



Psicoeducación para preparar a las familias para el retorno del paciente a casa

Sarly Katherine Díaz Mejía

Informe de práctica Para optar al título de Trabajador Social

Asesora

Martha Cecilia Arroyave Gómez Doctor (PhD) en intervención y terapia familiar

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Trabajo Social
Caucasia, Antioquia, Colombia
2022

Cita	(Díaz Mejía , 2022)
Referencia	Díaz Mejía, S.K, (2012). <i>Psicoeducación para preparar a las familias para el retorno del paciente a casa</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Cauca, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Biblioteca Seccional Bajo Cauca (Caucasia)

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

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera.

Jefe departamento: María Edith Morales Mosquera

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
1. Línea de intervención donde se ubica el proyecto.....	9
2. Contextualización del campo de práctica	10
2.1 Generalidades del campo de práctica	10
2.2 Normatividad	11
2.4. Planes - Programas - Procesos.....	14
3. Situación diagnóstica-objeto de intervención social	18
3.1. Problemática y objeto de intervención	18
3.2. Identificación de recursos	21
4. Objetivos.....	23
4.1. Objetivo General.....	23
4.2. Objetivos específicos.....	23
5. Memoria metodológica.....	24
5.1. Referente conceptual	24
5.2. Metodología, técnicas e instrumentos.....	27
6. Consideraciones éticas que orientaron el proceso	30
7. Trabajo de campo	31
8. Análisis e interpretación de la información	40
9. Alcance de metas e indicadores	51
10. Aportes desde el trabajo social	54
11. Aprendizajes y conclusiones	56
12. Recomendaciones	59

13. Referencias 61

14. Anexos 63

 Anexo 1: Metodologías de los encuentros psicoeducativos 63

 Anexo 2: instrumento de seguimiento al paciente..... 67

 Anexo 3: Cronograma 69

Resumen

El siguiente es el informe final de práctica del programa Trabajo social de la universidad de Antioquia Seccional Bajo Cauca de la estudiante Sarly Díaz Mejía, el campo de practica fue la IPS centro de Rehabilitación Cambia Tu vida. Las actividades de la práctica se desarrollaron en el área de intervención de Trabajo Social de la institución, la práctica académica tuvo inicio en día 18 de noviembre del 2020 y finalizó el día 18 de octubre de 2021. El acompañamiento institucional estuvo orientado por parte de la profesional en Trabajo Social Patricia Ruiz Zabala, lo que corresponde a la parte académica contó con la asesoría de la docente Martha Cecilia Arroyave Gómez.

Este informe tiene como objetivo exponer los resultados de la ejecución del proyecto de intervención: *“psicoeducación para preparar a las familias para el retorno a casa del paciente”* diseñado y ejecutado por la profesional en formación, como parte del desarrollo de la práctica.

Palabras clave: rehabilitación, familias, retorno, psicoactivas

Abstract

The following is the final report of the internship of the Social Work program of the University of Antioquia Sectional Bajo Cauca of the student Sarly Díaz Mejía, the field of internship was the IPS Rehabilitation Center Change Your Life. The activities of the internship were developed in the Social Work intervention area of the institution, the academic internship began on November 18, 2020 and ended on October 18, 2021. The institutional accompaniment was guided by the Professional in Social Work Patricia Ruiz Zabala, which corresponds to the academic part, had the advice of the teacher Martha Cecilia Arroyave Gómez.

This report aims to present the results of the execution of the intervention project: "psychoeducation to prepare families for the patient's return home" designed and executed by the professional in training, as part of the development of the practice.

Keywords: rehabilitation, families, return, psychoactive

Introducción

El siguiente es el informe final de práctica del programa Trabajo social realizado en la IPS centro de Rehabilitación Cambia Tu vida. Las actividades de la práctica se desarrollaron en el área de intervención de Trabajo Social de la institución, la práctica académica tuvo inicio en día 18 de noviembre del 2020 y finalizó el día 18 de octubre de 2021.

Este informe tiene como objetivo exponer los resultados de la ejecución del proyecto de intervención: *“psicoeducación para preparar a las familias para el retorno a casa del paciente”* diseñado y ejecutado por la profesional en formación, como parte del desarrollo de la práctica.

Él mismo contiene paso por paso todos los componentes del plan de intervención, los cuales están desarrollados así: Inicialmente se describe la contextualización del campo de práctica, permitiendo una comprensión de la institución y el contexto del lugar donde se desarrolló el plan de intervención. En el punto dos se encuentran la línea de intervención, la cual fue Trabajo Social intervención con familias.

En el punto tres la contextualización del campo de práctica, allí se encuentra las generalidades de la institución, los objetivos, la misión, la visión, entre otros, de esta forma usted como lector podrá tener un reconocimiento de la institución desde la lectura; también se encuentra la normatividad y legislación en la que se apoya el campo de práctica y del plan de intervención. En el punto cuatro para finalizar esta primera parte, se define la problemática, el diagnóstico, la identificación del municipio y los recursos que fueron óptimos para la ejecución del proyecto de intervención.

Del punto cinco hasta el punto ocho están las generalidades principales del plan de intervención, es decir, los objetivos, la memoria metodologías con sus técnicas y acciones para el alcance y logro de los objetivos planteados, las consideraciones éticas, y el referente conceptual.

Para el diseño del proyecto de intervención se partió del rastreo documental de textos que permitieron la fundamentación conceptual y metodológica del mismo, también se contó con la orientación académica de las asesoras de la práctica, debido a las medidas tomadas para mitigar los contagios de covid-19 los encuentros académicos se realizaron de forma virtual y programación previa, por otro lado, la asesoría institucional se dio diariamente con el contacto, la asistencia y realización de actividades diarias.

1. Línea de intervención donde se ubica el proyecto

Trabajo social intervención con familias es definido por Donoso & Saldias como:

...una forma especializada de Trabajo Social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares y considera el contexto en el cual ella está inserta. A través de éste se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, como los de la familia y los de las redes sociales. (1998, pág. 6)

Estos mismos autores plantean que, con a la familia, la atención con esta se empieza a establecer a partir del primer contacto y relación tanto con ellos como con la situación a trabajar. Frente a ello exponen que:

El proceso se inicia en el punto en que se encuentra la familia, involucrándola en la identificación de sus dificultades y de sus recursos. Se contempla a la familia en su globalidad. En ocasiones esta intervención se realiza directamente con un solo miembro de la unidad familiar, ante la imposibilidad, por diversos motivos, muchas veces, de hacerlo con todos, pero nunca se pierde de referencia al sistema familiar y la visión de todo él. (1998, pág. 7)

Lo anterior permite que el trabajador social tenga libertad y flexibilidad para hacer partícipes “a todo el sistema familiar, a algún subsistema, o a los miembros en forma individual. La atención puede ser en la oficina del Trabajador Social, en el domicilio de la familia, el lugar de trabajo, escuela, etc.” (Donoso & Saldias, 1998, pág. 7).

2. Contextualización del campo de práctica

2.1 Generalidades del campo de práctica

En Caucaasia a los 26 días del mes de Mayo del 2011 se establece en la IPS CAMBIA TU VIDA el Modelo de Atención en Salud, enfocada en la rehabilitación del paciente con abuso y dependencia a las drogas psicoactivas, esto con el ánimo de contribuir a la recuperación del tejido social de nuestra sociedad. (Unknow, 2014).

MISIÓN

Es una institución de servicios hospitalarios en el departamento de Antioquia dedicada a la rehabilitación de consumidores de sustancias psicoactivas mediante un programa terapéutico integral que busca el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y la comunidad en general, a través de un servicio oportuno, seguro y personalizado, con talento humano idóneo y comprometido con las necesidades de los usuarios.

VISIÓN

Para el 2020 será una entidad reconocida y posicionada a nivel Local, Regional, Nacional e Internacional por su alto grado de compromiso social en el desarrollo de programas terapéuticos en la rehabilitación de personas consumidoras de sustancia psicoactivas, distinguida por la seguridad, el compromiso, y calidad en el servicio, así como la excelencia en el talento humano, que permite la mejora continua y el sostenimiento constante.

Objetivo general

Establecer un modelo organizacional que garantice la rehabilitación del paciente con dependencia a sustancias psicoactivas., con el que se busca:

Facilitar la desintoxicación (en su caso), deshabitación y tratamientos médicos, de las personas con problemas de adicciones a sustancias psicoactivas, ofreciéndoles los instrumentos necesarios, en un entorno controlado.

Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su posterior incorporación social.

Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.
(Unknow, 2014).

2.2 Normatividad

La normatividad del campo de práctica y el proyecto de intervención estuvo guiada por la normas y leyes de salud mental del Ministerio de Salud en Colombia; que son la ley 1566 del 2012 que expone las garantías de las personas que consumen sustancias y la ley 1616. Se hará una breve definición de cada una de las normas y de los artículos que afectan directamente la institución y el proyecto.

Ley 1566 de 2012 (Julio 31) por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.

Al respecto de la ley, se extraen de manera textual los siguientes artículos de relevancia para este apartado:

Artículo 1°. Reconocimientos. Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2°. Atención integral: Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos.

Artículo 7°. Proyecto: De conformidad con lo preceptuado en el artículo anterior, las Administradoras institucionales preventivas de Riesgos Profesionales, a través de los programas de salud ocupacional, implementarán el proyecto institucional preventivo del consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, en el ámbito laboral. Así mismo, apoyarán la ejecución de programas, proyectos y actividades de prevención del consumo indebido de dichas sustancias, mediante la entrega de información, formación y capacitación del talento humano en todos los niveles, en consonancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. (República de Colombia & Gobierno Nacional, 2012, págs. 1-4)

Acompañado de éstas normas está la ley 1616 del 21 enero de 2013 que alberga todas las postulaciones y normas que corresponden a la atención de enfermedades de salud mental. A

continuación se enuncian textualmente los apartados que correspondan al área de profesión y en especial al plan de intervención:

Artículo 1°. Objeto: El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Artículo 3°. Salud mental: 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.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Problema psicosocial: Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

Artículo 8. Rehabilitación psicosocial: Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

Artículo 11. Acciones complementarias para la atención integral. La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental. (República de Colombia & Gobierno Nacional, 2012, pág. 6)

2.4. Planes - Programas - Procesos

A continuación se describe el direccionamiento estratégico de la IPS, así como los **planes, procesos y programas** que se implementa en la rehabilitación del paciente

Adopción de un modelo de gestión por procesos: detallando de manera explícita las tareas que debe realizar el equipo de salud que hace parte de la atención del paciente.

Adopción del modelo de medicina basada en evidencia científica: Se basa la atención de los pacientes en el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones sobre el cuidado y tratamiento que se les debe brindar.

Adopción del modelo de gestión por competencias: garantiza la selección de perfiles acorde con los requerimientos de los procesos y desarrolla la competencia e idoneidad del personal desde el momento de su vinculación.

Adopción del modelo de seguridad del paciente: este modelo afecta favorablemente el modelo de atención mismo, por cuanto se constituye en un eje paralelo a los procesos asistenciales, que vela por garantizar una atención segura para los usuarios y sus familias.

Adopción de un modelo de trabajo interdisciplinario y en equipo: se tienen identificados desde los procesos la articulación de los diferentes profesionales dentro de la atención del paciente de manera que se garantice la integralidad en la atención.

Adopción de un modelo de gestión de actividades: donde se articule el equipo de salud y el paciente en proyectos encaminados a realizar acciones proyecciones y ejercicios de motivación hacia una vida saludable libre de drogas.

Líneas de acción:

· Área médica:

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento médico correspondiente.

Coordinación con el primer nivel de atención y con atención especializada de salud.

Talleres de formación en educación para la salud (talleres de prevención de ETS, VIH, sobre reducción de daños y riesgos, etc.).

Custodia de fármacos.

Control de la dieta alimenticia.

· Área psicológica:

Terapia individual.

Terapia grupal.

Intervención familiar.

Técnicas de Relajación.

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Entrenamiento en prevención de recaídas.

Técnicas de mejora de la autoestima e imagen personal.

Otras que correspondan según el tipo de técnicas de intervención utilizadas y que sean coherentes con el programa terapéutico global.

· Área educativo-ocupacional:

Talleres de formación educativa y técnicas de estudio.

Taller de orientación laboral.

Cursos de formación laboral

Talleres ocupacionales diversificados.

Actividades deportivas: gimnasia, fútbol, baloncesto, etc.

Área Trabajo social:

Seguimiento y entrevistas familiares que faciliten el retorno y acogida del usuario al medio familiar.

Coordinación con recursos que faciliten la reincorporación social y laboral y la utilización del tiempo libre.

Otras actividades específicas que procedan a demanda de los pacientes según circunstancias sociales:

Intervención en familia

Rol de la familia como coadicta.

Economía del hogar

Manejo del conflicto familiar y de la expresividad afectiva.

3. Situación diagnóstica-objeto de intervención social

3.1. Problemática y objeto de intervención

La IPS Centro de Rehabilitación Cambia tu Vida es una institución ubicada en el municipio de Caucaasia que presta el servicio de rehabilitación a personas consumidoras de sustancias psicoactivas y a personas con diagnósticos psiquiátrico y mentales. Estos pacientes son atendidos por un grupo interdisciplinario que incluye médicos generales, enfermeros, psicólogos, psiquiatra, atención al usuario y Trabajo Social.

La intervención desde el área de trabajo social es entendida en las siguientes funciones: observación y comunicación diaria con los pacientes, comunicación del paciente con el familiar, gestión de recursos ya sean económicos o artículos de necesidades básicas que el paciente requiera durante del proceso dentro de la institución, gestión económica transporte si se requiere.

Se realiza intervención sicosocial de forma individual y grupal mediante técnicas interactivas que promuevan valores, proyección a futuro, confrontación de escenarios, psicoeducación con respecto a los daños que el consumo hace al cuerpo, autoestima, fortalecimiento de lazos y vínculos familiares.

Todo lo anterior se realiza con el paciente en la institución, mientras que con la familia no se tiene una articulación establecida que tenga como propósito acciones educativas con respecto a la drogodependencia; es decir, se trabaja la intervención socioeducativa en el paciente pero no en la familia, entonces tenemos unos pacientes que salen de la institución desintoxicados, con conductas modificadas, con proyecciones de vida, que se le han provisto herramientas para afrontar situaciones. Pero no una familia preparada y educada para recibir y dar un trato adecuado al paciente en su hogar, esto tiene impacto en la reincidencia del consumo y las recaídas de los drogodependientes.

En entrevistas realizadas al personal profesional de la institución se conoció que la intervención desde las áreas interdisciplinarias solo se realiza con los pacientes dentro de la institución y el contacto o la articulación con intenciones de educar o intervenir el núcleo familiar no se aplica. Las técnicas y terapias aplicadas ya sean individuales o grupales están dirigidas solo a los pacientes y no se involucra a la familia.

“la terapia y las técnicas del proceso, solo se desarrolla en los pacientes internos; con la familia desde el área de psicología no se trabaja, por lo general se hace una entrevista de ingreso con la persona que llega a internar al paciente, pero luego de ahí no hay más contacto”¹ (Villadiego, 2020).

Por otro lado una de las funciones de Trabajo social dentro de la institución y el proceso de rehabilitación es el acompañamiento familiar el cual se desarrolla con la realización de llamadas y monitoreo a las mismas, no va más allá.

El profesional informó que el acompañamiento familiar no se dirige a educar, está más direccionado a la gestión de enseres y recursos que puedan necesitar los pacientes durante su estancia en la institución o como se había mencionado antes el recurso económico cuándo el paciente termina el proceso y debe retornar a su casa. “El acompañamiento familiar se hace a través de llamadas de 5 minutos dos veces por semana, y consiste en que el paciente llame a su familiar. No se hacen visitas domiciliarias, debe ser por medida de la pandemia”² (Montes, 2020).

¹ Entrevista realizada al señor Enrry Villadiego, quien es el psicólogo del centro. Se realizó el 15 de diciembre de 2020

² Entrevista realizada a Sebastián Montes, trabajador social de la institución. Esta fue realizada el 25 de noviembre de 2020

Desde las voces de los pacientes reincidentes que fueron entrevistados se encontró que si ejercen su derecho al contacto familiar, sin embargo está enfocado en que la familia conozca cómo se encuentra, y en realizar requerimientos frente a necesidades mientras están dentro de la institución.

De acuerdo con lo manifestado por ellos, en dichos contactos algunas veces las cosas marchan bien, en otras no, pero que la verdadera realidad la enfrentan cuando retornan a sus casas. Es decir, cuando llegan a casa se encuentran con una familia que no sabe cómo debe tratar a un paciente en rehabilitación y esto ocasiona conflictos que los llevan a estados de ánimos donde se vuelven vulnerables al consumo, tampoco conocen los factores de riesgo que rodean al paciente dando paso a que éste enfrente solo las situaciones, de hecho existen familias que no conocen el tipo de sustancias que consumen sus hijos ni la cantidad y el conocimiento sobre los efectos es poco.

“bueno, cuando yo llegué a casa mis padres me encerraron porque creían que si salía a la calle yo saldría de una vez a consumir, no me dejaban trabajar por que según ellos si tenía dinero también sería para consumir, y eso llegó un momento que me dio mucha rabia y se formó una pelea bien gruesa y en la discusión me dijeron palabras muy fuertes y yo salí decepcionado me fui de la casa y a los 15 días ya estaba en la calle y consumiendo...”³ (Licona , 2020).

Lo mencionado anteriormente permitió definir la problemática para configurar el objeto de intervención, en términos de la falta de acciones socio educativas a las familias de los pacientes con respecto al tema del consumo de sustancias psicoactivas y la rehabilitación después de salir del centro la rehabilitación, se identifica la necesidad de incluir la educación familiar

³ Entrevista realizada a Hernán Darío Licona, un paciente del centro de rehabilitación

para que los diferentes actores implicados en las condiciones de consumo puedan afrontar las amenazas de las recaídas y las reincidencias, y puedan trabajar en conjunto en su prevención.

Las familias necesitan tener conocimientos básicos de lo que pasa en la institución en el proceso del paciente, y de los elementos básicos a tener en cuenta para continuar la rehabilitación en casa, así mismo es importante que la familia esté informada sobre aspectos generales del consumo como los factores de riesgo, los daños en el organismo, y los tipos de sustancias.

El poco contacto que se tiene por parte de la institución con el paciente luego de haber salido de alta también es otro factor a intervenir en el plan que se desarrolló, saber qué pasa con ese paciente y brindar la orientación a la familia el primer mes después de la salida de la institución proporciona a los intervenidos herramientas que fortalecen el proceso desarrollado durante la hospitalización.

3.2. Identificación de recursos

Este ítem se refiere a los recursos vigentes y potenciales con los que cuenta la institución y los actores con los cuales se trabajó para enfrentar/abordar la problemática o situación de interés identificada

La disposición de recursos para la ejecución del plan de intervención estuvo dada de la siguiente forma. La institución fue amplia en la inclusión de procesos que orientaban las áreas de intervención directa con la relacionada con el plan de intervención, por ejemplo reuniones evaluativas de los pacientes, información de la plataforma institucional con datos de los pacientes.

Los recursos que fueron útiles para el alcance de las metas y el logro de las estrategias, están los recursos económicos y materiales como el dinero, vehículo de transporte (motocicleta)

minutos para llamadas, red internet, computador. Los anteriores mencionados fueron solventados por parte de la practicante.

Un reconocimiento de trecientos mil pesos por concepto de transporte recibido por parte de la institución cada 45 o 60 días, además para el desarrollo del plan de intervención y actividades demandadas de la práctica, también se debe mencionar que se contó con la disponibilidad de las instalaciones institucionales, medios informáticos e instrumentos como cartulinas, marcadores, colores, lápices, impresiones entre otras.

Por otro lado, está el recurso humano que sirvió de apoyo en todo el proceso desde el inicio hasta finalizar todas las fases del proyecto de intervención. A continuación se nombrará los profesionales que acompañaron la ejecución; En primera instancia está la asesora institucional de práctica quien ha sido maestra y me ha permitido conocimiento, me ha hecho partícipe de muchos procesos como las terapias grupales, gestiones y reuniones, terapias familiares, entrevistas, y debo agregar su acompañamiento en la aplicación del plan de intervención. Luego ésta el resto del equipo laboral que me tratan con respeto e idoneidad contando con mi apoyo para el buen desempeño de los procesos.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Diseñar la estrategia para preparar a la familia para recibir al paciente una vez sean dados de alta del centro de rehabilitación cambia tu vida del municipio de Caucaasia

4.2. Objetivos específicos

Identificar la red de apoyo socio-familiar de cada paciente y agregarlo a una red comunicativa.

Brindar un proceso socioeducativo con respecto al consumo, reincidencia y factores de riesgo a la familia para recibir al paciente cuando sea dado de alta.

Realizar seguimiento a la familia y al paciente para conocer cómo se desarrolla su instancia después de la salida de la institución.

5. Memoria metodológica

5.1. Referente conceptual

Este apartado presenta los conceptos claves de la temática y que fueron tenidos en cuenta para la elaboración, ejecución y escritura de resultados del plan de intervención:

En primer lugar, se aborda el Consumo de sustancias psicoactivas, que desde la Organización Mundial de la Salud la definen como aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento. Es decir que son sustancias psicoactivas, por ejemplo, el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína. (MinJusticia, s.f.)

En el municipio las más representativas y/o usadas son la marihuana, Popper, bazuco, alcohol y tabaco (teniendo en cuenta que estas dos últimas no son ilegales y tiene una aceptación a nivel jurídico y comercial).

En segundo lugar, se define el consumo de sustancias psicoactivas:

La palabra consumo se define como la acción o actividad de adquirir un producto o servicio para uso y beneficio por medios mercantiles legales o ilegales; ahora bien el consumo de sustancias psicoactivas lo entendemos así: la acción o actividad de ingerir sustancias que alteren la conciencia, estado de ánimos y pensamiento en la búsqueda de placer y beneficio corporal, psíquico. (Bembibre, 2010, pág. 12).

Otros conceptos desarrollados para el diseño y ejecución del proyecto fueron los siguientes:

Familia

La familia siendo la primera interacción del individuo con el mundo, debe proporcionarle seguridad y ambiente libre de factores de riesgo como expresan los autores Javier Pons y Enrique Bejarano

[...la familia es el primer marco de referencia en el que se inicia la socialización y por lo tanto la personalidad del individuo. La familia se especializa en la formación de papeles para sus miembros, más que en preparar las condiciones para la libre asunción de su identidad, además, la familia como socializador primario del niño, enseña principalmente cómo someterse a la sociedad, al tiempo que deposita en éste un elaborado sistema de restricciones y permisiones.] (Pons Dies & Bejarano Peirast, 1999, págs. 86-87).

Dinámica familiar

Desde el punto de vista de las relaciones humanas:

“la dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre.” (Medina y viveros, 2014, págs. 6-7).

Se ve la dinámica familiar como el cúmulo de interacciones que se evidencian dentro de ellas, vincula roles y funciones dentro de la misma.

Definición de factores de riesgos familiares

Teniendo en cuenta que los factores de riesgo son elementos que propician situaciones y/o acciones, entendemos que los factores familiares son aquellos elementos que desde la familia predisponen a los individuos para la ejecución de acciones o situaciones y también en la toma de

decisiones que conllevan al consumo de las sustancias psicoactivas como lo afirman Fantin y García

[...diversos factores familiares como la presencia de relaciones conflictivas en la pareja de los padres; una baja calidad de relación entre el adolescente y sus padres; una percepción deteriorada del adolescente de ambas figuras paternas; la carencia de premios y de reconocimiento de los logros obtenidos como característica de la educación de los hijos; la resistencia por parte del adolescente a aceptar los valores transmitidos por los padres y la inconsistencia en la aplicación de los límites resultaron ser variables familiares significativamente asociadas al consumo de alcohol y drogas...] (Fantin & García, 2011, pág. 209)

Factores de riesgos sociales

Los factores de riesgo sociales hacen parte del ambiente que rodean al paciente luego de salir del centro de rehabilitación. Éste concepto se establece de la siguiente manera: “por factores sociales pueden entenderse todos aquellos aspectos, fenómenos, situaciones, condiciones sociales, que son causas de una crisis o que provocan una situación”. (Guzmán, Omar & Caballero, Tamara, 2012, pág. 340)

En la misma perspectiva de lo expuesto anteriormente, los factores sociales son elementos que desde lo social propician e inciden en el consumo de sustancias psicoactivas, todo aquello que desde lo externo a nuestra casa u hogar nos conduzca o propicie conductas que favorezcan al consumo y la permanencia en el consumo, serán factores sociales influenciadores de dicho consumo.

5.2. Metodología, técnicas e instrumentos

La metodología que se tuvo en cuenta para la ejecución del plan de intervención se basó en el referente teórico seleccionado para ésta propuesta de intervención, el cual es el modelo ecológico; que permitió conocer y estudiar el ambiente que rodea al paciente y a su familia que hicieron parte de la intervención.

La propuesta estuvo apoyada en el paradigma comprensivo-interpretativo, ya que éste permitió establecer una comprensión de las conductas del paciente durante el proceso de rehabilitación y después del mismo, a la vez que favorece la interpretación del comportamiento de la familia al no tener las herramientas para el retorno del paciente, es decir, en las acciones que surge y causan conflictos en las dinámicas y ruptura de lazos afectivos. La interpretación se desarrolla a nivel individual, pero teniendo en cuenta lo relacional del aspecto socio familiar y sociocultural.

La estrategia metodológica implementada fue la intervención socioeducativa, la cual es un medio para vincular a la familia y a los saberes necesarios para la rehabilitación del paciente, trabajar con los miembros familiares a través de un proceso de acercamiento a los temas que rodean el ambiente de sus hijos o pacientes desde una mirada holística e integral.

Criterios de selección para la participación en el plan de intervención

Los seleccionados para el plan de intervención fueron los pacientes y familias que cumplieron con las siguientes características:

Con diagnóstico de psicodencia

Que la fecha de ingreso fuera en la segunda semana de marzo y su proceso requiriera una duración en la institución de al menos 60 días.

Que la familia también estuviera interesada en participar y contara con la disposición de tiempo.

Que las familias participantes contaran con acceso a internet, computador o celular con wassap.

Para el logro de las estrategias planteadas se aplicaron las siguientes técnicas e instrumentos:

Entrevistas individuales y grupales semiestructurada

Permiten la opción de generar información clave por parte de los pacientes y las familiares, para conocer y evaluar las condiciones en las que viven y se dan los roles y dinámicas dentro y fuera del hogar. Para ello se contó con una guía de preguntas abiertas y cerradas que permitieron conocer las opiniones y criterios que tenían los pacientes y las familias respecto al tema. La entrevista fue de tipo semiestructurada guiada, ya que da la opción de obtener información clave y facilita visualizar la actitud de los individuos y recoger una visión subjetiva.

Talleres y encuentros formativos y académicos a las familias

Se realizaron cinco talleres por medios virtuales, uno cada semana durante un mes y una semana, teniendo en cuenta el diagnóstico y el tiempo duración del paciente en la institución y su proceso de rehabilitación. Los encuentros Psicoeducativos se iniciaron con las familias, una semana después del ingreso del paciente a la institución; su objetivo era dar información correspondiente al tema de sustancias psicoactivas, factores de riesgos familiares y sociales, preparación para el retorno del paciente al hogar y resocialización. Los encuentros terminaron coincidiendo con el momento en que el paciente estaba finalizando su rehabilitación en la

institución. Para ésta técnica se utilizó una planeación previa del encuentro y contenido educativo del respectivo tema.

Otra estrategia utilizada fue la llamada telefónica un vez por semana a cada familia durante un mes para hacer un seguimiento y acompañamiento al proceso del retorno al hogar del paciente. Estas llamadas telefónicas estuvieron guiadas por el instrumento de la guía de preguntas o un cuestionario.

6. Consideraciones éticas que orientaron el proceso

Las consideraciones éticas se tuvieron en cuenta durante la realización de la propuesta, durante la divulgación de la información para la convocatoria de la selección de beneficiarios y en cada etapa del plan de intervención. En igual medida también se mantuvieron las consideraciones éticas para todas las personas y familias que se vieron involucradas directa e indirectamente en el proyecto, llegaran hasta el final de la ejecución o no.

Las consideraciones éticas presentes durante la planeación, ejecución, análisis y socialización del proyecto de intervención “*Psicoeducación para preparar a las familias para el retorno a casa del paciente*” fueron:

Confidencialidad de los y las participantes al mantener el anonimato al momento de presentar los resultados del proyecto de intervención

No divulgación pública de la información personal o de la intimidad de las familias y pacientes participantes. Cualquier información recibida por dentro y fuera de los tiempos programados para las actividades de ejecución del plan de intervención como son entrevistas, encuentros psicoeducativos y seguimientos.

Acompañamiento y orientación familiar con la Trabajadora Social quien fue la asesora institucional en caso de ser necesario.

Consentimiento del o los adultos responsables en caso de que exista la participación por parte de menores de edad.

7. Trabajo de campo

Para el desarrollo del plan de intervención llamado “*Psicoeducación para preparar a las familias para el retorno a casa del paciente*” se propuso tres objetivos específicos. A continuación se describirá los avances en cada uno de ellos.

Primer objetivo

Identificar la red de apoyo socio-familiar de cada paciente y agregarlo a una red comunicativa.

Para el alcance de éste objetivo se establecieron 6 actividades.

A. Revisar los registro de ingresos y ver posibles seleccionados

Esta actividad se desarrolló en su totalidad y lo que se hizo fue revisar la plataforma de registro institucional de los pacientes hospitalizados para identificar las fechas de ingresos, los diagnósticos, y verificar el tiempo de duración del tratamiento de cada uno, para preseleccionar a los participantes que cumplieran con los criterios establecidos.

Se revisaron los datos de 50 pacientes con información referida a: edad, género, lugar de residencia y/o procedencia, tipo de documento y datos de contacto, diagnóstico, fechas de ingresos y salida, tiempo de duración del tratamiento, evolución de cada profesional por el que ha sido atendido hasta el momento de la revisión, esto incluye a todo el equipo asistencial, es decir, psiquiatra, psicología, trabajo social y medicina general.

A partir del análisis de la información revisada se identifica que 18 pacientes cumplían con totalidad de los criterios para participar en el proyecto, distribuidos así: Los 18 pacientes con diagnóstico de psicodencia, 11 de ellos con un tiempo de duración del tratamiento de 3 meses y ya llevaban un mes en la institución, los 7 restante con un tiempo de duración de 2 meses y

llevaban en la institución una semana, todos contaban con contacto familiar en su base de datos. Las revisiones mencionadas anteriormente se realizaron con el apoyo, la observación y la supervisión de la asesora institucional, para garantizar el buen manejo del tratamiento de los datos.

B. Preseleccionar los beneficiados de la propuesta de intervención

La segunda actividad que se realizó fue definir los pacientes y familias que quedarían incluidas en el proyecto, para la selección se tomó en cuenta los criterios establecidos anteriormente y hallados en la revisión de los registros y que quisieran hacer parte del proyecto. De los cuales quedaron preseleccionados así:

Diagnóstico de psicodencia: 10 pacientes

La fecha de ingreso en la primera semana de marzo: 6

La fecha de ingreso en la segunda semana de marzo: 4

Proceso que requiera una duración en la institución de al menos 60 días: 10

Que la familia también esté interesada en participar: 10

Cuentan con la disposición de tiempo: 10

Que la familia participante tenga acceso a internet, computador o celular con wassap: 10.

Para la selección definitiva se realizó el comunicado a los pacientes y con la intención de conocer su disponibilidad e intenciones de ser partícipes del proyecto. Se realizó mediante un encuentro o reunión grupal en la que estuvieron las 18 personas que cumplían con los criterios de

selección, se les informa de que se trata, como se realizó la selección y el compromiso que se requiere para ser partícipe del mismo.

De la reunión o el encuentro con los 18 participantes, 12 estuvieron de acuerdo en participar y verse beneficiados; los otros seis anunciaron no estar interesados; 3 de ellos no contaban con un núcleo familiar de apoyo que le interesara involucrarse, los otros tres aludieron que no se quedarían en el centro de rehabilitación tanto tiempo y que pedirían la salida antes de los dos meses, por tal razón no se comprometían a unirse.

C. Realizar entrevistas a los pacientes seleccionados

Esta actividad se realiza con dos intenciones:

1. confirmar los seleccionados definitivos del proyecto y dar inicio a la segunda etapa del proyecto.

2. Ampliar datos de los pacientes, tales como nombre de los familiares responsables o con quienes conviven, municipio de procedencia, edad, grado de escolaridad, situación civil, actividad económica que desempeña, si tienen hijos y situación económica actual. Con la ayuda de un formato de registro, que se elabora con el apoyo, la supervisión y acompañamiento de la asesora institucional.

D. Hacer el primer acercamiento con la familia

Esta actividad se realiza por medio de llamadas telefónicas, con dos intenciones la primera informar a la familia de los seleccionados toda lo relacionado con el proyecto, abordando temas y objetivos del mismo y confirmar interés y disponibilidad de las familias o familiares responsables de cada paciente para participar t hacer parte del proyecto.

La segunda intención consistió en coordinar y definir la hora y los días en los que se realizarían los encuentros y reuniones virtuales.

Las llamadas se empezaron a realizar con los datos telefónicos recopilados desde la plataforma de la institución y los proporcionados por los pacientes ya seleccionados. La dinámica se dio de la siguiente manera:

Se realiza la llamada, inmediatamente contestan se corrobora la información proporcionada por el paciente, como nombre completo, parentesco y relación vincular.

Luego se procede a informar del proyecto, es decir, los objetivos, la metodología, el compromiso de participación y conexión en línea para los encuentros, el compromiso de permanencia del paciente en la institución. Y se finaliza con el deseo afirmativo e intención de participar en el proyecto.

De las llamadas podemos decir que se tuvo resultados exitosos y de muy buena acogida por parte de las familias, la emoción a ser contactados por la institución para brindar un servicio que permita saber y aportar al proceso de rehabilitación de sus hijos y familiares, fue una emoción evidente por parte de todos los núcleos familiares contactados.

E. Crear la red de wassap y acordar tiempos de los encuentros

Al final de cada llamada se propuso la realización de un grupo de wassap y un encuentro inicial para proponer horarios, días, y plataformas para dar comienzo a los encuentros psicoeducativos. El grupo se creó el día 31 de marzo y la reunión grupal para definir lo demás fue el mismo día a las 7 de noche.

Los seguimientos y acompañamientos familiares a los pacientes que acaban su proceso, se realizó mediante video llamada de wassap, los días estipulados para el video-llamada fueron, lunes martes y miércoles.

Segundo objetivo

Brindar un proceso psicoeducativo familiar con respecto al consumo, reincidencia y factores de riesgo a la familia para recibir al paciente cuando sea dado de alta.

Esta actividad también se cumplió y se alcanzó a cabalidad, para el desarrollo de la misma se propuso 5 encuentros con las familias. Los encuentros psicoeducativos tuvieron inicio el 8 de abril y cada jueves se realizaba una reunión virtual hasta completar todos los contenidos propuestos por la Trabajadora Social en formación, éste objetivo se finalizó el día 6 de mayo de 2021. Cada encuentro psicoeducativo estuvo guiado por una metodología preparada previamente al igual que el contenido que se exponía o compartía en cada encuentro.

La dinámica desarrollada fue la siguiente: primer paso anunciar por el grupo o red de wassap el día y la hora de cada encuentro, es decir se propuso un calendario de encuentros; no obstante el día que estaba programado la Trabajadora Social se encargaba de anunciar y recordar la hora del encuentro y link por el cual se llevaría a cabo.

En los encuentros psicoeducativos participaron doce familias, inicialmente se había planeado la participación de 10 familias, pero cuando ya se había empezado dos pacientes juntos con sus familias desearon participar y pidieron de formas reiteradas ser incluidas en el plan. A Continuación adjunto la Metodología de cada encuentro.

Metodología del primer encuentro con las familias para la psicoeducación 08 de abril de 21. Se propuso la técnica rompehielos llamada “cuatro cosas que deben saber de mí o nosotros”. En éste orden de ideas cada familia participante se presenta y debe mencionar cuatro cosas que debemos conocer de ellos. Se procede a entrar a la temática “que son las drogas y que otros

nombre se relacionan con ellas, tipos de sustancias psicoactivas”. Mediante la exposición de diapositivas y presentación de videos que contiene información al respecto.

Metodología del segundo encuentro con las familias para la psicoeducación 14 de abril de 21. Se propuso la técnica rompehielos llamada “un saludo con sabor a fruta”. En éste orden de ideas cada familia participante se presenta y debe mencionar el sabor de una fruta que corresponda con el estado de ánimo. Se desarrolla la temática factores de riesgos que influyen en consumo de sustancias psicoactivas, haciendo una socialización programada con el uso de videos y demás herramientas informáticas.

Metodología del tercer encuentro con las familias para la psicoeducación 22 de abril de 21. Se propuso la técnica rompehielos llamada “el perchero” el cual consiste en que cada participante debe decir con que emoción llega al encuentro para colgar en el perchero ej.: felicidad, cansancio, aburrimiento, alegría entre otros. Se desarrolló la temática haciendo la exposición del tema (factores protectores que influyen en consumo de sustancias psicoactivas) por parte de la profesional en formación. A través de la proyección de diapositivas. Luego se pidió a cada familia que mencione una estrategia que aplicaría en su caso, teniendo en cuenta los factores protectores explicados.

Metodología del Cuarto encuentro con las familias para la psicoeducación 29 de abril de 21. Se propuso la técnica rompehielos llamada “la sopa”, el cual consiste en que cada participante debe decir un artículo que empiece con la inicial de su nombre que será agregado a la sopa. Se desarrolló la explicación del tema, Técnicas, estrategias y acciones que acompañen y den mejor resultado al paciente y a la familia en su recuperación parte I, por parte de la profesional en formación, a través de la proyección de diapositivas. Luego se pidió a cada

familia que mencione una estrategia que aplicaría en su caso, teniendo en cuenta los factores protectores explicados.

Metodología del quinto encuentro con las familias para la psicoeducación 6 de mayo de 2021. Se propuso la técnica rompehielos llamada “el perchero”, el cual consiste en que cada participante debe decir con que emoción llega al encuentro para colgar en el perchero ej.: felicidad, cansancio, aburrimiento, alegría entre otros. Se explicó la temática haciendo la exposición del tema Técnicas, estrategias y acciones que acompañen y den mejor resultado a paciente y a la familia en su recuperación parte II, por parte de la profesional en formación. A través de la proyección de diapositivas. Luego se pidió a cada familia que mencione una estrategia que aplicaría en su caso, teniendo en cuenta los factores protectores explicados.

Tercer objetivo

Realizar seguimiento a la familia y al paciente para conocer cómo se desarrolla su instancia después de la salida de la institución.

Los seguimientos se programaron con anterioridad, confirmando la asistencia y la disponibilidad horaria un día antes del encuentro a cada paciente y su familia, la acción se realizó por medio de video llamadas.

Cada seguimiento tuvo un objetivo y una metodología para su desarrollo a continuación se describe como se fue logrando cada uno de ellos.

1. El primer seguimiento tenía por objetivo: identificar las dinámicas familiares que se presentaron al regreso a casa de los pacientes y se realizó de acuerdo a lo planteado. La actividad estuvo guiada por un instrumento de seguimiento y sus respectivas preguntas en las cuales se indagaba por el proceso de convivencia familiar y social. Las preguntas son ¿Qué reacciones

percibiste en tu familia a momento de verte recuperado físicamente? ¿Qué molestias has sentido al no estar en el centro y bajo la supervisión de los profesionales? ¿Qué miedos has sentido en estos días que has estado de regreso? ¿Has sentido deseo y ansiedad de consumo? ¿Cómo lo has manejado? ¿Has consumido? ¿Se han presentado dificultades en algún aspecto? ¿Cuáles? Si la respuesta es afirmativa - ¿Cómo la han solucionado? *para reincidentes ¿Has evidenciado alguna diferencia a los procesos anteriores? ¿Cual?

2. El segundo seguimiento tuvo como objetivo: exponer como se ha dado el retorno a la convivencia familiar y el entorno social. Éste encuentro estuvo guiado por un instrumento de seguimiento y sus respectivas preguntas en las cuales se daba respuesta al proceso de convivencia familiar y social, la salida a la calle y el recuento con amigos y familiares más cercanos, a los miedos o dificultades que se hubiesen presentado en el contexto social, a los rechazos o aceptación por las personas cercanas. Las preguntas que orientaron el seguimiento fue: ¿Cómo han sido tus salidas a la calle? ¿Has salido solo o acompañado? ¿Qué de qué forma se ha dado la comunicación en estos días con tu familia? ¿Qué acciones has tomado para retomar tus dinámicas de vida? ¿Te has reunido con tus amistades? Como ha sido ¿Te has enfrentado directa e indirectamente a escenarios de consumo? ¿Cómo has actuado? ¿Has sentido deseo y ansiedad de consumo? ¿Cómo lo has manejado?

3. En el tercer seguimiento se planteó el objetivo de conocer los factores de riesgos afrontados desde la voz del paciente y de la voz de la familia.

Igual que los seguimientos anteriores, éste estuvo guiado por el instrumento de seguimiento y sus respectivas preguntas en las cuales se intentó identificar los factores de riesgos presentados o vividos por el paciente y su familia y la forma en como resolvieron las situaciones. Las preguntas que orientaron el anterior seguimiento fueron las siguientes: ¿Has retomado tus

dinámicas de vida? Describe como ha sido, ¿Qué factores de riesgos has enfrentado a esta etapa del proceso? como has reaccionado, ¿Qué factores de protección has evidenciado en tu familia hasta el momento? ¿Qué obstáculos se han presentado en esto días y como ha sido el apoyo de tu familia para superarlos? ¿Ya que has salido a la calle, como ha sido el trato familiar cuando regresas a casa? ¿Qué reglas y acuerdos se han pactado en tu familia desde la salida del centro hasta ahora? ¿Te has enfrentado directa e indirectamente a escenarios de consumo? ¿Cómo has actuado? ¿Has sentido deseo y ansiedad de consumo? ¿Cómo lo has manejado?

4. En el cuarto y último seguimiento que se realizó se propuso el objetivo de conocer los planes de vida desde el ex-pacientes y como lo apoyará la familia. En éste seguimiento se trató de saber que se había planteado cada ex paciente para retomar su vida, al igual que los demás seguimientos para éste también se utilizó un instrumento que será agregado con los demás anexos de éste informe.

8. Análisis e interpretación de la información

A continuación, los resultados de la aplicación del plan de intervención “*Psicoeducación para preparar a las familias para el retorno a casa del paciente*” el cual se concretó mediante la realización de tres estrategias.

Identificar la red de apoyo socio-familiar de cada paciente y agregarlo a una red comunicativa.

Ésta estrategia se logró al cien por ciento (100%). Se revisaron los datos de cincuenta pacientes, donde un total de 25 pacientes cumplían con los criterios requeridos por el proyecto.

De esta revisión se infiere que la institución tiene un alto flujo de pacientes con diagnósticos de consumo de sustancias, es decir el porcentaje de pacientes con el anterior diagnóstico es más alto que los pacientes con diagnósticos psiquiátricos.

También se reflejó que el noventa por ciento (90%) de los hospitalizados no son pertenecientes al territorio, lo que lleva a preguntarse ¿qué pasa con las personas que presentan estos diagnósticos en el municipio de Caucasia?, ¿dónde están siendo atendidos?

Llama la atención las razones que expusieron el resto de los pacientes, es decir, el no presentaran un núcleo familiar interesado en involucrarse, (cabe aclarar que esta información fue corroborada con las familias, a través de llamadas telefónicas y efectivamente, es cierto). De forma a priori se podría pensar que éstos pacientes están expuestos a mayores factores de riesgos vinculados al espacio emocional, a la falta de supervisión y a la usencia de una comunicación afectiva, pues al no tener una red de apoyo familiar interesada en su proceso y en ellos. La parte afectiva y emocional puede presentar un vacío y debilidad para afrontar el contexto social y la exposición al mismo. Estas interpretaciones hacen que el profesional en formación se pregunte

¿cuál es la base de apoyo de estos pacientes? ¿Cómo identifican el concepto de familia? ¿De qué forma están conviviendo en sus casas?

La creación de estrategias que permitan el fortalecimiento de los vínculos familiares y parentales para la formación de entornos protectores en las familias de los pacientes de la Ips Centro de Rehabilitación Camba Tu Vida, puede pensarse como un reto, plan o programa de intervención desde el área de trabajo social articulado con las áreas de psicología y psiquiatría para dar un plus a la calidad de los servicios prestados.

La tercera actividad desarrollada para cumplir con la estrategia fue realizar entrevista a los pacientes seleccionados esta actividad se realizó con dos intenciones:

1. confirmar los seleccionados definitivos del proyecto y dar inicio a la segunda etapa del proyecto.

2. Ampliar datos de los pacientes, tales como nombre de los familiares responsables o con quienes conviven, municipio de procedencia, edad, grado de escolaridad, situación civil, actividad económica que desempeña, si tienes hijos, situación económica actual entre otros. Con la ayuda de un formato de registro, que se elabora con el apoyo, la supervisión y acompañamiento de la asesora institucional.

Con la anterior actividad se logró establecer el contexto sociofamiliar de los pacientes y sus respectivas familias; se halló que nuestro grupo de intervenidos presentaba varias tipologías de familia distribuidos de la siguiente forma:

Familia nuclear se encontró dos, familia nuclear extensa se encontraron dos, familia compuesta se identificó la existencia de tres, y las últimas cuatro se encuentran en la tipología de familia extensa bilateral.

Por otro lado se encontró que pertenecer a una estructura familiar nuclear tradicional tampoco es una garantía , ya que los dos participantes de estas tipologías aludieron que las problemáticas de parejas entre sus padres, los abusos, el estrés laboral y la falta de comunicación fueron factores desencadenantes para a la acción y decisión de consumo. De lo dicho anteriormente se comprende que la forma de protección que se puede proveer a una persona consumidora, son entornos donde existan lazos positivos, confianza, afecto y una comunicación articulada donde no solamente el adulto hable, si no que el joven sea escuchado y comprendido.

Entendido de otra forma, es que la tipología familiar no determina ser un factor de riesgo o de protección para el consumo de sustancias psicoactivas, es como se desarrollan las dinámicas familiares dentro y fuera de hogar, tiene que ver más con el accionar de los integrantes de la familia, es decir, como se desarrollan los aspectos como la comunicación, la comprensión, supervisión, confianza entre otros. Un ambiente familiar que provea a sus miembros buenos vínculos y lazos emocionales, puede ser agente protector ante la problemática del consumo de sustancias, o recaídas futuras.

La segunda estrategia que se planteó para el plan de intervención ejecutado:

2. Brindar un proceso socioeducativo con respecto al consumo, reincidencia y factores de riesgo a la familia para recibir al paciente cuando sea dado de alta.

Esta estrategia se cumplió al cien por ciento (100%). Para alcanzar el cumplimiento anterior se realizaron cinco encuentros psicoeducativos; de esto se puede decir que la participación fue muy activa, que cada familia adquirió aprendizajes, que tal vez no habrían alcanzado por su iniciativa propia.

Las familias aprendieron a apropiarse de los tipos de drogas, el manejo o las distintas formas de consumo, la forma de obtención y lo que se puede considerar más importante las consecuencias de las sustancias en el organismo. Que el consumo de sustancias, es una problemática en la que se debe contar con el apoyo y el conocimiento de la familia, es decir, la rehabilitación no solo está en la internación, que si bien el paciente cumple con la etapa de la hospitalización las cuales consisten en desintoxicación, deshabitación y resocialización, es necesario que la familia cuente con estrategias que permitan la protección de factores de riesgos tanto familiares como sociales y demás.

Lo anterior se enuncia debido a que en las actividades de saberes previos se observó que las familias consideraban que con la hospitalización del paciente, era suficiente para la recuperación y la rehabilitación social, al tiempo que se evidenció que tampoco tenían el conocimiento mencionado anteriormente con respecto a las sustancias.

Entre los aprendizajes que se impartieron están los factores de riesgos familiares y sociales que como se había mencionado antes, después del primer encuentro empezaron a identificar acciones o circunstancias que afectaban e incidían en la acción de consumo del paciente, pero en ese momento no sabían llamarle con nombre de factor de riesgo.

Este concepto “factores de riesgo familiares y sociales”, fue aprendido a través de los encuentros psicoeducativos, en las voces de las familias se reflejó, en la medida que mencionaban que identificaban algunos como: una comunicación no asertiva, acciones violentas y agresión, accesibilidad a dinero, frecuentar lugares con influencia de venta o consumo, baja autoestima, relaciones amorosas finalizadas, pérdida de seres queridos entre otros.

Más allá de buscar que las familias manejen un lenguaje técnico, lo que se propuso fue que lograran identificar las situaciones que puedan afectar al paciente, y con seguridad se puede decir que se logró, y como resultado de ello, les dio ideas y propuestas la afrontar la presencia de los factores de riesgo y, trabajar en equipo para crear acciones mejoradoras en aras de convertirlos en factores protectores.

Las técnicas, estrategias y acciones que acompañen y den mejor resultado al paciente y a la familia en su recuperación cuando el paciente regrese a casa también estuvieron dentro de los aprendizajes impartidos, de lo cual se observó que las familias no sabían cómo tratar al paciente o tenían temores debido al no saber cómo actuar. Por ejemplo creían que el encerrar al paciente y no dejarlo salir ya que no habría confianza, también mencionaron que si la persona llegaba a consumir podría continuar con el medicamento o darle el doble, éstos y otras afirmaciones fueron desmentidas y reorientadas con el propósito de informar bien y evitar incidentes y recaídas.

Se logró que las familias comprendieran que a la hora del paciente salir de la institución la familia debe estar informada y educada para brindar un entorno protector junto con un apoyo idóneo en el cual se pueda evitar una recaída y el paciente cuente con las herramientas para la reintegración en los aspectos familiares, emocionales y sociales.

Al final de la temática, se observó la transformación de saberes, es decir, los participantes tenían claridad de las sustancias que sus familiares consumían y la forma, como hacían para conseguirlo y sin haber escuchado la clase de factores de riesgos ya empezaban a identificar los mismos desde el ámbito familiar y el social.

De esta etapa del proceso se puede celebrar algo más que los aprendizajes; es decir, en la voz de los participantes comentan haber alcanzado un nivel emocional y afectivo más alto con su familiar, se desarrolló empatía y comprensión por la problemática que afronta el paciente, se motivó a tener un contacto más personal y cercano con la institución, es decir la comunicación pasó de desarrollarse en aspectos funcionales del área de trabajo social, a realizar intercambio de emociones. Estos resultados permiten la permanencia del pacientes en la IPS, y abre la oportunidad para brindar el servicio a más personas, estar más al día con el proceso de rehabilitación y hospitalización del paciente.

En total en cada encuentro psicoeducativo participaron, diez familias pertenecientes al proyecto. No obstante se contó con la presencia de otras cuatro que se unieron por voluntad e interés propio. En este sentido se puede decir, que algunas familias de los jóvenes que se hospitalizan, más allá de estar desesperadas por la situación presente del paciente, también desean conocer y aprender de la mano de un profesional, las formas en las que puede ayudar y enfrentar la problemática y condición de los mismos. Ya que las familias son conscientes de que la hospitalización es por un periodo de tiempo y la solución que brinda el servicio Del centro de rehabilitación no es permanente.

Como ultima estrategia del plan de intervención se planteó:

3. Realizar seguimiento a la familia y al paciente para conocer cómo se desarrolla su instancia después de la salida de la institución.

Para el desarrollo de esta estrategia se planteó, el seguimiento durante cuatro semanas a cada paciente de forma semanal, uno a la semana durante un mes. Los seguimientos se programaron con anterioridad, confirmando la asistencia y la disponibilidad horaria un día antes del encuentro a cada paciente y su familia, la acción se realizó por medio de video llamadas.

Cada seguimiento y/o encuentro tenía un objetivo y una metodología para su desarrollo a continuación se describe como se fue logrando cada uno de ellos.

El primer seguimiento tenía por objetivo: identificar las dinámicas familiares que se presentaron al regreso a casa de los pacientes. El objetivo permitió la escucha acerca de las emociones y sentimientos que se produjeron en las familias y el paciente al regreso a casa.

Éste como todos los seguimientos estuvieron guiados por un instrumento elaborado por la Trabajadora social en formación, en este primer seguimiento se logró la participación del cien por ciento de la población estimada, es decir 10 ex-pacientes con sus respectivas familias.

De ello se puede decir que el retorno a casa de los ex -pacientes estuvo lleno de sentimientos positivos y apoyo como grupo familiar, los intervenidos exponen haberse sentido tranquilos y en calma. Se logró identificar que los pacientes fueron recibidos en casa con abrazos y mucho afecto, manifestaciones de cariño y aprecio, encontraron en casa una familia que estaba tranquila y esperanzada de ver cambios y mejorías en ellos, y que a su vez estaban felices de haber estado más inmersos en el proceso de rehabilitación y poner su grano de arena para la recuperación del familiar.

No obstante mencionan que se dieron dificultades de adaptación y retoma de dinámicas familiares, que no fue nada que llegará a mayores situaciones. Es decir, no pasó de conversaciones acaloradas y luego la toma de decisiones en muto acuerdo. Exponiendo así que la comunicación y la forma de resolver diferencias en casa habían cambiado.

Con la semana siguiente llegó el segundo seguimiento el cual tuvo como objetivo: exponer como se ha dado el retorno a la convivencia familiar y el entorno social.

Éste seguimiento estuvo guiado por un instrumento y sus respectivas preguntas en las cuales se daba respuesta al proceso de convivencia familiar y social, la salida a la calle y el

reencuentro con amigos y familiares más cercanos, a los miedos o dificultades que se hubiesen presentado en el contexto social, a los rechazos o aceptación por las personas cercanas. En el segundo seguimiento se logró la participación del cien por ciento de la población estimada, es decir 10 ex-pacientes con sus respectivas familias.

Como resultado de lo anterior se encontró algunas respuestas generalizadas, es decir, en las preguntas de convivencia manifestaron presentar dinámicas positivas, que si bien existieron diferencias entre el grupo familiar, aciertan que han mejorado y modificado la forma en cómo se comunican. Por ejemplo, tanto familia como ex-paciente aluden entender que con alzar la voz, gritar, golpear e insultar los problemas no tendrán mejor solución, que han aplicado la estrategia de calmarse y luego hablar con más tranquilidad. Esto resalta los logros del proceso de intervención, ya que uno de los factores de riesgos señalados en los encuentros psicoeducativos fue las dificultades en la comunicación y el abordaje de los conflictos en casa, en este punto se puede decir que las familias se quedaron con parte de las enseñanzas del plan ejecutado.

Ahora por otro lado se debe hablar de retorno de la vida social y la salida a la calle, en este punto quedó claro que la palabra miedo estaba en el ambiente tanto en el corazón de los familiares como en el ex -paciente; en la familia el temor de un nuevo consumo por muy pequeño que fuera, de una recaída y pérdida de todo lo avanzado, es decir, el miedo estaba ligado a que el paciente tuviera un encuentro con la droga o quienes la consumen o proveen.

Ahora bien los temores que enfrentaron los pacientes estaban aunados al rechazo de las personas ya fuesen cercanos, lejanos o desconocidos. No obstante se puede celebrar que no hubo consumo y el regreso a casa a la hora pactada fue la buena noticia del final de día, y el rechazo que pudieran recibir fue mínimo. Estas situaciones positivas dieron paso al crecimiento de la confianza en ambas partes, permitiendo una reincorporación social paulatina y beneficiosa. Con

lo expuesto anteriormente se puede decir que en esta ocasión en los hogares de estas familias, el elemento diferenciador fue la confianza.

Una de las estrategias que se indicó para apoyar la rehabilitación en casa cuando los pacientes terminaran la hospitalización, fue desarrollar o propiciar un ambiente lleno de confianza y acciones que favorecieran la misma. Con lo expuesto en el seguimiento anterior se puede decir que los encuentros psicoeducativos permitieron a las familias aprehender acciones mejoradoras para el bienestar de ambas partes.

Con el tercer seguimiento se planteó el objetivo de: conocer los factores de riesgos afrontados desde la voz del paciente y de la voz de la familia.

Igual que los seguimientos anteriores, éste estuvo guiado por el instrumento de seguimiento y sus respectivas preguntas en las cuales se intentó identificar los factores de riesgos presentados o vividos por el paciente y su familia y la forma en como resolvieron las situaciones.

En este punto las familias mencionaban los factores de riesgos identificados en su cotidianidad, convivencia y dinámicas diarias dentro del hogar. Por ejemplo algunas familias mencionaron que se presentaron situaciones de conflicto a nivel de comunicación, es decir, se presentaron mentiras acerca de la ubicación en los momentos de las salidas del paciente a la calle. El hecho anterior ocasionó diversas discusiones sobre la confianza y la comunicación entre las partes; en la llamada mencionaban haber recordado que como familia debían abrir espacios a la verdad y la sinceridad, resaltando éste punto como aprendido en los encuentros psicoeducativos.

Los ex pacientes por su parte daban a conocer lo presenciado a nivel personal, mencionaron los factores de riesgo a nivel social; entre ellos las reuniones con antiguos amigos que consumen sustancias psicoactivas, exponen que la forma de resolver ese factor fue la negación y la decisión de no consumir, resaltando que el hecho de rechazar la sustancia les costó dejar amistades de lado

o alejarse totalmente de ellas, pues como propósito de vida personal y familiar era salir del mundo de las drogas y dar un comienzo diferente a su vida.

Algunas de las preguntas que orientaron el anterior seguimiento fueron las siguientes:

¿Has retomado tus dinámicas de vida? Describe como ha sido, ¿Qué factores de riesgos has enfrentado a esta etapa del proceso? como has reaccionado, ¿Qué factores de protección has evidenciado en tu familia hasta el momento? Se logró la participación del 80 por ciento de la población estimada, es decir 08 ex-pacientes con sus respectivas familias, debido a que por decisión propia dos ex pacientes decidieron no continuar y las familias al ver el desinterés desistieron del proceso también. Hasta este punto de lo ejecutado del plan de intervención, se resalta lo provechoso de sus tres etapas tanto para las familias y los pacientes, se pudo crear opciones para modificaciones de actuaciones y conductas dentro del seno familiar, desarrollándose una comunicación más asertiva y articulada.

Para el último encuentro y seguimiento se propuso el siguiente objetivo: conocer los planes de vida desde el ex-pacientes y como lo apoyará la familia.

En éste seguimiento se trató de saber que se había planteado cada ex paciente para retomar su vida. Se encontró que algunos ya habían retomado el aspecto laboral, no en el lugar que estaban anteriormente por varias razones, entre ellas, que el empleo ya no estaba disponible o que fuera un factor de riesgo para el consumo y el acceso a las sustancias psicoactivas. Otros por su parte emprendieron su propio negocio ya que parte del apoyo y confianza desde la familia era el financiamiento de emprendimientos iniciados antes de la rehabilitación y que por razones y acciones del consumo no habían logrado llevar a cabo.

Como último seguimiento también se quiso conocer a modo general las dudas, inquietudes de las familias en varios aspectos importantes como son la continuación con los medicamentos prescritos, las consultas de control entre otras.

Con respecto al deseo de consumo de lo cual manifestaron haberlo sentido en gran medida, se orientó a la familia con tips como forma apoyarlos; ser una compañía para distraerse, organizar planes como caminatas, lecturas, visitas de familiares o amigos, entre otras. Con respecto al seguimiento de los medicamentos recetados y el control de consulta, se realizó una orientación con la asistente del psiquiatra, la cual fue la encargada de explicar y dar respuesta a cada inquietud.

Al final del encuentro se realizó el cierre total del plan de intervención, las familias y los ex pacientes fueron conscientes que hasta ese punto llegaba el proyecto. Se manifestaron muy agradecidos y conmovidos, pues por el tiempo compartido se logró crear un vínculo afectivo en ambas partes. Se puede hablar a través de los relatos que los participantes y beneficiarios del plan de intervención, finalizan con una visión diferenciadora del consumo y como sus familiares viven esta condición, naciendo en ellas, una comprensión más emocional, del nivel de ansiedad y las dificultades que se presentan al ser una persona consumidora de sustancias psicoactivas, lo que hace evidenciar los resultados del plan de intervención desarrollado. En el último encuentro se contó con la participación activa y emotiva de ocho pacientes con sus respectivas familias.

9. Alcance de metas e indicadores

El plan de intervención planteado tuvo una ejecución del cien por ciento (100%), llevándose a cabo la totalidad de las estrategias propuesta para el mismo. A continuación, se hará una descripción de los alcances y metas en cada una de las etapas, donde se propusieron las siguientes metas a cumplir.

A nivel de beneficiado (paciente y familia):

Capacitar y brindar Psicoeducación al menos el 70% de las familias y pacientes seleccionados para ser beneficiarios del proyecto.

Para el alcance de esta meta se llevó a cabo dos estrategias y sus respectivas actividades ya descritas anteriormente. La primera estrategia que consistió en selección de los participantes. La cual se hizo con un promedio de 35 pacientes con sus respectivas familias.

Se logró con buena respuesta, la selección de doce beneficiados desde la hospitalización y sus familiares responsables. El número de beneficiados establecido en la planeación fue de 8 y se amplió espacio para cuatro más debido a la buena respuesta y acogida de la propuesta por la población informada.

La segunda estrategia que comprendió los alcances de la meta anterior fueron los encuentros psicoeducativos de ello se expone lo siguiente:

Se realizaron 5 encuentros los cuales iniciaron el 08 de abril y finalizaron el 15 de mayo 2021, realizando uno cada semana con previa información y corroboración de disponibilidad y/o asistencia; la participación y la disposición fueron muy activa y constante. En total en cada encuentro psicoeducativo participaron entre 10 y 14 familias; se puede decir que las familias de los pacientes en rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas, desean conocer y aprender de la mano de un profesional, las formas en las que puede ayudar y enfrentar la problemática y

condición de sus familiares. Ya que reconocen y son conscientes de que la hospitalización es por un periodo de tiempo y la solución que brinda el servicio del centro de rehabilitación no es permanente.

Inicialmente se propuso al inicio de plan la intervención que se incluirían ocho familias, no obstante se terminó por incluir en el plan doce, es decir cuatro más de las que estaban programadas, a las cuales se les brindó psicoeducación al 100% de las familias participante de los encuentros.

En la estrategia tres que corresponde al seguimiento a los pacientes después de la hospitalización; en esta fase se logró hacer seguimiento a 10 pacientes y sus respectivas familias. De forma individual dos pacientes decidieron no continuar después del primer seguimiento, no obstante, las familias si estaban dispuestas, pero luego del tercer seguimiento no participaron más, la decisión anterior se debió al desinterés del ex paciente.

De lo anterior se expone que ésta meta se cumplió al 100%, y también se puede decir que ese porcentaje se alcanzó con una buena satisfacción por parte de los involucrados. Minimizar los factores familiares que puedan ser agentes de peligro para la reincidencia del consumo.

La tercera meta se puede medir cualitativamente de la siguiente forma: al finalizar el plan de intervención las familias se hallaron fortalecidas para el recibimiento de sus pacientes; puesto que éstas al inicio de ejecución del plan manifestaron sentir temor del retorno del paciente a casa, ya que no sabrían cuánto demoraría en presentarse la próxima recaída, como se resolverían las diferencias o en su defecto como tratar de forma adecuada el regreso del hospitalizado al hogar.

A nivel de pacientes se logró mejorar la capacidad de diálogos entre la familia; se evidenció que la familia pudo conocer mucho más con respecto a lo que el paciente piensa y vive en su condición de consumo, logrando así el fortalecimiento de los vínculos y los lazos de afecto.

Los beneficiados alcanzaron mejor comprensión de la condición del paciente desde el hogar y la familia que lo recibirá a su retorno, para que de esta forma el paciente sienta que llega a un lugar de confianza y es bienvenido. A la vez que se les brindó estrategias para mejorar los tratos y la convivencia en ambas partes.

10. Aportes desde el trabajo social

La profesión de trabajo social en las instituciones que prestan servicios para la rehabilitación de salud mental, resulta ser un elemento fundamental en el equipo interdisciplinario, para brindar un servicio integral. Desde la ley y la norma también se establece la inclusión del trabajador social en la institución, por ser una profesión y disciplina con técnicas y estrategias amplias para la elaboración de diagnósticos, orientaciones y terapias familiares, comprensión de contextos.

Artículo 18. Equipo interdisciplinario. Las instituciones prestadoras de servicios de salud en salud mental pública y privada, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, terapia psicosocial, médico general, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el ministerio de salud y protección social. (República de Colombia & Gobierno Nacional, 2013).

Los saberes propios de investigación por parte de la profesión de trabajo social, es un gran aporte tanto al campo de practica como al plan de intervención, ya que esto provee las herramientas y estrategias para la generación y producción de conocimiento, por ejemplo en el plan de intervención saber anteriormente sobre investigación permitió la elaboración de una metodología acertada y adecuada para alcanzar los objetivos propuestos.

El contacto familiar y los vínculos que se forjan desde trabajo social con los hospitalizados y sus familias, fortalecen los niveles de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y sus familias, lo que a la larga es un doble beneficio, puesto que el paciente se queda por más tiempo en la institución y así recibe una hospitalización más completa y la institución recibe ingresos por sus servicios prestados.

Las capacidades de investigación que posee o aprende un trabajador social en su formación profesional, es un aporte importante, ya sea por la generación de conocimiento que permite identificar falencias en los procesos de los pacientes, o las problemáticas familiares que afectan a cada individuo. Somos una herramienta para los procesos psicosociales en la intervención familiar, y siendo la familia el elemento principal y cercano del rehabilitado, es muy beneficioso para la institución contar con el trabajo social en sus servicios. Ahora bien, con el plan de intervención ejecutado y los resultados se demostró la importancia de acompañar y cultivar al núcleo familiar para que la llegada a casa después de la rehabilitación sea provechosa para todos.

11. Aprendizajes y conclusiones

La importancia de la labor del trabajador social en las instituciones de salud mental va enraizada a la comprensión de las condiciones contextuales que rodean a las personas con problemas de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y sus respectivas familias, esto porque las situaciones y condiciones que rodean a cada persona y familia son diferentes y particulares, por ende, se debe ver de esa manera diferente, primando el derecho que tienen a ser atendidos y apoyados en la rehabilitación oportuna, adecuada e idónea. Esto se hizo con la identificación de los factores familiares y económicos, la identificación de los factores socioculturales y la interpretación de los significados que rodearon a cada una de los participantes.

Desde el Trabajo Social, las familias y la sociedad necesitan incorporar los conceptos que han cambiado, pues lo social y lo cultural se ha quedado atrás en cuanto el reconocimiento de los factores de riesgo en los jóvenes, ya sean desde la familia o desde lo social. Como profesionales de Trabajo social, debemos promover y educar en cuanto los cambios sociales que favorecen el fortalecimiento de dinámicas familiares, de vínculos, y de la comunicación familiar entre otros.

La familia y la sociedad deben apostar a la ampliación de garantías democráticas sustantivas, como el acceso a una adecuada salud mental para todos, que haya existencia de recursos en los planes de gobiernos municipales y regionales para proyectos y programas encaminados en promoción y prevención desde la escuela hasta las familias.

La realización del plan de intervención permite identificar algunas de las condiciones sociales que rodean a los jóvenes de Apartadó y sus alrededores, las cuales están enmarcadas en imaginarios articulados con acciones y normas sociales como la estigmatización, la presión social, el deseo de pertenecer y ser tenido en cuenta.

Los principales aprendizajes a mencionar son: la creación de estrategias para lograr mantener el interés de las personas, es decir, en la aplicación del plan de intervención, el logro del objetivo número dos consistía en la permanencia y la asistencia de las familias a los encuentros psicoeducativos; Para ello debía mantener la comunicación, hacer que en los encuentros las personas estuvieran motivadas y no se sintieran aburridas, para ello siempre propuse técnicas rompehielos que se pudieran aplicar a diversas edades y géneros. Mantener el contacto en el grupo de Whatsapp a través de una oración, una imagen o un pequeño video motivacional, la idea era crear y mantener el vínculo para no perder el contacto.

Mantener la calma y la capacidad para actuar y orientar de forma profesional y correcta al paciente o familiar que está requiriendo de la ayuda y no demostrar que el relato o historia está afectando personalmente al profesional. Es decir, que el paciente sienta que lo escucha alguien que tiene las herramientas para apoyarlo y orientarlo de la forma idónea y correcta que necesita. Cabe resaltar que las historias de vida son fuertes y de connotaciones tristes o violentas que muchas veces conmueven y propician la melancolía.

El manejo de un lenguaje apropiado, la comprensión y la empatía con cada caso no se puede dejar de lado. Esta experiencia ha permitido el crecimiento personal y profesional, pues ver de cerca las realidades de las familias y las problemáticas que viven las personas, proporciona el reconocimiento y la importancia de la profesión y el apoyo que cada familia requiere.

La interacción con los profesionales de distintas ramas aumentó el conocimiento de conceptos, teorías y prácticas, cada especialista de un área distinta permitió la creación de una caja de herramientas para cuando se esté en el campo laboral.

Personal y académicamente puedo decir que se adquirió habilidades para la orientación psicosocial como la escucha, la identificación de las problemáticas familiares que incluyen el reconocimiento de vínculos fragmentados desde el plano individual y familiar. En éste punto de la práctica se reforzó el manejo y el dominio de la entrevista tanto individual y grupal en sus dos modalidades estructurada y semiestructurada, puesto que la aplicación real de esta técnica permitió ver cómo se desarrollaban los escenarios y dar estrategias para poder llevarla y orientarla hacia el objetivo planteado.

12. Recomendaciones

Se recomienda que estos campos de prácticas sigan abiertos para próximas cohortes de la profesión de Trabajo Social, ya que el desarrollo de actividades en estos espacios permite la vivencia y profundización en un campus de conocimiento muy relevante para la profesión y en el fortalecimiento de habilidades metodológicas como las técnicas de escucha, trabajo social de grupos y entrevistas en sus diversas modalidades. Así mismo la identificación de problemáticas familiares, sociales y el contexto que forma parte de las mismas, y a su vez identificar como conocer el contexto de las personas ayuda para planear estrategias mejoradoras en pro de una intervención situada.

Los campos de práctica son más que eso, para la trabajadora social en formación éste espacio se transformó en el laboratorio de teorías, conceptos, procesos y proyectos. Más allá de lo que fuese el plan de intervención, el tiempo y las actividades desarrolladas en la IPS Centro de Rehabilitación Cambia tu vida, permitieron tener un reflejo de lo que es ser profesional y actuar como tal con las responsabilidades ético-políticas que en si implica. Es por ello que se recomienda a la institución mencionada anteriormente mantener las puertas abiertas para los futuros profesionales que esperan por vivencias y experiencias fortalecedoras de aprendizajes académicos.

Se deja como recomendación a la IPS Centro De Rehabilitación Cambia Tu Vida, llevar a cabo de forma continua la aplicación y ejecución del anterior plan de intervención, ya que como se ha mencionado antes, la intervención familiar del paciente debe ir más allá de un contacto dos veces por semana, la intervención familiar debe involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación previendo a las mismas de herramientas que permitan un acompañamiento al paciente durante y después de la hospitalización.

Y como se mencionó en el apartado de los resultados; la acogida, el apoyo y la participación permitió el logro de buenos resultados, es decir, a las familias les interesa, saber, aprender y ser incluidas en los procesos de rehabilitación de sus pacientes, y esa característica es algo que se debe valorar, ya que de esta forma el proceso puede tener mejor efecto

13. Referencias

Donoso, M., & Saldias, P. (1998). *Modelo De Intervención Para El Trabajo Social Familiar*.

Obtenido de <https://bit.ly/34ZCiQ9>

Bembibre, C. (06 de 09 de 2010). *Consumo*. Obtenido de Definición ABC: <https://bit.ly/3pdd8V2>

Fantin, M. B., & García, H. D. (Agosto de 2011). *Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas*. Obtenido de <https://bit.ly/3hctqZF>

Guzman, Omar & Caballero, Tamara. (02 de 2012). *La definición de factores sociales en el Marco de las investigaciones actuales*. Santiago, 2012, no 128, p. 336-350. Obtenido de <https://bit.ly/3vfSBCU>

Licon, H. D. (28 de Diciembre de 2020). Entrevista a pacientes reincidentes IPS centro de rehabilitación Cambia Tu vida. (D. Sarly, Entrevistador)

Medina y Viveros, E. F.-C. (10 de marzo de 2014). Familia y dinámica familiar. (Carolina Orrego Moscoso). Medellin, Antioquia, Colombia: Funlam. Obtenido de <https://bit.ly/3vgs34n>

MinJusticia. (s.f.). *Sustancias Psicoactivas*. Obtenido de <https://bit.ly/3M1wnL5>

Montes, S. (25 de Noviembre de 2020). Entrevista intervencion familiar IPS cambia tu vida. (D. Sarly, Entrevistador)

Pons Dies, J., & Bejarano Peirast, E. (20 de Junio de 1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicologia social*. Obtenido de <https://bit.ly/3t4DBVU>

República de Colombia & Gobierno Nacional. (31 de Julio de 2012). *LEY 1566 DE 2012*.

Obtenido de <https://bit.ly/3sYXKwk>

República de Colombia & Gobierno Nacional. (21 de Enero de 2013). *Ley 1616 Del 21 de enero 2013*. Obtenido de <https://bit.ly/3sjx36M>

Unknown. (Julio de 2014). *Centro de rehabilitación cambia tu vida*. Obtenido de <https://bit.ly/35rCOGb>

Villadiego, E. (15 de diciembre de 2020). Entrevista intervención con las familias de los pacientes IPS cambia tu vida. (D. Sarly, Entrevistador)

14. Anexos

Anexo 1: Metodologías de los encuentros psicoeducativos

Metodología del primer encuentro con las familias para la psicoeducación 08 de abr. de 2021

Se programa el encuentro con las familias para el jueves 8 de abril de 2021 a las 6:00 pm, éste se organiza de forma virtual por medio de la plataforma Meet, el desarrollo del encuentro se plantea de la siguiente forma.

1. Primero se ambienta el encuentro con la canción” amor y control del cantante Juan Luis Guerra”, mientras se reúnen todos los asistentes.

Luego se desarrolla un rompehielos para conocernos, la técnica se llama “cuatro cosas que deben saber de mí o nosotros”. En éste orden de ideas cada familia participante se presenta y debe mencionar cuatro cosas que debamos conocer de ellos.

Luego del saludo se propone la lectura y explicación de la temática: “conceptos de drogas, sustancias psicoactivas y tipologías”.

Se procede a entrar a la temática “que son las drogas y que otros nombres se relacionan con ellas, tipos de sustancias psicoactivas”. Mediante la exposición de diapositivas y presentación de videos que contiene información al respecto. Luego se realiza una socialización de la temática y los videos con preguntas orientadas por l Trabajadora Social.

¿Qué aprendiste de los conceptos hablados en la presentación de hoy?

¿Sabías algo de lo mencionado aquí? O con que otros nombres lo has conocidos

Como crees aporta esta información a la recuperación de su familiar

Metodología del segundo encuentro con las familias para la psicoeducación 15 de abr. de 2021

Se programa el encuentro con las familias para el miércoles 14 de abril de 2021 a las 6:00 pm, éste se organiza de forma virtual por medio de la plataforma Meet, el desarrollo del encuentro se plantea de la siguiente forma.

1. Primero se ambienta el encuentro con la canción “las avispas de Juan Luis Guerra”, mientras se reúnen todos los asistentes.

Luego el saludo del sabor de la fruta, el cual consiste en que cada participante debe decir “buenas noches hoy les saludo con el sabor de (debe mencionar una fruta que haga relación con el estado de ánimo que llega al encuentro.)”. Con la intención de conocer cómo se encuentran de estados de ánimos.

Se procede a entrar a la temática, haciendo una socialización programada de unos videos que se debieron ver previos al encuentro. Luego se presenta la exposición del desarrollo del tema (**factores de riesgos que influyen en consumo de sustancias psicoactivas**) por parte de la profesional en formación. A través de la proyección de diapositivas. Luego se pide a cada uno que diga que factores de riesgos identifican en su caso.

Al final se hace la reflexión con los factores que cada familia logró identificar, y con la técnica que se llama: ¿hoy aprendí que? En ella cada familia debe mencionar que aprendieron de lo explicado por la profesional en formación

Metodología del tercer encuentro con las familias para la psicoeducación 22 de abr. de 2021

Se programa el encuentro con las familias por medio de la red comunicativa de wassap para el miércoles 22 de abril de 2021 a las 6:00 pm, éste se organiza de forma virtual por medio de la plataforma Meet, el desarrollo del encuentro se plantea de la siguiente forma.

1. Primero se ambienta el encuentro con la lectura “la hormiga que nunca se rindió”,

Luego el saludo se hará con la técnica rompehielos llamada el perchero, el cual consiste en que cada participante debe decir con que emoción llega al encuentro para colgar en el perchero ej.: felicidad, cansancio, aburrimiento, alegría entre otros.

Se procede a la temática haciendo la exposición del tema (**factores protectores que influyen en consumo de sustancias psicoactivas**) por parte de la profesional en formación. A través de la proyección de diapositivas. Luego se pide a cada familia que mencione una estrategia que aplicaría en su caso, teniendo en cuenta los factores protectores explicados.

Al final se hace la reflexión con las familias recordando la técnica del inicio el perchero donde cada uno de ellos debe indicar que se lleva del encuentro. Es decir, recordar lo que colgó en el perchero y decir que se lleva de la experiencia.

Metodología del Cuarto encuentro con las familias para la psicoeducación 29 de abril de 2021

Se programa el encuentro con las familias por medio de la red comunicativa de wassap para el miércoles 22 de abril de 2021 a las 6:00 pm, éste se organiza de forma virtual por medio de la plataforma Meet, el desarrollo del encuentro se plantea de la siguiente forma.

1. Primero se ambienta el encuentro con la lectura “la mamá más mala”,

Luego el saludo se hará con la técnica rompehielos llamada “la sopa”, el cual consiste en que cada participante debe decir un artículo que empiece con la inicial de su nombre que será agregado a la sopa.

Se procede a la temática haciendo la exposición del tema (Técnicas, estrategias y acciones que acompañen y den mejor resultado a paciente y a la familia en su recuperación parte I) por parte de la profesional en formación. A través de la proyección de diapositivas. Luego se pide a cada familia que mencione una estrategia que aplicaría en su caso, teniendo en cuenta los factores protectores explicados.

Al final se hace la reflexión con las familias recordando la técnica del inicio el perchero donde cada uno de ellos debe indicar que se lleva del encuentro. Es decir, recordar lo que colgó en el perchero y decir que se lleva de la experiencia.

Metodología del quinto con las familias para la psicoeducación 6 de mayo de 2021

Se programa el encuentro con las familias por medio de la red comunicativa de wassap para el miércoles 22 de abril de 2021 a las 6:00 pm, éste se organiza de forma virtual por medio de la plataforma Meet, el desarrollo del encuentro se plantea de la siguiente forma.

El saludo se hizo con la técnica rompehielos llamada el perchero, el cual consiste en que cada participante debe decir con que emoción llega al encuentro para colgar en el perchero ej.: felicidad, cansancio, aburrimiento, alegría entre otros.

Se procede a la temática haciendo la exposición del tema (Técnicas, estrategias y acciones que acompañen y den mejor resultado a paciente y a la familia en su recuperación

parte II) por parte de la profesional en formación. A través de la proyección de diapositivas. Luego se pide a cada familia que mencione una estrategia que aplicaría en su caso, teniendo en cuenta los factores protectores explicados.

Al final se hace la reflexión con las familias recordando la técnica del inicio el perchero donde cada uno de ellos debe indicar que se lleva del encuentro. Es decir, recordar lo que colgó en el perchero y decir que se lleva de la experiencia.

Anexo 2: instrumento de seguimiento al paciente

Instrumento de seguimientos al paciente despues del egreso de la IPS	
<p>Para todos los encuentros se realiza un acuerdo previo, que corresponde a la confirmación de la hora disponibilidad del mismo, la compañía familiar entre otros. El encuentro se da inicio con un saludo en el que se procura saber cómo se encuentran en la familia, de salud, economía, y que situaciones se están afrontando. Se prosigue a una dinámica rompehielos, puede ser un chiste, una lectura o una técnica de encuentro; con la intención de animar y ganar confianza. Luego se procede a realizar las preguntas propuestas en cada etapa o seguimiento propuesto en este instrumento:</p>	
<p>Primer seguimiento a al paciente despues del egreso de la institución 14 de Mayo de 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza un relato de cómo fue tu salida de la institución y el la llegada a casa, describir emociones y sentimientos. • ¿Qué reacciones percibiste en tu familia a momento de verte recuperado físicamente? • ¿Qué molestias has sentido al no estar en el centro y bajo la supervisión de los profesionales? • ¿Qué miedos has sentido en estos días que has estado de regreso?

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Has sentido deseo y ansiedad de consumo? ¿cómo lo has manejado? • ¿Has consumido? • ¿Se han presentado dificultades en algún aspecto? ¿Cuáles? Si la respuesta es afirmativa - ¿Cómo la han solucionado? • *para reincidentes ¿Has evidenciado alguna diferencia a los procesos anteriores? ¿cual? • Este espacio es abierto para comentar y hacer retroalimentación de las respuestas e inquietudes
<p>2° Seguimiento a al paciente despues del egreso de la institución 27 de Mayo de 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza corto donde describas como han sido la convivencia en estos días, incluye emociones y sentimientos. • ¿Cómo ha sido tus salidas a la calle? ¿has salido solo o acompañado? Describe • ¿Qué de qué forma se ha dado la comunicación en estos días con tu familia? • ¿Qué acciones has tomado para retomar tus dinámicas de vida? • ¿Te has reunido con tus amistades? Como ha sido • ¿Te has enfrentado directa e indirectamente a escenarios de consumo? ¿Cómo has actuado? • ¿Has sentido deseo y ansiedad de consumo? ¿cómo lo has manejado? • ¿Has consumido? • ¿Se han presentado dificultades en algún aspecto? ¿Cuáles? Si la respuesta es afirmativa - ¿Cómo la han solucionado? • Este espacio es abierto para comentar y hacer retroalimentación de las respuestas e inquietudes

<p>Tercer seguimiento a al paciente despues del egreso de la institución 10 de junio de 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza corto relato donde describas como ha sido la convivencia en estos días, incluye emociones y sentimientos. • ¿Has retomado tus dinámicas de vida? Describe como ha sido • ¿Qué factores de riesgos has enfrentado a esta etapa del proceso? como has reaccionado • Que factores de protección has evidenciado en tu familia has ta el momento? • Que obstáculos se han presentado en esto días y como ha sido el apoyo de tu familia para superarlos • Ya que has salido a la calle, como ha sido el trato familiar cuando regresas a casa • ¿Qué reglas y acuerdos se han pactado en tu familia desde la salida del centro hasta ahora? • ¿Te has enfrentado directa e indirectamente a escenarios de consumo? ¿Cómo has actuado? • ¿Has sentido deseo y ansiedad de consumo? ¿cómo lo has manejado? • ¿Has consumido? • ¿Se han presentado dificultades en algún aspecto? ¿Cuáles? Si la respuesta es afirmativa - ¿Cómo la han solucionado? • Este espacio es abierto para comentar y hacer retroalimentación de las respuestas e inquietudes
<p>seguimiento a al paciente despues del egreso de la institución 22 de Mayo de 2021</p>	

