del bienestar personal, familiar, colectivo y social por quienes son el foco de atención.

Partiendo de lo anterior, creemos en la imperante necesidad de seguir acompañando a las cuidadoras y cuidadores, y a su vez, ampliar la cobertura a más familias, porque la labor de cuidado más allá de ser un compromiso que muchos y que en su mayoría son mujeres, adquieren a lo largo de su vida, por ser hijas, esposas, hermanas, mamás, entre otras, en términos de “cuidar”, se suman a las cargas que son propias del hogar, y dado que en el distrito la labor de cuidado es una labor invisibilizada que apenas empieza a destilar rayos de luz, hace que el aumento de enfermedades físicas, emocionales y mentales se proliferen de manera silenciosa, desencadenando síndromes como el cuidador quemado, depresión, enfermedades cardíacas y, en ocasiones, hasta la muerte de quienes son cuidados; por eso, el llamado es a no bajar los brazos y no poner la mirada al costado, es necesario y fundamental seguir interviniendo y visibilizar la labor de cuidado como un pilar fundamental en la ejecución de la política pública del distrito.

Por otro lado, es importante resaltar, que durante el proceso de intervención desde el proyecto “Cuidando contigo” se pudo evidenciar el interés por parte de la Red distrital de salud mental en ahondar más en esta problemática identificada, la falta de atención y acompañamiento a quien cuida, por lo que, si bien no se contaba con los recursos necesarios para realizar acciones que permitieran un mejor desarrollo del proceso, era gratificante el despliegue de estrategias implementadas para el desarrollo de talleres, visitas domiciliarias, asesorías y capacitaciones tanto para cuidadores y grupo familiar, como de las practicantes y equipo psicosocial, que iban desde la consecución de recursos económicos propios para la compra de materiales, hasta la utilización de medios de transporte personal para el traslado hacia diferentes lugares donde se debía ir. Esto también permite dar cuenta de que si bien el equipo psicosocial es un personal idóneo y que se comprometen con su quehacer social e institucional, se requiere más apoyo por parte de la secretaría de salud para poder seguir apostando a esta clase de proyectos, que si bien no apuntan a la medición numérica, el impacto a nivel social, es mucho más grande, positivo y permite transformar las realidades de muchas familias en el distrito, mejorando significativamente la calidad de vida de las mismas en temas tan fundamentales y transversales de la cotidianidad de hoy, que es la salud mental.

Nuestro llamado es pues, a seguir levantando los procesos, trascender desde lo palpable a perenne, que la labor de lo social y humano va mucho más allá de transitar entre lo que está bien o mal, sino que nos permite reconocer aquello que es diferente e incorporarlo para transformar las realidades de quienes subsisten en las dinámicas excluyentes de un sistema hegemónico dominante, que brinda pocas garantías en implementación de proyectos y programas que apunten a lo social y sobre todo que promuevan la participación social, la justicia social y la protección de derechos humanos.

5 Otras memorias del proceso

5.1 Plan de práctica I

5.1.1 *Presentación*

El siguiente trabajo, dará cuenta del plan de la Práctica académica del pregrado de Trabajo Social de la universidad de Antioquia, seccional Urabá, sede Apartadó; la cual estará orientada desde el campo de la salud con el fin de reafirmar el quehacer como acción reflexiva del trabajador social, en la línea de salud mental, teniendo en cuenta una apuesta teórica, metodológica, epistemológica y ético-política propias de la profesión. El Trabajo Social tiene la capacidad de reconocer e intervenir la realidad social y transformarla, en ese sentido, la práctica académica se enmarca en poner en acción la relación entre la teoría y la práctica, y la forma en que ambas se complementan de manera interactuante y coexistentes, y la investigación e intervención como una dinámica cambiante, que se modifica según la experiencia del Trabajador social; por lo tanto:

No puede considerarse como algo armónico, estable, procesual; antes bien, la práctica académica tiende a la complejidad, a la incertidumbre y al desafío de madurar el sentido común en conceptos, metodologías y procesos que permitan construir explicaciones, comprensiones o transformaciones de la realidad social. La práctica académica se presenta como un proceso de aprendizaje para los estudiantes, en tanto les permite la reflexión y socialización del quehacer profesional, en donde la realidad de las problemáticas sociales, la institucionalidad, los procesos organizativos, al igual que la relación e interrelación de sus diferentes actores y sectores, propician en ellos la configuración del conocimiento que es evaluado o replanteado con la teoría y con los conocimientos adquiridos durante toda su formación.”(Galeano, et al, 2011, p. 3).

En ese sentido, el programa de salud mental, adscrito a la secretaría de Salud del distrito de Turbo Antioquia, está enfocado en la atención de la población del distrito con trastornos mentales, que en su definición según la OMS “En general, se caracterizan por una combinación de

alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.”, las cuales pueden ser desencadenados por factores sociales, económico, político, cultural y ambiental, al igual que por características individuales del sujeto, como lo son la herencia genética, la alimentación y/o enfermedades; retomando a la OMS, “La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países” así mismo resalta los tipos más comunes de trastornos y que repercuten de manera preocupante en los países en desarrollo (Esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión, psicosis, demencia, entre otros).

Partiendo de lo anterior, la relación del Trabajo Social y la salud mental busca reflejar una problemática que aunque en su devenir histórico se rastrea desde antes del siglo XIII, se viene presentando como un problema creciente en la contemporaneidad, por lo que se hace necesario realizar una práctica académica desde una perspectiva crítica-reflexiva, que permita visibilizar los problemas sociales generados por los trastornos mentales antes mencionados en el entorno social e individual de quien la padece, y a su vez, en la transformación de las dinámicas familiares, debido al cuidado y la atención especial demandada por parte de los cuidadores de dichos pacientes y demás miembros del grupo familiar “ Es en este ámbito donde el trabajo social, como profesión, tiene mucho por hacer. Existe una amplia literatura sobre la intervención y rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental, sin embargo, el trabajo con las familias muchas veces queda de lado, olvidado, sin darle la importancia que merece.” (Hernández, Beatriz. p.10). De otro lado, se hace necesario reconocer el papel de las instituciones con respecto a la implementación y cobertura de programas sociales dirigidos a esta población, dado que, en la mayoría de los casos identificados por parte de la Secretaría de salud del distrito, no cuentan con un seguimiento continuo, que garantice la los cuidados y tratamientos requeridos por el paciente.

Desde la secretaría de Salud, se apuesta hacia la elaboración de un trabajo interdisciplinario que permita la identificación y seguimiento de los casos detectados en la comunidad del distrito de Turbo y, por otro lado, la promoción, prevención y reconocimiento de la importancia que tiene la salud mental y el cuidado de la misma, a través de la política pública “Salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas” como base para un equilibrio entre la salud mental y física, como eje fundamental para tener una mejor calidad de vida, en el ámbito individual, familiar y social.

En relación con lo anterior, se elabora un plan de acción en el cual se hace el reconocimiento del contexto de la institución, las diferentes estrategias enmarcadas en la política pública de “Salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas” del distrito, bandera de secretaria de salud, con el objetivo de tener claridad con respecto a las actividades que demandaran el ejercicio práctico académico; del mismo modo se realizan el objetivo general y específicos que direccionaran la construcción de productos académicos-reflexivos, como articulación de la teoría y la práctica que fundamenten el ejercicio de investigación para la intervención social, por lo tanto, se contara con un cronograma de actividades para el cumplimiento de las mismas. Es indispensable el desarrollo de categorías que permitan la comprensión y análisis del contexto y a su vez la generación de conocimientos que aporten y fortalezcan el Trabajo Social en el campo de la salud mental, para el fomento de acciones en pro de las comunidades.

5.1.2 *Objetivos*

5.1.2.1 Objetivo general

Acompañar y contribuir teórica y metodológicamente, a los procesos liderados desde el programa SAM (Salud Mental) para la implementación de la política pública “salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas” adscrita a la secretaría de salud del distrito de Turbo Antioquia.

5.1.2.2 Objetivos específicos

- Contribuir desde la práctica académica a la construcción de herramientas metodológicas para la caracterización de la población con trastornos mentales del Distrito.
- Construcción y actualización permanente de la base de datos de pacientes psiquiátricos y sus cuidadores del Distrito.
- Afianzar el acompañamiento y apoyo psicosocial a las familias de pacientes con trastornos mentales, por medio de visitas domiciliarias que permitan el reconocimiento de las dinámicas familiares.

- Acompañamiento a la implementación de las diversas actividades propuestas desde las líneas de acción del programa SAM, que permitan el fortalecimiento de programas sociales dirigidos a la promoción, prevención y reconocimiento de la salud mental de la población general del Distrito.
- Diseñar una propuesta de intervención de acuerdo a las necesidades de la comunidad y que, a su vez, genere conocimientos propios sobre las funciones a desarrollar por el/la profesional en Trabajo Social desde el sector administrativo en salud.

5.1.3 Plan operativo

Tabla 7
Plan de acción

FASE O MOMENTO	ACTIVIDADES	SUBACTIVIDADES	METAS	INDICADOR	RECURSOS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Acercamiento institucional	Proceso de reconocimiento de la secretaría de salud distrital de Turbo en el programa de salud mental, en donde se instaurará el proceso de práctica de las estudiantes de Trabajo Social	-Socialización de los antecedentes y de los procesos de implementación de la política pública de salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas del Distrito de Turbo, por parte del equipo psicosocial de la Red Distrital de Salud Mental.	- Reconocimiento de los procesos que se desarrollan en el programa de salud mental, por la secretaría de salud distrital de Turbo en la implementación de la política pública de salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, para la identificación de elementos	Se reconoce el programa de salud mental adscrito en la Secretaría de salud, y las diferentes líneas de acción que se desarrollan para el cumplimiento de la política pública distrital de "Salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas", que orientarán el ejercicio práctico académico.	-Técnicos: Pc, Internet -Humano: Asesora académica, coordinadora institucional, estudiantes de Trabajo Social	- Documento de la política pública de salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas -Diario de campo - Fotografías de encuentros virtuales
		-Revisión del documento de la política pública del Distrito de Turbo				
		-Presentación del grupo interdisciplinar adscritos al municipio de Turbo,				

		a las practicantes de Trabajo Social	claves en la construcción de la contextualización del campo de práctica.			
Accionando el campo práctico-académico	Caracterización y reconocimiento de las familias con pacientes psiquiátricos, identificadas en el distrito de Turbo.	<p>-Revisión y actualización de la base de datos de usuarios con trastornos mentales.</p> <p>-Ajustes al formato de caracterización de visitas, a usuarios con trastornos mentales identificados desde secretaría de inclusión.</p> <p>-Planeación, concertación de las visitas domiciliarias para la aplicación de instrumento de caracterización.</p> <p>-Visitas domiciliarias y aplicación de instrumentos.</p> <p>-Gestión de información con instituciones y profesionales</p>	<p>-Identificación de población con diagnóstico de trastornos mentales, residentes en el distrito de Turbo, para el reconocimiento de la condición actual del usuario y las dinámicas familiares, con el objetivo de direccionar intervenciones futuras.</p>	<p>-Se caracteriza a la población identificada previamente con trastornos mentales, reconociendo el estado actual de la enfermedad y el impacto de esta frente a las dinámicas familiares, para el establecimiento de una ruta de atención al usuario y/o cuidador.</p>	<p>-Técnicos: Pc, Internet, teléfono con plan de minutos.</p> <p>-Papelería: Formato de caracterización</p> <p>-Humano: Equipo psicosocial, coordinadora institucional, estudiantes de Trabajo Social</p>	<p>-Base de datos</p> <p>-Fotografías de las visitas domiciliarias</p> <p>-Notas de campo</p> <p>-Formatos de caracterización diligenciados</p>

		en salud mental.				
Accionan do el campo práctico-académico	Articulación con otras instituciones públicas y privadas, para la promoción, prevención y orientación en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.	- Acompañamiento en la presentación de la política pública de salud mental en las instituciones educativas del distrito. - Contribuir metodológicamente en el desarrollo de las diferentes actividades de articulación con la fundación terapéutica La fortaleza (vereda El Tío, Turbo). - Diseño e implementación de talleres de “Habilidades psicosociales para la vida” en las instituciones educativas.	Participar activamente en la gestión del programa de Salud mental, para el fortalecimiento de las redes institucionales públicas y privadas de la subregión de Urabá.	Se fortalece la red de instituciones públicas y privadas de la subregión de Urabá orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de consumo de sustancias psicoactivas.	-Técnicos: Pc, Internet, teléfono con plan de minutos, Parlante de sonido con adaptación de micrófono, proyector de video. -Papelería: Cartulinas, papel, marcadores, papel craf, tijeras, pelotas, resma de papel, pinturas, cintas, pegamento, globos, block iris, plegable informativo. -Humano: Equipo psicosocial, coordinadora institucional, estudiantes de Trabajo Social -Alimentación: Refrigerios	-Fotografías de las visitas a las instituciones educativas -Notas de campo - Diapositivas de SAM - Publicación de notas periodísticas y ecard en redes sociales por el comité de comunicaciones de la alcaldía distrital.
Accionan do el campo práctico-académico	Planificación y ejecución de estrategias para la presentación de SAM a la comunidad Distrital.	-Socialización de rutas de atención y prevención: Ruta de atención integral de consumo de SPA, ruta de atención integral de	Dar a conocer a la comunidad que es la salud mental y la importancia de la misma para el bienestar individual y colectivo, por medio de la implementación de la estrategia SAM.	La comunidad en general reconoce la importancia de la salud mental como factor determinante para lograr un bienestar	-Técnicos: Pc, Internet, teléfono con plan de minutos, Parlante de sonido con adaptación de micrófono, proyector de video.	-Fotografías de las visitas a las instituciones educativas -Notas de campo - Diapositivas de SAM

		<p>trastornos mentales, ruta de atención integral de conductas suicidas, y ruta de atención integral de violencia, a la comunidad.</p> <p>- Acompañamiento al equipo psicosocial del programa de Salud mental distrital, en la planeación e implementación de las actividades propuestas en cada línea de acción de la estrategia SAM.</p>		<p>integral de la salud.</p>	<p>-Papelería: plegable informativo. Formatos de asistencia.</p> <p>-Humano: Equipo psicosocial, coordinadora institucional, estudiantes de Trabajo Social</p>	<p>- Publicación de notas periodísticas y ecard en redes sociales por el comité de comunicaciones de la alcaldía distrital.</p> <p>-Formatos diligenciados de asistencia.</p>
<p>Proyecto “Cuidando contigo”</p>	<p>Línea 1: ¡Me cuido, te cuido! Deconstruyendo el cuidado.</p>	<p>Taller experiencial: Resignificar la labor de las y los cuidadores, a través, de sus experiencias y aprendizajes, como apuesta al reconocimiento de saberes propios y habilidades en la formación de agentes constructores de cambio</p>	<p>Lograr que las y los cuidadores reconozcan en ellos la importancia de su labor y que a su vez busquen resignificar, a través de sus experiencias y aprendizajes desarrollados frente al manejo y cuidado de las crisis de su familiar (paciente).</p>	<p>Las y los cuidadores reconocen y resignifican su labor, a través de sus experiencias y aprendizajes empíricos frente al manejo y cuidado de las crisis de su familiar, y a su vez, construyen con otros y se reconocen en ellos para</p>	<p>-Papelería: Cartulinas, papel, marcadores, papel craf, tijeras, resma de papel, pinturas, cintas, pegamento, globos, block iris, plegable informativo.</p> <p>-Humano: Equipo psicosocial, coordinadora institucional, estudiantes de Trabajo Social</p>	<p>-Formatos diligenciados de asistencia.</p> <p>-Memoria metodológica</p> <p>-Material fotográfico</p> <p>-Material audio visual</p> <p>- Manualidades</p>

				crear redes de apoyo mutuo.	-Alimentación: Refrigerios	
		Tejiendo lazos (Colcha de Retazos): Promover el cuidado de sí, fomentando la corresponsabilidad entre los diferentes actores, reconociendo que la base principal y fuente de apoyo social es la red familiar, proponiendo una redistribución de cargas dentro del entorno familiar, con el propósito de construir relaciones equitativas, en cuanto a roles y tareas en torno al cuidado.	Involucrar a los familiares de los cuidadores en la labor del cuidado a través de la elaboración de una colcha de retazo, en la que se represente la forma en que pueden aportar desde la unión, al grupo familiar, y que de este modo se reconozcan las responsabilidades en la tarea del cuidado y que, a su vez, se convierta en corresponsabilidad de todos los integrantes del hogar.	Los familiares se involucran de manera consciente frente al apoyo constante de quien realiza la labor de cuidado, y a su vez se reconstruyen las dinámicas familiares, fortaleciendo los vínculos dentro del grupo familiar y los roles de los integrantes de la misma.	-Papelería: Cartulinas, papel, marcadores, papel craf, tijeras, resma de papel, pinturas, cintas, pegamento, globos, block iris, plegable informativo. -Humano: Equipo psicosocial, coordinadora institucional, estudiantes de Trabajo Social -Alimentación: Refrigerios	-Formatos diligenciados de asistencia. -Memoria metodológica -Material fotográfico -Material audio visual -Colcha de retazos

		<p>Taller Psicopedagógico 1. ¿Cómo afrontar el estrés!:</p>	<p>sensibilizar a la persona cuidadora sobre formas de afrontamiento de crisis y manejo de situaciones de estrés</p>	<p>Las y los cuidadores desarrollan habilidades para que les permite enfrentar las crisis y manejar el estrés, a través de la implementación de técnicas de relajación de acuerdo a sus necesidades.</p>	<p>-Humano: Estudiantes de Trabajo Social. Equipo psicosocial, coordinadora institucional -Papelería: papel, marcadores. Otros: Velas aromatizantes, colchonetas, aceites. -Técnicos: Pc, Internet, Parlante de sonido con adaptación de micrófono, proyector de video.</p>	<p>Formatos diligenciados de asistencia. -Memoria metodológica -Material fotográfico -Material audio visual</p>
		<p>Taller Psicopedagógico 2. Acompañamiento Afectivo: Fomentar el desarrollo personal y proyecto de vida, estilos de vida saludables.</p>	<p>Desarrollar con las y los cuidadores sus proyectos de vida con el fin de darles identidad dentro de su entorno familiar y social, generando así entornos protectores y saludables dentro de hogar, de tal manera que se pueda distribuir tareas asociadas al cuidado con otros miembros de la familia.</p>	<p>Las y los cuidadores retoman sus proyectos de vida y mejoran sus estilos de vida, en torno a su desarrollo personal, retomando sus actividades y relaciones sociales.</p>	<p>-Técnicos: Pc, Internet, Parlante de sonido con adaptación de micrófono, proyector de video. -Humano: estudiantes de Trabajo Social. Equipo psicosocial, coordinadora institucional -Papelería: papel, marcadores, resma de papel Alimentación: Refrigerios</p>	<p>Formatos diligenciados de asistencia. -Memoria metodológica -Material fotográfico -Material audio visual</p>

<p>Proyecto “Cuidand o contigo”</p>	<p>Línea 2: Tejiendo Juntos. Fortaleciend o la Red Institucional</p>	<p>Encuentro Formativo/ Carrusel de servicios (presentación de las instituciones públicas y privadas presentes en la región de Urabá y de los servicios que prestan a la población con trastornos o enfermedades psiquiátricas.)</p>	<p>Presentación de las instituciones públicas y privadas presentes en la región de Urabá y de los servicios que prestan, a la población con trastornos o enfermedades psiquiátricas y a la comunidad del distrito de Turbo.</p>	<p>Las familias beneficiarias directas del proyecto y la comunidad en general reconocen las rutas de atención, programas, y proyectos brindados por las diferentes instituciones del distrito y de la región, para un mayor goce de sus derechos y de este modo aportar a una mejor calidad de vida.</p>	<p>-Técnicos: Pc, Internet, Parlante de sonido con adaptación de micrófono, proyector de video. -Humano: estudiantes de Trabajo Social. Equipo psicosocial, coordinadora institucional -Papelería: papel, marcadores, resma de papel Alimentación: Refrigerios</p>	<p>Formatos diligenciado s de asistencia. -Memoria metodológi ca -Material fotográfico -Material audio visual</p>
		<p>Taller, Conozco mis derechos y actuó: sensibilizar a los y las cuidadoras en la identificación y reconocimiento de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad por trastornos mentales, mecanismos de reclamación de derechos</p>	<p>Generar capacidades de agenciamiento en las y los cuidadores, para que de este modo puedan reconocer cuando se le está vulnerando los derechos al paciente bajo su cuidado, y las acciones que debe emprender para el restablecimiento de los mismos.</p>	<p>Las y los cuidadores logran reconocer los derechos de sus pacientes e implementan mecanismos de restablecimie nto para mismos, lo que les permite acceder de una manera oportuna a los servicios de salud.</p>	<p>-Técnicos: Pc, Internet, Parlante de sonido con adaptación de micrófono, proyector de video. -Humano: Profesional en derecho. Estudiantes de Trabajo Social. Equipo psicosocial, coordinadora institucional -Papelería: papel, marcadores, resma de papel</p>	<p>-Formatos diligenciado s de asistencia. -Memoria metodológi ca -Material fotográfico -Material audio visual</p>

		(Tutelas, derechos de petición)			Alimentación: Refrigerios	
Acciones académicas	Análisis contextual de la agencia de práctica.	Asesorías virtuales con la docente de prácticas, Natalia Arroyave, sobre el análisis contextual a la agencia de práctica y seguimiento del ejercicio práctico. Encuentros virtuales de las practicantes de Trabajo Social, para la concertación del plan de escritura y construcción del documento de análisis contextual del programa Salud mental, de la Secretaría de salud Distrital de Turbo como agencia de práctica.	Construcción del documento de contextualización de la agencia de secretaría de salud distrital de Turbo por parte de las practicantes de Trabajo Social.	Las practicantes de Trabajo Social construyeron el documento de análisis contextual del programa de salud mental del distrito de Turbo como agencia de práctica.	-Técnicos: Pc, Internet -Humano: Asesora académica, estudiantes de Trabajo Social	Fotografías -Pantallazos de las reuniones virtuales - Documento de análisis contextual

Acciones académicas	Diagnóstico	<p>Asesorías virtuales grupales con la docente, Natalia Arroyave, para la explicación de los aspectos a tener en cuenta en la construcción del diagnóstico.</p> <p>Encuentros virtuales de las practicantes para establecer los criterios teóricos y metodológicos a tener en cuenta para la identificación del objeto de Intervención.</p>	Identificación del objeto de intervención en el programa de salud mental del Distrito de Turbo, para la implementación de acciones futuras.	Las practicantes de Trabajo Social identificaron el objeto de intervención de acuerdo a los hallazgos encontrados en crac la agencia de práctica.	<p>Técnicos: Pc, Internet</p> <p>-Humano: Asesora académica, equipo psicosocial institucional, estudiantes de Trabajo Social</p>	<p>-Pantallazos de las reuniones virtuales</p> <p>- Documento: diagnóstico y objeto de intervención.</p> <p>Pantallazos de las reuniones virtuales</p> <p>- Documento: Informes, memorias metodológicas.</p> <p>Pantallazos de las reuniones virtuales</p> <p>- Documento: Informes, memorias metodológicas.</p>
	Proyecto de intervención	<p>Asesorías virtuales grupales con la docente, Natalia Arroyave, para acordar las fases de planeación, implementación y evaluación del proceso de intervención en el programa de salud mental.</p> <p>Encuentros virtuales de las practicantes para establecer los métodos, técnicas, y criterios a tener en cuenta para la ejecución de la</p>	Planear, implementar y evaluar la propuesta diseñada para la intervención en el programa de salud mental de la secretaría de salud del distrito de Turbo.	Las practicantes de Trabajo Social implementaron la propuesta de intervención planeada para la mejoría de los hallazgos encontrados en la agencia de práctica.	<p>-Técnicos: Pc, Internet</p> <p>-Humano: Asesora académica, equipo psicosocial institucional, estudiantes de Trabajo Social</p> <p>-Técnicos: Pc, Internet</p> <p>-Humano: Asesora académica, estudiantes de Trabajo Social</p>	

	<p>Proyecto de intervención "Cuidando contigo"</p>	<p>propuesta de intervención.</p> <p>Encuentros virtuales y/o presenciales con la docente Natalia Arroyave y el grupo de practicantes, para dar cuenta de los avances del proyecto de intervención en su etapa de diseño de talleres, metodologías, implementación y seguimiento.</p> <p>Socialización de las técnicas, talleres, y/o herramientas aplicadas en los encuentros con la población intervenida</p> <p>Contextualización del Trabajo Social en salud mental</p> <p>Diligenciamiento del diario de práctica</p>	<p>Presentación de diseño de talleres</p> <p>Realización y entrega de informe, memorias metodológicas de las actividades ejecutadas.</p> <p>Implementar con la docente y las demás practicantes de las técnicas, talleres, y/o herramientas implementadas en el proyecto de intervención.</p> <p>Socialización de los elementos que configuran el Trabajo Social en salud mental al grupo de asesorías de práctica</p> <p>sistematización quincenal del diario de práctica con la descripción de las actividades propias de la agencia.</p>	<p>Las practicantes implementan su proyecto de intervención de acuerdo a las líneas y actividades programadas</p> <p>Las herramientas utilizadas por las estudiantes en las actividades de su proyecto de intervención, son totalmente acertadas, fácil de comprender por los participantes</p> <p>El grupo de asesoría comprende la importancia del trabajo social en salud mental, y los campos en los que puede tener acción.</p> <p>Las practicantes sistematizan las experiencias de práctica como evidencia e insumo para la entrega de informes.</p>	<p>-Humano: Asesora académica, estudiantes de Trabajo Social</p> <p>-Técnicos: Pc, Internet, Tv, marcadores, papel bond.</p> <p>-Humano: Asesora académica, compañeras del grupo de asesoría</p> <p>Técnicos: portátil</p> <p>-Humanos: practicantes de Trabajo Social</p>	<p>Pantallazos de las reuniones virtuales</p> <p>- Documento: taller</p> <p>Diapositivas y fotografías</p> <p>Diario de campo</p>
--	--	--	---	---	--	---

ACTIVIDADES	JUL		AGOS		SEPT		OCT		NOV		DIC		ENERO		FEB	
Socialización de rutas de atención y prevención: Ruta de atención integral de consumo de SPA, ruta de atención integral de trastornos mentales, ruta de atención integral de conductas suicidas, y ruta de atención integral de violencia, a la comunidad.							20									
Acompañamiento al equipo psicosocial del programa de Salud mental distrital, en la planeación e implementación de las actividades propuestas en cada línea de SAM							28									
Asesorías virtuales y/o presenciales con la docente de prácticas, Natalia Arroyave, para la orientación y seguimiento del ejercicio práctico y proyecto de intervención.	6	13	27		9	17	18		1	2	12		4			
Reuniones grupales con el equipo psicosocial del programa salud mental, con el fin de establecer las acciones a desarrollar en la agencia de prácticas.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Encuentros virtuales entre las practicantes de Trabajo Social, para construcción de entregables.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Línea 1: ¡Me cuido, te cuido! Deconstruyendo el cuidado. Taller experiencial							27									
Diligenciamiento del diario de campo de práctica.	C		O		N		T		I		N		U		O	
Contextualización del Trabajo Social en salud mental																
Línea 1: ¡Me cuido, te cuido! Deconstruyendo el cuidado. Tejiendo lazos (Colcha de Retazos)									3							
Línea 1: Taller Psicopedagógico 1. ¡Cómo afrontar el estrés!										18						
Línea 1: Taller Psicopedagógico 2. ¡Acompañamiento afectivo!											2					
Línea 2: Taller, Conozco mis derechos y actuó.												11				
Línea 2: Tejiendo Juntos. Fortaleciendo la Red Institucional. Encuentro Formativo.													8			

5.1.5 Metodología

A partir de los elementos señalados en el plan de prácticas, se pretende orientar una perspectiva epistemológica que permita comprender y visibilizar los vacíos que existen en cuanto al reconocimiento de la Salud Mental como un derecho individual y colectivo; es decir es necesario comprender los significados que tienen los sujetos frente a la Salud Mental desde sus concepciones culturales, políticas, y económicas. Para ello, es necesario partir del paradigma **comprensivo interpretativo**, pues, permite comprender al sujeto desde su subjetividad, percepciones y acciones, las cuales están amarradas a la construcción de identidad, la carga histórica y sistema de creencias, permitiendo una mirada holística de la realidad múltiple de los individuos desde las construcciones sociales de su realidad y así la transformación de esta; el paradigma interpretativo nace con la propuesta de Weber de practicar una ciencia de la realidad de la vida que nos rodea y en la cual estamos inmersos, mediante la comprensión, por una parte, del contexto y significado cultural de sus distintas manifestaciones en su forma actual y, por otra, de las causas que determinaron históricamente que se haya producido así y no de otra forma. (Burgadt, 2004)

A través del diálogo de saberes se pretende identificar las necesidades y problemáticas que yacen alrededor del acceso a la salud, los limitantes, y las redes de apoyo institucional con las que cuentan las personas con patologías psiquiátricas, esto mediante un enfoque de derechos, basados en la participación social que busca que todos los habitantes del distrito de Turbo reconozcan la importancia de la salud mental.

El modelo de intervención que amparará este proyecto será socioeducativo-promocional, puesto que permite a construcción e identificación de redes, en su mayoría solidarias, que permiten a los participantes ser constructores del conocimiento, reconociendo su realidad y con base en esta, plantear estrategias de acción que les permitan desarrollar habilidades que potencien sus capacidades.

6 Reflexiones del quehacer del trabajo social en el marco de la práctica profesional

Todo campo disciplinar requiere de una reflexión permanente y de una producción de conocimiento que se satisface a través de la práctica sistemática de la tarea investigadora (...) las revisiones históricas han puesto de manifiesto lo imbricada que ha estado esta disciplina con la investigación social desde su origen. (Marco & Tomás, 2013, pág. 223).

El Trabajo Social como disciplina, permite la producción y sistematización de conocimiento para la intervención de realidades complejas, a través de la implementación de métodos, técnicas, y teorías congruentes que permitan visualizar la multiplicidad de elementos para la teorización en el campo práctico. En ese sentido, reflexionar acerca de la experiencia práctica exige hacerlo desde las dimensiones que transversalizan el ejercicio; la relación teoría-práctica como dos conceptos coexistentes que al mismo tiempo enmarcan tensiones en lo profesional y hacen necesario replantear asuntos de forma y de fondo, que en el accionar denote su carácter complementario.

En este caso, la práctica académica en el sector salud interpelo de múltiples maneras el pensamiento arraigado a las visiones sobre las grandes transformaciones en los espacios de intervención, entendiendo así la importancia de pensar desde la teoría para incidir en la realidad social, de modo que el pensamiento y las acciones que se desarrollaron, fueron guiadas desde la necesidad de que las personas cuidadoras y su núcleo familiar se reconocieran en lo adverso, pero que a su vez, se visionaran desde sus potencialidades y redes apoyo.

Para comprender dicho contexto, fue necesario bajar la teoría a la realidad de los sujetos, desde una mirada holística que permitiera comprender que la labor del cuidado es atravesada por diferentes determinantes sociales que configuran la forma en que construyen su cotidianidad, determinando sus formas de vida y la manera en que vivencian sus experiencias. En ese sentido, la hermenéutica permitió la interpretación de esa realidad, desde el reconocimiento de la carga socio/histórica que conforma la subjetividad y que posibilita o limita la comprensión y el posterior comportamiento de cada sujeto, abriendo la posibilidad del autoreconocimiento de quien cuida, y la importancia de poner a conversar conceptos como salud, salud-enfermedad y salud mental, bajo este enfoque teórico.

Comprender que la salud va más allá de la ausencia de enfermedades permitió reconocer las dinámicas que se dan en torno al acceso a la salud, y el tratamiento que se le da a esta en poblaciones de bajos recursos, en la que la salud-enfermedad, se asocia con la falta de apariciones de problemas físicos, por lo que la atención frente a esta responde únicamente a lo paliativo, en la cual no se proponen estrategias que posibiliten la prevención de enfermedades, ni la mitigación y cuidado de aquellas que nacen con quien las padece; en ese sentido, no fue un mero asunto de exponerlo en un discurso, tomó tiempo interiorizar y transmitir que estos dos conceptos suponían el punto de partida hacia el reconocimiento de la salud mental desde la mirada de Trabajo Social como un campo de acción amplio, en el que se pueden levantar procesos que dignifiquen la valía de cada cuidador y de sus familias, pues es aquel que cuida quien lleva a cuestras las negligencias que genera el acceso a un derecho fundamental como lo es la salud; ello vislumbró la complejidad que yace en el diálogo entre pensar y hacer, no como acciones consecutivas si no como acciones mediadas por una intencionalidad, siendo esta quien condujo e hizo posible marcar un precedente en la institucionalidad, abriendo un mundo de posibilidades para el cambio, por lo que hacer esta intervención bajo un enfoque socio-crítico, permitió iluminar una realidad y transformar en los sujetos su noción de la realidad frente a lo vivenciado en su labor de cuidado y a su vez poner el foco de atención en los mismos, por parte de la agencia, llegando a la necesidad de implementar estrategias que incluyan a los cuidadores

Esta práctica académica tuvo en cada momento una acción reflexiva, que evidenciaba la complejidad de lo social y cuestionaba nuestra postura frente a lineamientos y procesos que se dan dentro de lo público, y las limitaciones que estas pueden generar en una intervención social; la contextualización posibilitó reconocer el campo práctico, la agencia y las primeras luces para nuestro quehacer, un diagnóstico guiado desde un DRP con el fin de identificar las problemáticas a nivel institucional y del campo práctico de acción, priorizar y reconocer el objeto de intervención.

Si bien el método de Trabajo Social nos permitió la elaboración de nuestro proyecto de intervención, es indispensable resaltar que a la hora de intervenir es necesario definir una metodología que guíe el proceso, que apunte a la realización real de los objetivos, y que responda a la problemática priorizada. Para dar fundamentación a dicha intervención, fue necesario ampararnos bajo un modelo promocional y educativo, dado que este dotaba de carácter acción

inmediata frente a temas como la prevención y promoción de rutas de atención, la realización de actividades a nivel comunitario con el fin de educar frente a la importancia de la salud mental, y a su vez, desde lo educativo orientar acciones dirigidas a las y los cuidadores frente a la importancia de su labor, el autocuidado, mecanismos de reclamación de derechos, poner en ellos la palabra, y la identificación de redes de apoyo, a través de técnicas interactivas, talleres reflexivos, ferias de cuidado y asesorías casa.

Por lo anterior, fue indispensable trabajar desde dos líneas de acción que permitieran abarcar el proceso de un modo en que cada actividad desarrollada, fuera respuesta y complemento de la antes precedida, esto con el fin de hacer una intervención consiente tanto para la agencia, como para los cuidadores y sus familias, que dentro del proceso sintieran que se estaba respondido a una realidad con la que siempre han vivido, la cual han naturalizado y mecanizado a lo largo de su vida, pero que no la habían mirado bajo un pensamiento reflexivo, es decir, que se reconocieran y se nombraran, que comprendieran que sus realidades también podían encontrarlas parecidas en otros y otras, que están dotados de saberes en torno al cuidado y que son fundamentales cuando se desencadena una crisis, pero sobre todo, que aprendieron a escucharse, en lo emocional, en lo físico y lo mental.

Si bien la práctica es el resultado de un engranaje de saberes adquiridos en la academia, es en el quehacer donde se nos posibilita ampliar nuestros aprendizajes y poner a conversar la teoría con los contextos que intervenimos, es ahí donde se transversaliza el ser, desde ahí apuntamos a la necesidad de reconstruir dogmas sociales que sesgan, estigmatizan, e instrumentalizan la acción, olvidando a quienes nos debemos, de ahí la importancia de la reflexión constante dentro del proceso de intervención, para la generación de conocimientos que permitan la construcción de procesos enriquecedores que trascienden en el tiempo y en la realidad de los sujetos.

Así pues, la vivencia práctica significó una gran experiencia formativa, que desafió el hecho de asumir abiertamente la profesión de Trabajo social y las múltiples dificultades a las que se enfrenta un en lo público, pero también dejó en evidencia un entramado de posibilidades para intervenir por la defensa de los derechos humanos y la necesidad de propiciar la participación ciudadana en diferentes dimensiones de la vida social.

El accionar teórico-práctico abrió la perspectiva del reconocimiento del otro y la apuesta por incidir en la reivindicación de lo negado, de lo olvidado pero indispensable para la vida humana, de allí el reconocimiento de la existencia de múltiples impedimentos para el acceso integral a los servicios de salud, lo que interpeló sobre las formas de intervención social, pero también por el papel que desempeña el trabajador social en la salud mental.

El reconocimiento de las realidades que enfrentan los pacientes psiquiátricos, sus cuidadores y familias en relación con la política pública vigente en salud mental y las acciones desarrolladas por las instituciones públicas distritales vislumbra la complejidad que enfrentan las personas con trastornos y/o enfermedades mentales, poniendo en cuestión lo imperante de resignificar los procesos que ejecuta las distintas dependencias e instituciones prestadoras de salud.

Guiar la práctica desde las experiencias cotidianas de los sujetos dio lugar al reconocimiento de los saberes comunes, los cuales en muchas ocasiones son susceptibles a interpretaciones o implicaciones personales, el dolor del otro se pudo sentir, pero ello no impidió operar desde la apertura de las potencialidades existentes en ellos. El hecho de comprender el contexto social en el que estamos inmersos, permitió visualizar caminos o rutas que al reconocerlos y reflexionar los propician la intelección del sentido más amplio del ser y del ser con otros; la ganancia más grande del ejercicio práctico fue mostrar un mundo con posibilidades de acción y cambio, en el hecho de desacomodarse de lo naturalizado, de lo aceptado y lo que ha generado por mucho tiempo pasividad en los sujetos.

De lo anterior, se puede decir que, aunque no estén exentos de situaciones de desigualdad, inequidad e injusticias, se logró despertar en los cuidadores de pacientes psiquiátricos y algunos miembros de su familia, herramientas iniciales para reclamar sus derechos, su accionar como sujetos individuales y colectivos podría estar guiado por el despertar de una capacidad de agenciamiento, la cual es necesaria para el mejoramiento de su calidad de vida.

Como análisis reflexivo se puede afirmar que, aunque la práctica esté condicionada por modos culturales e inconscientes de ver la vida, el hecho de reconocer situaciones que anteriormente oprimían y coaccionaban el libre desarrollo de los derechos es un avance en lo que

tiene que ver con la ciudadanía y su ejercicio. Se reconocen las múltiples y diversas maneras del hacer en lo cotidiano en ello se configuran el ser humano, es por ello que la visión de la intervención estuvo enmarcada desde una óptica de derechos humanos, comprometida con el reconocimiento de la dignidad de los sujetos y la reconstrucción de sus lazos sociales y otras posibilidades.

De igual modo, los procesos de acompañamiento a las personas cuidadoras permitieron reflexionar más allá de la ejecución de las acciones del proyecto, se acompañaron procesos desde la esperanza, en medio de la incertidumbre de una madre que sufre por desconocer lo que puede y debe hacer para cuidar a su hijo con esquizofrenia. Posterior al ejercicio de escuchar las cargas que llevan a costas las cuidadoras y sin ayudas tangibles que ofrecer, se brindó en cada asesoría herramientas que recobraron sentido al escuchar relatos en los que daban cuenta de que el hecho de ser escuchadas significaba liberación, el poner en la palabra los sentimiento y emociones permitió el autoreconocimiento y ello configura un instrumento que potencia sus habilidades, más allá de lo que se puede tocar, pesar o medir.

Es por ello, que se reconoce que, pese a los tropiezos, la poca financiación y a pesar de las precarias condiciones sociales en las que se desarrollan los procesos de intervención, emergen posibilidades de intervenciones incluyentes y liberadoras.

El pensar y hacer para incidir en la vida de mujeres que luchan a diario con sus familiares y sufren de estrés e impotencia, siendo estos unos rasgos comunes en los relatos de las cuidadoras, no es sencillo, exige que el pensamiento se abra en función de resignificar sus saberes y su labor, sin duda alguna cada acción realizada hasta este momento se ha convertido en una oportunidad de reflexión en torno al rol del trabajador social, el cual se enriquece cada vez que debe modificar una actividad por alguna situación emergente, trasciende en el hecho de que la metodología no es un mero asunto instrumental, el imperativo está en la capacidad de adaptar los contenidos al contexto.

El análisis reflexivo del ejercicio práctico profesional también ha cuestionado aspectos personales y profesionales, la comunicación en algún momento fue una dificultad, pero de ella salieron posibilidades de diálogo y construcción, lo cual ha fortalecido la ejecución del proyecto de intervención, la comunicación asertiva vislumbra alternativas de articulación que se han potenciado continuamente en los diálogos y las acciones interdisciplinarias.

Referencias

- Acosta, M., Bohórquez, M., Duarte, F., Gonzales, A., & Rodríguez, C. (2012), Trabajo Social en el área de la salud. Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud. <https://bit.ly/3RZVLng>
- Agudelo, M. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3 (1). 157-179. <https://bit.ly/3IaoXmZ>
- Agudelo, M. & Estrada P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva* 17 353-378. <https://bit.ly/3a6scj3>
- Alcaldía de Turbo, (2020). Plan territorial de salud 2020-2023 <https://bit.ly/3NJfkNk>
- Alayon, N. (1987). *Definiendo al Trabajo Social 2º edición* (P. 15). <https://bit.ly/2JIj2rI>
- Alvarado, L. & García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(2), 187-202, <https://bit.ly/2N5Nj51>
- Arias, A. & Cury, S. (2003). Hacia una definición actual del concepto de «diagnóstico social». Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 23. 9-24, <https://bit.ly/3unwtp8>
- Barranco, C. & Rodríguez, H. (2008). Trabajo Social en Salud. Visión histórica y práctica profesional en Atención Primaria de Salud: los avances y el reto de la calidad. *En Revista de Trabajo Social y Salud*, 61, 7-35. <https://bit.ly/3IaHPCo>
- Burgardt, A. (2004). El aporte de Max Weber a la constitución del paradigma interpretativo en ciencias sociales. <https://bit.ly/3NJeYpY>
- Cabrera, M. & Granero, M. (2007), Evaluación del impacto familiar ocasionado por la presencia de un miembro con trastorno mental grave. En: Actas del XXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Las Palmas de Gran Canaria. 83-104.

- Calderón, C, Botero, J, Ortega, J & Robledo, R. (2010). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia*. <https://bit.ly/3a7kwNr>
- Carrazana, Valeria. (2003). El concepto de salud mental en Psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 1-19. <https://bit.ly/3aeUZ4H>
- Castaño Suárez, M., Sánchez Trujillo, M.P. & Viveros-Chavarría, E.F. (2018). Familia homoparental, dinámicas familiares y prácticas parentales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(2), 51-70. <https://bit.ly/3AuQrBU>
- Cebotarev, E. (2003). El Enfoque Crítico: Una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 1(1). <https://bit.ly/3y5A0sY>
- Clínic Barcelona. (2019) ¿Qué es la Enfermedad o Trastorno Mental? <https://bit.ly/3ydvXej>
- Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia. (2015). Definición de Trabajo Social. Consejo Nacional de Trabajo Social. Art.4. 23 *Grupo Editorial Ibáñez*.
- Colombia. Congreso de la República. (1994). Ley 133 de 1994 (mayo 23): por la cual se desarrolla el Decreto de Libertad Religiosa y de Cultos, reconocido en el artículo 19 de la Constitución Política. Diario Oficial. <https://bit.ly/2YwX4xJ>
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2014) Trabajo Social en el área de la salud. Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://bit.ly/3OWOQJg>
- Dinámica. Diccionario de la Lengua Española. (2020) (s.m.d) <https://bit.ly/3ukuBxh>
- Ministerio de justicia, (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental <https://bit.ly/3ui0wyw>
- Expósito, Yaquelin. (2008). La calidad de vida en los cuidadores Primarios de pacientes con cáncer. *Rev haban cienc méd* 7(3) <https://bit.ly/3OTSaok>
- Fornés Vives, J. (2003). Enfermería en Salud Mental. Como cuidar al cuidador y a nosotros mismos. <https://bit.ly/3OYDKU1>
- Galeano, C., Rosero, K. & Velásquez, P. (2011). Reflexiones y retos de la práctica académica en Trabajo Social. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 16. 131- 160. <https://bit.ly/2mu0vYc>

- Gallo, J. & Quiñones, A. (2016). *Subjetividad, salud mental y Neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia*. <https://bit.ly/3yAXJmw>
- Gallego, A., Pino, J., Álvarez, A., Vargas, E. & Correa, L. (2019). La dinámica familiar y estilos de crianza: pilares fundamentales en la dimensión socioafectiva. *Hallazgos*, 16(32). 1-20. *Universidad Santo Tomás*. <https://bit.ly/3ulz1UE>
- Gañán, J. (s.f.) De la naturaleza jurídica, el derecho a la salud en Colombia. *Superintendencia Nacional de Salud*. <https://bit.ly/2P7PLaG>
- Gavidia, V. & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. <https://bit.ly/2CR3IW6>
- Gergen, K. (2006) Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia. *Paidós Ibérica* <https://bit.ly/3yF28VE>
- Gómez, A., Parra, E., & Peñas, O. (2015). Cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá: características y condiciones. *Ministerio de Salud y Protección Social*. RBC en Salud Mental documento borrador. <https://bit.ly/3yEmwGr>
- Gómez Mengelberg E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. 9. <https://bit.ly/3b7odDg>
- González, J. (1998), Evolución histórica de la psiquiatría. *Psiquis*. 183-200. <https://bit.ly/3OEKZ8L>
- Hernández, M, Hernández, M, Mauri, J, & García, Vilma. (2012). La filosofía, el proceso salud-enfermedad y el medio ambiente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(5), 727-735. <https://bit.ly/3adkAew>
- Hernández, Marín Beatriz. (s.f.) El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social*. 52. 314-325. <https://bit.ly/2J8j5iq>
- Herrera Tello, Vicente (1999). Régimen subsidiado de salud: Evolución y problemática. <https://bit.ly/3bAkWvU>
- Kuerten, P., Lenise do Prado, M., & De Gasperi, P. (2009). El cuidado y la enfermería. 102-109.
- Laurell, C. (2015) *El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina*. <https://bit.ly/3P0VUo6>
- Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. <https://bit.ly/2pqFBqN>
- López, M. (2009) El rol del Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev. Clin Med Fam*. 2(7). <https://bit.ly/3bAl4vo>

- Malagón, É. & Leal, G. (2006). Historia del trabajo social latinoamericano. Estado del arte | Trabajo Social 8, 45-61, *Revista del Departamento de Trabajo Social*, facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. <https://bit.ly/3ukC9Ac>
- Marín, Y. & Yepes, C. (2018) Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. <https://bit.ly/3ulvDZL>
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. *C&C Gráficas, Ltda.* <https://bit.ly/3R1pxaZ>
- Ministerio de salud y protección social (2018) Resolución 4886 de 2018 Art. 7.1 Colombia. <https://bit.ly/3ulMkV8>
- Ministerio de salud y protección social. (2019) Resolución 089 de 2019. Art.7 Colombia. <https://bit.ly/3RjkWRF>
- Molina, M. & Romero, M. (1954). Modelo de Intervención Asistencial, socioeducativo Y Terapéutico en Trabajo Social. 304. <https://bit.ly/3yzY88L>
- Monje, C. (2011) Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad Surcolombiana. *Facultad de ciencias sociales y humanas programa de comunicación social y periodismo.* <https://bit.ly/3yDujEo>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018) La salud como derecho fundamental. <https://bit.ly/2m7jrvV>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Trastornos mentales. <https://bit.ly/2QzQfZr>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://bit.ly/2uCYyJH>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). ¿Cómo define la OMS la salud? <https://bit.ly/2HkRVUV>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *La Organización Panamericana de la Salud* <https://bit.ly/3OHMRJ1>
- Real Academia Española. [RAE]. 2020. Paciente. <https://dle.rae.es/paciente>
- Gobernación de Antioquia. (2020-2023). Plan de desarrollo departamental, <https://bit.ly/3nAV0mU>
- Pizarnik A. (s.f.) ¿Por qué cuidamos las mujeres? <https://bit.ly/3OVS2p7>
- Alcaldía de Turbo. (2020) Plan De Desarrollo Turbo Ciudad Puerto 2020 – 2023 <https://bit.ly/3NFJZLF>

-
- Alcaldía de Turbo. (2020) Plan Territorial de Salud Distrital. <https://bit.ly/3nyE6oH>
- Real Academia Española (2020) Familiar. Diccionario de la Lengua Española. <https://bit.ly/3QZq3WK>
- Rodríguez, C. (2014). Trabajo social en el sistema de salud colombiano. Perfiles y competencias básicas del trabajador social. *Consejo Nacional de Trabajo Social Bogotá*, <https://bit.ly/3yg8IAg>
- Ruedas, M., Ríos, M. & Nieves, F. (2009) Hermenéutica: la roca que rompe el espejo Investigación y Postgrado. *Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas*. 24, (2). 181-201. <https://bit.ly/3OX4V1B>
- Sánchez, N. & Vallejo, M. (2018) Desarrollo de capacidad de agencia en jóvenes privados de la libertad en el centro de formación juvenil Valle del Lili. <https://bit.ly/3y7P3m6>
- Vélez, Olga. (2003) Modelos contemporáneos de actuación profesional. *Universidad de Antioquia*. <https://bit.ly/3R8ndyI>
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del concepto salud enfermedad. <https://bit.ly/3OEI0OT>

Anexos

A continuación, se adjuntan evidencias fotográficas de la aplicación de los instrumentos, las visitas a los pacientes, las entrevistas y las cartografías desarrolladas con los cuidadores.

Figura 2

Formato entrevista

Entrevista semiestructurada

Preguntas orientadoras.

P. 1 ¿Qué emociones experimenta constantemente en su vida diaria?

P. 2 ¿Cómo se siente desempeñando la labor de cuidador?

P. 3 ¿Cómo o de qué manera enfrenta las crisis del paciente?

P. 4 ¿Cree usted que su familia reconoce y valora la labor de cuidado que realiza? ¿por qué?

P. 5 ¿Ha sentido usted la necesidad de consultar al psicólogo o psiquiatra? SI: ____ NO: ____ ¿Por qué?

P. 6 ¿Ha desarrollado alguna molestia física que usted considere que la ha adquirido a raíz de desempeñar la labor de cuidador? SI: ____ NO: ____ ¿Cuáles?

P. 7 ¿Conoce algún programa o proyecto de instituciones en el Distrito que trabaje con los cuidadores? SI ____ NO ____

P. 8 ¿Qué le propone usted a las instituciones para trabajar con los cuidadores?

P. 9 ¿Qué sugerencia o consejo le daría a otra persona en la misma labor de cuidado que usted ya atraviesa?

Figura 3*Formato entrevista 2***Entrevista semiestructurada****Preguntas orientadoras.**

1. ¿Cuál es la necesidad mas sentida en cuanto a salud mental, en la población del Distrito de Turbo?
2. Antes de la política pública, ¿qué programas se dirigían a la población diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico?
3. ¿Existe un censo de la población con diagnóstico psiquiátrico en el Distrito? Si su respuesta es sí, ¿Cuál es la cifra?, si respuesta es no, ¿Por qué no lo hay?
4. ¿Cuál es la ruta de atención para un paciente psiquiátrico?
5. ¿Qué líneas de la política pública que actualmente tiene en ejecución el Distrito de salud mental, apunta a la atención de cuidadores en un ámbito psicosocial?
6. ¿Qué programas o proyectos de otras secretarías o dependencias están destinadas a la atención de pacientes psiquiátricos, cuidadores y su grupo familiar?
7. ¿Conoce alguna institución privada que atienda esta población en el Distrito o en la región?
8. ¿Para usted, cuál cree que es la necesidad que más aqueja a esta población, y por qué?

Figura 4*Formato cartografía corporal*

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Seccional Urabá
Área: Prácticas académicas I
Departamento: Ciencias Sociales y Humanas
Trabajo Social, VIII semestre
Elaborado por: Dora Stefany Ospina, Diana Carolina Morales y Yaisa Terán

Fecha: __/__/__/__ Lugar: _____

Nombre completo: _____

Cartografía corporal

Objetivo: Identificar a través de una figura humana, el estado físico y emocional del cuidador, de acuerdo a las siguientes preguntas orientadoras:

¿Qué siente en el corazón? (Corazón)

¿Qué pensamientos son recurrentes sobre la condición del paciente? (Cabeza)

¿Qué cargas siente que lleva cuestras? (labores domésticas, trabajo, problemas, economía, relación familiar, ect) (hombros)

¿Qué le da fuerzas para seguir? (Brazos, Manos)

¿Quiénes caminan a su lado y la apoyan? (familia, amigos, iglesia, instituciones, etc) (pies, piernas)

Señale en el cuerpo las molestias físicas en caso de tenerlas (a modo general)

Figura 5
Resultados análisis de información

Hallazgos	
Sentimiento de tristeza	Reclaman mas diligencia por las instituciones de salud
Estrés	Manifiestan haber desarrollado al menos una patología en la labor de cuidado
Soledad en la labor de cuidado	Proponen generar espacios para ellos
Desconocimiento en el manejo de las crisis	
Sistema de creencias no permite el reconocimiento de ayuda externa (psicológica)	

Figura 6
Resultados análisis de información II

Hallazgos	
La necesidad más latente en salud mental en la actualidad es el tema de violencias y las patologías duales.	una unidad de mental que pueda contribuir con el proceso de atención y rehabilitación a pacientes con problemas de salud mental o con patologías ya psiquiátricas.
Población desatendida.	No existen programas direccionados a cuidadores
No hay un censo de la población en condición psiquiátrica	Ruta de atención no es clara.
Existen programas de otras secretarías, pero no hay divulgación de estos.	

Figura 7
Evidencias fotográficas

