



Informe de práctica profesional
Proceso de intervención social – Escuela de Familias San Juan Grande de la Clínica de San
Juan de Dios La Ceja - Antioquia

Andrés Mauricio Montoya Ortega

Informe de práctica presentado para optar al título de Trabajador Social

Asesora

Luz Edilma Aguirre Osorio, Trabajadora Social

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Trabajo Social
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

Cita

(Montoya Ortega, 2023)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

Montoya Ortega A. (2023). *Informe de práctica profesional Proceso de Intervención Social – Escuela de Familias San Juan Grande de la Clínica de San Juan de Dios La Ceja – Antioquia*. [Informe de práctica]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

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

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/Director: Alba Nelly Gómez García

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.....	7
Abstract.....	8
Introducción	9
1 Contextualización.....	10
1.1 Contexto de la salud en Colombia.....	10
1.2 Contexto institucional	16
1.3 Orden Hospitalaria San Juan de Dios a nivel mundial	16
1.4 Orden Hospitalaria San Juan de Dios en Colombia.....	18
1.5 Clínica San Juan de Dios, La Ceja – Antioquia	19
1.6 Misión	19
1.7 Visión.....	20
2 Actores involucrados	21
2.1 Denominación del proyecto.....	21
2.2 Localización física	21
3 Descripción del proyecto	22
4 Justificación del proyecto	24
5 Marco referencial.....	25
5.1 Deshabitación como tratamiento de las drogodependencias.....	25
5.2 Teoría sistémica de la familia.....	26
5.3 Psicoeducación familiar.....	26
6 Objetivos	28
6.1 Objetivo general	28
6.2 Objetivos específicos	28

7 Metas e indicadores	29
8 Actividades metodológicas	31
8.1 Cronograma	31
9 Beneficiarios	32
10 Recursos	33
11 Sistema de monitoreo y evaluación	34
12 Hallazgos.....	40
12.1 Hallazgos del primer ciclo formativo de la escuela de familias San Juan Grande.	40
12.2 Monitoreo de asistencia de las familias a los talleres.	40
12.3 Monitoreo de las sesiones formativas programadas en los tres meses de internamiento. .	41
12.4 Monitoreo de la sensibilización y convocatoria que se realiza previo a todas las sesiones.	41
12.5 Monitoreo de apropiación de conocimientos.	42
12.6 Monitoreo y evaluación de la valoración de cada familia frente al proceso psicoeducativo.	42
13 Logros	44
14 Fortalezas	45
15 Debilidades.....	46
16 Aportes desde Trabajo Social.....	47
17 Evaluación de la institución como agencia de práctica	49
18 Recomendaciones	50
Referencias.....	51
Anexos	52

Lista de tablas

Tabla 1	12
Tabla 2 Metas e indicadores: corto, mediano y largo plazo.....	29
Tabla 3 Recursos Humanos.....	33
Tabla 4 Materiales	33
Tabla 5 Indicador de Asistencia	35
Tabla 6 Indicador de sesiones formativas	36
Tabla 7 Indicador de sensibilización	37
Tabla 8 Indicador de conocimientos.....	38
Tabla 9 Indicador de valoración.....	39

Lista de figuras

Figura 1 La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el mundo.....	17
---	----

Resumen

El tratamiento terapéutico e interdisciplinario frente a las adicciones de sustancias psicoactivas y comportamentales ha sido una situación problema de debate e intervención dentro de diferentes contextos clínicos en Colombia, pues lo que se busca desde las instituciones prestadoras de servicios de salud es brindar atención integral a los y las pacientes que desean y manifiestan ayuda e intención de cambio debido a las afecciones mentales y comportamentales que empiezan a padecer por el consumo de sustancias psicoactivas.

Los enfoques y modalidades de tratamiento son diversos y apuntan a objetivos diferentes dependiendo de la institución; el desarrollo del proyecto de intervención denominado Escuela de Familias San Juan Grande de la clínica San Juan de Dios de la Ceja – Antioquia, se ubicó dentro de un programa de tratamiento que tiene como objetivo la deshabitación del consumo de sustancias psicoactivas y comportamentales, entendiendo la deshabitación como el proceso de desintoxicación y sustitución de hábitos de consumo de SPA por hábitos de vida saludable.

Las redes de apoyo se convirtieron en pieza fundamental dentro del programa de tratamiento mencionado anteriormente, especialmente la red de apoyo familiar, desde allí se considera que el paciente que cuenta con dicha red, de manera fortalecida, las probabilidades de mantenimiento en el cambio serán mayores. Por tal motivo nace la Escuela de Familias convirtiéndose en un espacio de conocimiento psicoeducativo e informativo donde se brindaron herramientas para el acompañamiento familiar.

Palabras clave: Trabajo social, Intervención en salud, Escuela de Familias, Deshabitación, Psicoeducación, Adicciones, Patología dual.

Abstract

Therapeutic and interdisciplinary treatment of psychoactive substance and behavioral addictions has been a problem of debate and intervention in different clinical contexts in Colombia, since what is sought from health care institutions is to provide comprehensive care to patients who want and express their desire for help and intention to change due to mental and behavioral disorders that they begin to suffer from the consumption of psychoactive substances.

The approaches and modalities of treatment are diverse and aim at different objectives depending on the institution; the development of the intervention project called San Juan Grande School of Families of the San Juan de Dios clinic in La Ceja - Antioquia, was located within a treatment program that aims at the detoxification of the consumption of psychoactive and behavioral substances, understanding detoxification as the process of detoxification and substitution of PAS consumption habits for healthy life habits.

The support networks became a fundamental piece within the treatment program mentioned above, especially the family support network, from there it is considered that the patient who has such network, in a strengthened way, the probabilities of maintaining the change will be greater. For this reason, the School of Families was born, becoming a space of psychoeducational and informative knowledge where tools for family accompaniment were provided.

Keywords: Social Work, Health Intervention, Family School, Dishabituación, Psychoeducation, Addictions, Dual Pathology.

Introducción

El proyecto de intervención social participativo y el informe final de la práctica profesional de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, desarrollados en la Clínica San Juan de Dios del municipio de la Ceja - Antioquia, tuvo como objetivo generar espacios de acompañamiento y fortalecimiento psico-educativo para las familias y/o cuidadores de los pacientes del programa de deshabituación de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) a través de la escuela de familias San Juan Grande de la clínica San Juan de Dios.

Inicialmente se abordó un breve contexto de la normativa constitucional de la salud en Colombia y del contexto histórico de la Clínica San Juan de Dios, posterior los componentes del diseño del proyecto de intervención, la presentación de los hallazgos encontrados mediante el sistema de monitoreo y evaluación del proyecto y finalmente las reflexiones experienciales a las cuales convocó el informe de práctica profesional.

1 Contextualización

1.1 Contexto de la salud en Colombia

En el presente análisis se abordará en primer lugar el contexto de la salud en Colombia, específicamente desde las tendencias en las que se ha enmarcado en las últimas dos décadas; la lectura de la salud como un derecho fundamental en el estado social de derecho y la mirada hegemónica de la salud como un mercado centrado en un derecho ligado a la capacidad de pago. Cuando hablamos de la salud como un derecho fundamental nos referimos a esa idea frágil que quedó de las conformaciones de los estados de bienestar a finales del siglo XIX, destacando como referente a América Latina, como lo expone Boaventura (2018):

El Estado del bienestar se distingue por su fuerte componente promotor del bienestar, al lado del tradicional componente represivo. La consagración constitucional de los derechos sociales y económicos, tales como el derecho al trabajo y al salario justo, a la seguridad en el empleo, a la salud, a la educación, a la vivienda, a la seguridad social, etcétera, significa, entre otras cosas la juridificación de la justicia distributiva. (p.13)

Basta con acercarse al artículo n° 1 de los principios fundamentales de la Constitución Política de Colombia (1991) para entender la idea de gobernanza que impregnaba a los países latinoamericanos, particularmente los del cono sur. En esencia lo que se sustentaba dentro de esta idea de organización estatal era que los gobiernos a través de la institucionalidad serían los responsables de garantizar a la ciudadanía condiciones dignas de trabajo, salario justo, seguridad en el empleo, salud, educación, vivienda, seguridad social, etcétera; pero desde los años 30' 40' y 50s la hegemonía yankee (EE.UU) comenzó la invención de una nueva forma de organización política denominada neoliberalismo, para sintetizar, una idea de gobernabilidad que crítica el keynesianismo como forma de organización sustentada en el estado de derecho o de bienestar, un proyecto donde el estado pierde autonomía y muchas de sus responsabilidades como garantizar todos los derechos ya mencionados; los cuales dentro del neoliberalismo pasan a ser un asunto de interés del mercado y mediados por este. Es decir, el acceso y la garantía de los derechos fundamentales dependerá de la capacidad de pago (capital) con el que cuente él y la ciudadana.

Colombia en su correspondencia, alienación y subyugación histórica con Estados Unidos decide apropiarse e implementar este proyecto de gobierno neoliberal que es sustentado teóricamente por George Stigler, Milton Friedman y la escuela de Chicago. Es desde diferentes cambios legislativos e intervenciones institucionales como la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe [CEPAL] cuando Colombia empieza la transición hacia lo propuesto por el imperialismo yankee, esto se puede evidenciar en las reformas legislativas de la Constitución Política de Colombia desde 1991, claro ejemplo, la Ley 115 de 1994 de la educación, la Ley 30 de la educación superior de 1992, la Ley 100 de la salud de 1993, la Ley 50 de 1990 del trabajo, entre otras leyes y decretos que desde su implementación vienen ahogando a la ciudadanía colombiana.

Tabla 1

La salud en la normatividad Nacional.

NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Constitución Política de Colombia (1991)	Artículo 13: se refiere a la protección especial que realiza el Estado hacia las personas que por su condición económica, física o mental lo requieran. Artículo 47: atención requerida y especializada para personas con discapacidad además del desarrollo de una política de previsión, rehabilitación e integración social. Artículo 49: hace referencia al derecho y garantía a todas las personas en el acceso a los servicios como promoción, protección y recuperación de la salud siendo esta una responsabilidad del Estado como garante de la prestación de servicios de salud correspondientes con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Colombia. Presidencia de la República, 1991)
Ley 100 (1993)	Fue expedida el 23 de diciembre de 1993. Promueve el Sistema de Seguridad Social Integral el cual tiene por objeto garantizar la calidad de vida por medio de los programas y planes desarrollados por el Estado para la cobertura integral ante las situaciones que perjudican la salud y propendiendo por el bienestar social. (Colombia. Congreso de la República, 1993)
Resolución 3165 (1996)	Promulga lineamientos para la atención en el área de la salud que sean oportunos y adecuados para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Colombia. Ministerio de Salud, 1996)
Ley 643 (2001)	Publicada en el Diario Oficial el 17 de enero de 2001. Se fija el régimen rentístico para los juegos de suerte y azar con asignación de un porcentaje de los recursos recaudados a favor de los servicios de atención en salud. (Colombia. Congreso de la República, 2001)
Decreto 3039 (2007)	Expedida el 10 de agosto de 2007. Por medio de este Decreto se adopta el Plan Nacional de Salud Pública con los propósitos de aportar al mejoramiento del estado de salud de la población 10 nacional, además la disminución de las desigualdades en la población, también el reto que presenta la población de edad avanzada. (Colombia. Presidencia de la República, 2007)
Ley 1122 (2007)	Adoptada el 9 de enero de 2007. Realiza modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el mejoramiento de la prestación de

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

Nota. Fuente. (Posada, 2020).

Dentro de los intereses del proyecto se hace necesario abordar la ley 100 de 1993 la cual según la reforma de 1993 tuvo desarrollo por las dificultades que presentaba el modelo de salud pública anterior para garantizar la cobertura a toda la población colombiana. Pero cuando hablamos de accesibilidad tenemos que referirnos no solo a la cuestión de la cobertura institucional de servicios de salud, sino más bien, analizar la pérdida de programas estatales con enfoque social, público y comunitario, de prevención en salud pública y control del riesgo. Es decir, la ausencia estatal en territorios y regiones, y la falta de estrategias de intervención en la salud pública, son causalidades evidentes en el resurgimiento de problemas epidemiológicos antiguos y nuevos, que la lógica financiera y del mercado no han podido resolver. De esta manera, se ha evidenciado paulatinamente el deterioro de la salud pública colombiana producto de la carente acción estatal.

La Ley 100 de 1993 plantea que:

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Colombia. Congreso de la República, 1993)

ARTÍCULO 1o. Sistema de Seguridad Social Integral.

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro. (Colombia. Presidencia de la República, 1993)

ARTÍCULO 2o. Principios. "El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación." (Colombia. Presidencia de la República, 1993)

La implementación de esta ley conlleva a que se marginara mucho más la población en la lógica de su condición socioeconómica, quedando inclusive un gran sector desprotegido por consecuencia de la misma ley, es fundamental hacerse cuestionamientos como por ejemplo, dentro de la construcción legislativa ¿Prevalece el derecho a la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud en el caso del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

Se podría decir que ha prevalecido la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud, por cuanto son frecuentes y reiteradas los limitantes de los servicios de salud en los afiliados y beneficiarios del POS, en este escenario prevalece la racionalidad económica de las EPS y las IPS involucradas sobre la racionalidad social que apareja su participación en el SGSSS, el ánimo de lucro sobre la salud y en muchas ocasiones, sobre la vida digna.

Las entidades promotoras de salud EPS y las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, son las encargadas de privatizar y llevar a cabo la responsabilidad que debería cumplir el estado, de garantizar un eficiente derecho a la salud pública, pues, la institucionalidad estatal se desliga de dicho deber dejando que este sea controlado por el mercado. Además, cabe mencionar que los ciudadanos, que están sin posibilidad de atención vienen asfixiando las finanzas de las empresas sociales del Estado (ESES) por las numerosas demandas frente al carente servicio de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Podríamos decir que desde la implementación de este marco normativo se han violentado los principios de universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, eficiencia social y participación, e inclusive el propio principio de estabilidad financiera del sistema. Siendo así, y considerando que el Estado colombiano es garante del derecho fundamental a la salud de toda su población, subsidiada o contributiva, es este quien vulnera el derecho fundamental a la salud y el respeto a los derechos de esencia social, trayendo consigo la muerte de muchos pacientes.

1.2 Contexto institucional

El contexto institucional se realizó con base a la información que reposa en las diferentes páginas web de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios y el informe de práctica profesional de Estefany Posada Tobón (2020), a partir de estas fuentes se pudo conocer y construir el contexto institucional de la clínica, las referencias se encuentran en la bibliografía del informe.

1.3 Orden Hospitalaria San Juan de Dios a nivel mundial

La Orden Hospitalaria San Juan de Dios es una institución sin ánimo de lucro de la iglesia católica, fundada en 1537 por Juan Ciudad, conocido posteriormente como San Juan de Dios, quien luego de un episodio en el que lo señalaron delirante debió ser recluido en el hospital Real de Granada, en España, allí vivió las inclemencias en el trato a los enfermos siendo esto lo que determinaría su camino misional en el cuidado a los más necesitados llegando a fundar su primer hospital, La Casa de Dios, acompañado de voluntarios y demás personas que apoyaban su causa y los cuales eran financiados principalmente por medio de limosnas y donaciones, instaurando el carácter sin ánimo de lucro que pervive en la institución. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, s.f, citado por Posada, 2020, p.15).

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

Figura 1

La Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el mundo.



Nota. Fuente <https://ordenhospitalaria.org>

En América se encuentra en Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, México, Perú, y Venezuela para un total de 57 centros instalados en los diversos países, asimismo en Europa se encuentran instalados en Alemania, Austria, Ciudad del Vaticano, Eslovaquia, España, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa y Ucrania para un total de 189 centros, seguidamente en África los países donde está instalada la Orden Hospitalaria es en Benín, Camerún, Ghana, Kenia, Liberia, Malawi, Islas Mauricio, Mozambique, Senegal, Sierra Leona, Togo y Zambia consolidando así un total de 21 centros, por su parte en Asia se encuentran en China, Corea del Sur, Filipinas, India, Israel, Japón, Timor Oriental y Vietnam con un total de 22 centros instalados en estos países y finalmente en Oceanía se encuentran en países como Australia, Nueva Zelanda y Papúa Nueva Guinea con un consolidado de 22 centros en los cuales se encuentra presente la Orden Hospitalaria, así se visualiza mayor presencia de la orden en Europa con un alto número de centros instalados principalmente en España en donde surge la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, s.f, citado por Posada, 2020, p.16).

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ha variado a través de los años, pero tienen como pilar fundamental la atención a las personas enfermas y necesitadas con base en la hospitalidad y siguiendo las enseñanzas de San Juan de Dios esto a través del diseño y ejecución de programas orientados desde el área de la salud y hacia la acción social, esto por medio de la conglomeración de profesionales de diversas áreas, hermanos de la Orden, voluntarios así como también donantes lo cual posibilita la ejecución de su labor misional en pro del bienestar de la sociedad, si bien ejecutan procesos que se encuentran enmarcados en el asistencialismo requerido en la ayuda al más necesitado y al enfermo se busca incentivar la autonomía de las personas lo cual contribuya a evadir dependencias institucionales. (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Provincia de Aragón – San Rafael, s.f, citado por Posada, 2020, p.17).

1.4 Orden Hospitalaria San Juan de Dios en Colombia

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

Si bien fue aprobada en 1572 no fue hasta 1604 donde religiosos de la Orden fundan el primer hospital en el país denominado Hospital del Espíritu Santo en la ciudad de Cartagena y además se consolidó como el primer centro de atención hospitalaria de los hermanos de la orden en Latinoamérica y el 20 de diciembre de 1920 se consolidó en Colombia la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios con la iniciativa de Fray Alfonso Gaités y otros religiosos que fueron encargados de la administración del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de las Mercedes en Santafé de Bogotá, a través de los años se han consolidado 7 centros de atención social y en salud 3 de ellos en la ciudad de Bogotá y 1 de ellos ubicados en Pasto, Manizales, Fusagasugá y La Ceja del Tambo y también cuentan con 3 centros educativos en el país 2 de ellos en la ciudad de Bogotá 18 correspondientes a educación superior como

auxiliares de enfermería y un instituto educativo para los grados de preescolar, básica y educación media y una escuela para auxiliares de enfermería ubicada en La Ceja del Tambo. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Provincia Colombiana, s.f, citado por Posada, 2020, p.17).

1.5 Clínica San Juan de Dios, La Ceja – Antioquia

Reseña histórica:

En 1957 la arquidiócesis de Medellín concede el permiso para la edificación de la Clínica y fue el 8 de marzo de 1963 año en el cual se inauguró como casa de reposo denominada Residencias de San Juan de Dios, orientada y motivada por las acciones sociales desarrolladas por San Juan de Dios es por esto que su área de atención se consolidó inicialmente en la atención a pacientes con alguna condición psiquiátrica, posteriormente en el año de 1973 cambia su nombre a Clínica San Juan de Dios. Así, luego de los años y los diversos cambios y mejoras que ha tenido la planta física ha ampliado sus servicios entre los que se pueden encontrar hospitalización en las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía y Psiquiatría, además brinda atención en urgencias 24 horas al día, laboratorio clínico y citología e Imagenología, psicología, nutrición, fisioterapia, terapia ocupacional y odontología. se atienden pacientes afiliados o beneficiarios de las diferentes entidades de seguridad social (E.P.S.) y de empresas de medicina prepagada, al igual que pacientes particulares sin distinción de raza, política, religión o posición social. (Posada, 2020, p.18).

1.6 Misión

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

Ante lo anterior se resalta el componente de humanización como un asunto ético que guía el accionar en la atención en salud que busca brindar la institución y la hospitalidad en relación con el reconocimiento de la dignidad humana inherente a todos los seres humanos lo cual permita brindar una atención con los implementos médicos necesarios, así como con el personal idóneo, las instalaciones adecuadas y el trato respetuoso y responsable para con los pacientes de atención, además se resalta la fidelidad a la doctrina católica como origen de su constitución y filosofía que guía su accionar. (Clínica San Juan de Dios, La Ceja, s.f, citado por Posada, 2020, p.18-19)

1.7 Visión

En el 2019 La Clínica San Juan de Dios de La Ceja, con identidad católica; será reconocida en su área de influencia por brindar satisfacción a los usuarios a través de un amplio portafolio de servicios, con estándares de calidad al estilo propio del carisma de San Juan de Dios. Se identifica entonces la reafirmación de su identidad católica como horizonte de las acciones desarrolladas por la institución, así como se resalta también la búsqueda por el mejoramiento de instalaciones, así como la ampliación de servicios que permitan el reconocimiento de la institución y su crecimiento constante. (Clínica San Juan de Dios, La Ceja, s.f, citado por Posada, 2020, p.19)

2 Actores involucrados

Los beneficiarios de la escuela de familias fueron los pacientes y las familias del programa de deshabituación de consumo de sustancias psicoactivas de la clínica san juan de Dios la cual se encuentra ubicada en el municipio de la Ceja - Antioquia. Los pacientes del programa son hombres en su totalidad, el promedio de edades gira alrededor de los 14 a los 65 años, los diagnósticos médicos y psiquiátricos que más predominan en estos, son los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales o patología dual. La mayoría de los pacientes residen en los municipios del oriente antioqueño y el área metropolitana, pertenecientes a tipologías familiares nucleares y monoparentales.

Otra particularidad de estos actores de cambio es que todos presentan disfuncionalidades en sus contextos personales, familiares, sociales, ambientales y laborales, además algunos tienen antecedentes legales significativos como la venta de sustancias psicoactivas, participación en algún grupo al margen de la ley, reportes de violencia intrafamiliar, privaciones de la libertad y conflictos callejeros. situaciones problemas que establecen estrecha relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

2.1 Denominación del proyecto.

Escuela de familias del programa de deshabituación de consumo de sustancias psicoactivas San Juan Grande de la clínica San Juan de Dios del municipio de la Ceja - Antioquia.

2.2 Localización física

El proyecto de Intervención Social con la escuela de familias se llevó a cabo en el pabellón San Juan Grande del área de salud mental de la clínica San Juan de Dios de la Ceja Antioquia, con el programa de deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas.

3 Descripción del proyecto

En la clínica San Juan de Dios se desarrollan dos programas de tratamiento dirigido a personas que presentan problemas leves o moderados asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Desde allí se intervienen situaciones relacionadas con problemáticas derivadas de las drogodependencias y adicciones comportamentales. Dependiendo del nivel de complejidad, la actitud y disposición para el cambio que exprese y se perciba en los pacientes, se les recomienda el programa de internamiento para deshabituación que se lleva a cabo en el pabellón San Juan Grande del área de salud mental, o el tratamiento ambulatorio intensivo que se ejecuta en el servicio de hospital día Beato Juan Bautista Velásquez. En síntesis, el objetivo de ambos programas es intervenir integralmente en las situaciones problema derivadas de las adicciones.

El programa en el cual se ubica el PIS(p) (Programa de intervención social participativo) de la escuela de familias, es el tratamiento bajo la modalidad de internamiento por tres meses para la deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas. El cual se fundamenta desde un enfoque biopsicosocial que abarca los diversos factores que influyen en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la reproducción de conductas adictivas. La idea central del proyecto o lo que se pretende realizar desde la escuela de familias es acompañar y fortalecer psicoeducativamente a las familias y/o cuidadores de los pacientes que hacen parte del programa de internamiento para la deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas.

El proyecto se desarrolló a través de sesiones formativas con las familias del programa, estos espacios formativos se llevaron a cabo el equipo terapéutico del programa, que está conformado por Luis Fernando Giraldo Ferrer – Médico Psiquiatra, Juan Guillermo Patiño Parra – Psicólogo. Yuliana Quintero Franco – Trabajadora Social. León Andrés Arango Cifuentes - Terapeuta Ocupacional. Andrea Ríos - Teóloga. Alejandro Londoño - Licenciado en educación física. Laura Manuela Valencia Pejendino – Terapeuta Ocupacional. Andrés Mauricio Montoya Ortega – Practicante de Trabajo Social.

La escuela de familias se proyecta como el espacio de formación y reflexión donde, a través de diferentes temáticas y estrategias de aprendizaje colectivas se logre generar significativos cambios o pequeñas transformaciones al interior de las dinámicas y relaciones de cada familia. El papel de los profesionales que coordinan las sesiones es moderar, acompañar, facilitar herramientas

e invitar a la participación y la reflexión, pero son las personas participantes, las familias, las verdaderas protagonistas de estos encuentros.

4 Justificación del proyecto

La escuela de familias del programa de deshabitación de consumo de sustancias psicoactivas San Juan Grande, surge de la necesidad identificada por el equipo terapéutico del programa la cual se centra en generar acompañamiento y fortalecimiento psicoeducativo a las familias de los pacientes con el objetivo de fomentar la participación familiar en el proceso de deshabitación, generar conocimiento frente a la enfermedad crónica de la adicción y aportar pautas o herramientas para el acompañamiento adecuado de los pacientes al momento del retorno familiar.

Este proyecto cobra importancia ya que se evidencia una poca participación de las familias en el proceso de deshabitación de consumo de sustancias psicoactivas que llevan los pacientes; sumado a esto en las intervenciones familiares el equipo interdisciplinario percibe el limitado conocimiento que tienen las familias respecto a la enfermedad de la adicción ya que la mayoría son pacientes con patología dual, también se considera importante el abordaje de temáticas y el aporte de estrategias que posibiliten potenciar la comunicación familiar, la resolución de conflictos familiares, los límites y normas familiares, los hábitos de vida saludable, la coadición y la codependencia en la enfermedad de la adicción, entre otras temáticas de interés para las familias del programa.

5 Marco referencial

A continuación, se presentan las conceptualizaciones de las principales categorías que sustentan el PIS(P) desde algunas definiciones que fundamentan la intervención del equipo terapéutico interdisciplinario de la escuela de familias del programa de deshabitación de consumo de sustancias psicoactivas San Juan Grande de la clínica San Juan de Dios.

5.1 Deshabitación como tratamiento de las drogodependencias.

Desde el programa de Deshabitación de Consumo de Sustancias Psicoactivas San Juan Grande, el proceso de deshabitación se entiende como una modalidad de tratamiento que comprende la sustitución de hábitos malignos que conllevan a la adicción de sustancias y comportamientos, por hábitos de vida saludables que contribuyan a fortalecer la salud mental y física. Esta modalidad de tratamiento fundamenta el programa ambulatorio y de internamiento para el tratamiento de adicciones con el que cuenta la clínica San Juan de Dios; ambos programas cuentan con un equipo terapéutico interdisciplinario que a través de la intervención psiquiátrica, psicosocial y psicoeducativa aportan en la deshabitación de adicciones lo cual permite generar una ruptura paulatina con la dependencia fisiológica, psicológica y de habituación que presente cada paciente.

Retomando a Colorado (2016), quien expone los planteamientos de Rodríguez et al. (2010)

Se trata de un proceso psicosocial que debe trabajar aspectos psicológicos, sociales y laborales con la finalidad de lograr que la abstinencia perdure a largo plazo y que además se desarrolle en un entorno normalizado y con un estilo de vida saludable. (p.12)

Hablar de un entorno normalizado y una vida saludable también es tener en cuenta a una de las redes de apoyo primarias de los pacientes, la familia, pues está dentro del tratamiento es considerada una figura de apoyo y motivación que debe estar presente y ser transversal en todo el proceso. Frente a esto, se hace evidente que el dúo familia-paciente -los cuales son el objeto de intervención- requieren de estrategias que les permitan cambios y transformaciones estructurales

que contribuyan a la recuperación del paciente y el bienestar familiar. Dentro de esto, tal como lo expresa Gallizo (2007) citado en Colorado (2010)

Es importante que las intervenciones vayan orientadas a la prevención de recaídas, el control de estímulos, la resolución de conflictos, la relajación y disminución del estrés, las 13 habilidades sociales, la asunción de responsabilidades, etc., las cuales pueden realizarse de forma individual y/o grupal (p. 12-13)

5.2 Teoría sistémica de la familia.

Desde la perspectiva que nos ocupa, y aunque se integre en un sistema más amplio, la familia se define como un sistema, es decir:

La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior. A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. (Espinal et al., s.f, p.3).

De la definición de familia que exponen los anteriores autores nos interesa e identifica particularmente el estudio de la organización familiar y de ella rescatamos el análisis de las características del sistema-conjunto, estructura, personas, interacciones con otros sistemas sociales, además de las características específicas del sistema familiar como facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros.

5.3 Psicoeducación familiar.

Los programas de intervención psicoeducativos suelen ser muy estructurados y dirigidos a la familia intentando evitar los abandonos de tratamiento, disminuir la tasa de recaídas, devolver al paciente un funcionamiento efectivo en la comunidad y reducir el estrés familiar. El objetivo es

doble: 1) disminuir la vulnerabilidad del paciente mediante el mantenimiento farmacológico, y 2) incrementar la estabilidad familiar mediante el descenso de su ansiedad y preocupación por el paciente, el aumento de sus conocimientos sobre la enfermedad, y el incremento de su confianza acerca de sus propias capacidades para manejarla. Las presiones mutuas entre el paciente y su familia se reducen una vez que se consiguen estas metas. (Marcos, J. Garrido, M. 2009)

La psicoeducación familiar dentro del programa de deshabituación de consumo de sustancias psicoactivas de la clínica San Juan de Dios tiene un papel fundamental, por tal motivo surge la escuela de familias del programa de tratamiento bajo la modalidad de internamiento llamado San Juan Grande. Desde este espacio lo que se pretende es intervenir interdisciplinariamente desde la orientación, la prevención y la promoción, para posibilitar que las familias adquieran herramientas y conocimientos que contribuyan a generar un acompañamiento familiar integral en el proceso de recuperación de cada paciente como se menciona en la cita planteada anteriormente.

6 Objetivos

6.1 Objetivo general

Generar espacios de acompañamiento y fortalecimiento psico-educativo para las familias y/o cuidadores de los pacientes del programa de deshabitación de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) a través de la escuela de familias San Juan Grande de la clínica San Juan de Dios.

6.2 Objetivos específicos

1. Fomentar la participación de las familias en los procesos psico-educativos del programa de deshabitación de la clínica San Juan de Dios desde una convocatoria que sensibilice sobre la importancia de los espacios de formación que se llevarían a cabo los martes cada quince días.
2. Orientar y sensibilizar a las familias de los pacientes del programa de deshabitación de consumo de SPA San Juan Grande mediante temáticas formativas que contribuyan al conocimiento de la enfermedad y al acompañamiento adecuado de los pacientes al momento del retorno familiar.
3. Aportar herramientas claves para mejorar las dinámicas relacionales en las familias de los pacientes del programa de deshabitación de consumo de SPA San Juan Grande de la clínica San Juan de Dios.

7 Metas e indicadores

Tabla 2

Metas e indicadores: corto, mediano y largo plazo

Metas	Indicadores
<p>Corto plazo: Ver reflejada la participación y asistencia de las familias en todas las sesiones de la escuela de familias cada 15 días, durante los 3 meses de internamiento de cada paciente; gracias a la sensibilización previamente realizada sobre la importancia del acompañamiento y la formación sobre la deshabitación de consumo de SPA.</p>	<p>Indicador cualitativo El indicador que permitirá dar cuenta del cumplimiento y logro de esta meta será sensibilizar desde la previa convocatoria realizada sobre la importancia de asistir a todas las sesiones. Si la convocatoria resulta efectiva, la participación y el interés de las familias por el avance de sus pacientes se verá reflejada en la asistencia a todas las sesiones de la escuela de familias.</p>
	<p>Indicador cuantitativo Por medio del formato de asistencia de cada sesión se posibilitará monitorear si la cantidad de familias convocadas están asistiendo a todas los espacios programados y previamente convocados.</p>
<p>Mediano plazo: Llevar a cabo efectivamente las 6 sesiones durante los 3 meses de internamiento de cada paciente desde el buen desarrollo de las temáticas seleccionadas en torno a orientar, sensibilizar y fortalecer el acompañamiento de cada familiar o cuidador con los pacientes que retornarán después de finalizar el proceso.</p>	<p>Indicador cualitativo El indicador que permitirá ver reflejado el alcance de esta meta será la apropiación de los conocimientos impartidos en las sesiones formativas, por parte de las familias. Dicha apropiación se podrá evidenciar en los cambios de la dinámica familiar frente a la patología dual, la comunicación y resolución de conflictos, normas y límites, coadición y codependencia, hábitos de vida saludables, farmacología y trastornos mentales.</p>
	<p>Indicador cuantitativo El indicador que posibilitará evidenciar el cumplimiento de esta meta será verificar que el total de sesiones programadas en los tres meses de internamiento, y que sustentan el programa, se hayan realizado efectivamente. Lo anterior, por medio del formato de asistencia y control que dará cuenta de cuantas sesiones se llevaron a cabo realmente.</p>
<p>Largo plazo:</p>	<p>Indicador cualitativo</p>

<p>Lograr una valoración positiva de los encuentros por parte de las familias y ver evidenciada la aprehensión de las pautas y herramientas claves que se impartieron por parte de los diferentes profesionales del equipo interdisciplinario, en el momento posterior al egreso en donde los pacientes y las familias se deberán adaptar a las nuevas dinámicas familiares y sociales.</p>	<p>El indicador que permitirá dar cuenta del logro de esta meta será la creación de un instrumento evaluativo de enfoque mixto que dé cuenta de la valoración de cada familia frente al proceso psicoeducativo y las herramientas adquiridas desde la participación en la escuela de familias del programa de deshabitación de consumo de sustancias San Juan Grande.</p>
---	---

8 Actividades metodológicas

1. Crear un grupo de WhatsApp que permita tener un contacto directo y efectivo con los familiares o cuidadores de cada paciente del programa de deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas.
2. Mantener contacto directo por medio del grupo para anteceder y sensibilizar sobre el inicio de la escuela de familias, dando a conocer la temporalidad, la finalidad y la importancia de esta.
3. Realizar una convocatoria por medio de un flyer para invitar a las familias al primer encuentro de la escuela de familias en donde se enfatizará en la importancia de asistir a los encuentros de formación y acompañamiento.
4. Desarrollar una sesión con apoyo visual sobre un testimonio de una integrante de la clínica y el caso de su acompañamiento al proceso de deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas como una manera de reflejar lo positivo del proceso.
5. Desarrollar una sesión con apoyo visual sobre límites y normas familiares.
6. Desarrollar una sesión con apoyo visual sobre comunicación y resolución de conflictos.
7. Desarrollar una sesión con apoyo visual sobre hábitos de vida saludable en familia.
8. Desarrollar una sesión con apoyo visual sobre farmacología y trastornos mentales.
9. Desarrollar una sesión con apoyo visual sobre coadicciones y límites.

8.1 Cronograma

La planeación tiene como finalidad desarrollar seis sesiones formativas con las familias de los pacientes durante los tres meses de estancias que sustentan el programa de farmacodependencia de la clínica San Juan de Dios del municipio de la ceja. (Ver en anexos)

9 Beneficiarios

Las personas beneficiadas del programa son, por tanto, las familias y los pacientes que participan del tratamiento de deshabituación al consumo de sustancias psicoactivas de la clínica san Juan de Dios de la ceja, entendiendo “familias” de forma holística, atendiendo a estas de forma integral e incluyendo en ellas a todas las personas que cuidan a los pacientes.

Dicho esto, los beneficiarios directos del proyecto de intervención son las familias, en primer lugar, ya que recibirán los conocimientos pertinentes para una buena apropiación de las herramientas necesarias al momento de volver a convivir con los pacientes que terminen el programa, especialmente en temas de comunicación, resolución de conflictos y reconocimiento e información sobre las condiciones clínica de los pacientes. En segundo lugar, los pacientes también serán beneficiarios directos ya que son la razón de ser de la escuela de familias ya que son estos a quienes se busca impactar principalmente al inducir en las familias un acompañamiento más preparado para el momento de egreso. Es decir, ambas partes deben culminar el proceso adquiriendo conocimientos y alternativas para generar un ambiente sano de convivencia, y una vida familiar digna al momento de retornar los pacientes a sus hogares.

Finalmente, los beneficiarios indirectos, de los impactos generados por una buena aprehensión y apropiación de los conocimientos y herramientas puestas en práctica por ambas partes -familias y pacientes-, serán los actores externos que rodean la vida personal, familiar y social de estas. La comunidad, las familias vecinas del barrio, las instituciones sociales, y los entornos barriales y comunitarios serán testigo del buen manejo que cada familia y paciente le dará a lo aprendido en el proceso desde la puesta en práctica de una buena resolución de conflictos, nuevos límites y normas, responsabilidad con la medicación farmacológica recomendada por los profesionales, y otros aspectos de mejoría que permitirán en últimas la efectiva reincorporación del paciente a la vida familiar y social.

10 Recursos

Para el efectivo desarrollo de las sesiones de la escuela de familias se requieren los siguientes insumos.

Tabla 3

Recursos Humanos

Responsable	Cantidad	Responsabilidad
Equipo social	2	Resolución de conflictos
Equipo terapéutico	5	Hábitos de vida saludable, coadicciones y trastornos mentales.
Equipo pastoral	1	Testimonio

Tabla 4

Materiales

Auditorio principal	Videobeam	Computador	Lapiceros
Refrigerios	Formato de asistencia	Impresora	Sillas

Financiero:

Hace referencia al planteamiento del presupuesto de la Escuela de Familias San Juan Grande. (Ver en anexos)

11 Sistema de monitoreo y evaluación

El siguiente informe sustenta una propuesta de seguimiento, monitoreo y evaluación para las actividades del proyecto de intervención Escuela de familias del programa de deshabitación de consumo de sustancias psicoactivas San Juan Grande, de la clínica San Juan de Dios del municipio de la Ceja - Antioquia. Se plantea a manera de propuesta ya que dentro del ejercicio de práctica profesional II y III los intereses institucionales, roles y funciones asignadas limitaron el ejercicio investigativo que comprende la formulación, diseño e implementación del proyecto de intervención social mencionado anteriormente. En el semestre de estancia que estuvo el practicante en la institución se desarrolló el primer ciclo formativo de la escuela de familias, el cual sirve como referente para plantear la siguiente propuesta de seguimiento, monitoreo y evaluación.

El sistema de seguimiento y evaluación permitió crear un sistema de alertas tempranas con base a indicadores cuantitativos y cualitativos, que durante el momento de ejecución (entendiendo esta como el desarrollo de las actividades) y finalización del proyecto de cuenta del cumplimiento de las metas propuestas con base a los objetivos, así como también evidenciaron que aspectos de la ejecución no están funcionando, o no están dando los resultados esperados, para tener la posibilidad de darle forma nuevamente a las estrategias.

Las siguientes descripciones de cada indicador dieron las bases necesarias para realizar un monitoreo de las actividades, y una evaluación del cumplimiento de las metas con base a una periodicidad, fórmula o instrumentos establecidos para aplicar en cada uno de estos momentos.

En el primer ciclo formativo de la escuela de familias se logró abarcar aprox. 15 familias de los 25 pacientes con los que normalmente cuenta el programa de deshabitación de consumo de sustancias psicoactivas San Juan Grande.

Tabla 5

Indicador de Asistencia

Nombre del indicador cuantitativo	Monitoreo de asistencia de las familias a los talleres.	
Descripción	El indicador posibilitará hacer seguimiento a la participación de cada taller de la Escuela de Familias, para evidenciar si el total de familias convocadas están asistiendo a todos los espacios formativos.	
Meta	Corto plazo: Ver reflejada la participación y asistencia de las familias en todas las sesiones de la Escuela de Familias.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de familias que asistieron al taller}}{\text{Total de familias}} \times 100$	
Interpretación	El indicador aportará información sobre la efectividad del proceso de sensibilización en las convocatorias previas a cada taller, lo cual se verá reflejado en la cantidad de familias que asisten a estos.	
Características	Periodicidad	Aplicar la fórmula cada mes y al finalizar cada ciclo formativo de la Escuela de Familias.
	Evidencias	Formato de asistencia de cada taller y base de datos de la cantidad de familias convocadas.
	Unidades y formas de representación	Porcentaje
Observaciones	Si la fórmula arroja un porcentaje menor a 50% de asistencia, se deben replantear las estrategias de sensibilización y convocatoria...	

Tabla 6

Indicador de sesiones formativas

Nombre del indicador cuantitativo	Monitoreo de sesiones formativas programadas en los tres meses de internamiento.	
Descripción	El indicador posibilitará evidenciar el cumplimiento del equipo terapéutico en la realización de las sesiones formativas programadas en los tres meses de internamiento.	
Meta	Mediano plazo: Llevar a cabo efectivamente las 6 sesiones durante los 3 meses de internamiento de cada paciente desde el buen desarrollo de las temáticas seleccionadas.	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados}}{\text{Talleres programados}} \times 100$	
Interpretación	El indicador aportará información sobre el cumplimiento formativo por parte del equipo terapéutico en las respectivas sesiones programadas.	
Características	Periodicidad	Aplicar la fórmula cada mes y medio y al finalizar cada ciclo formativo de la Escuela de Familias.
	Evidencias	Formato de asistencia de cada taller, fotos y material de trabajo.
	Unidades y formas de representación	Porcentaje y evidencias
Observaciones	Si la fórmula arroja un porcentaje menor a 100% de cumplimiento, se debe analizar las situaciones de incumplimiento de las sesiones formativas y buscar reprogramación de estas.	

Tabla 7

Indicador de sensibilización

Nombre del indicador cualitativo	Monitoreo de la sensibilización y convocatoria que se realiza previo a todas las sesiones.	
Descripción	El indicador posibilitará hacer seguimiento del proceso de sensibilización familiar y la efectividad de la convocatoria donde se enfatiza a las familias sobre la importancia de asistir a todas las sesiones.	
Meta	Corto plazo: Ver reflejada la participación y asistencia de las familias en todas las sesiones de la escuela de familias cada 15 días, durante los 3 meses de internamiento de cada paciente; gracias a la sensibilización previamente realizada sobre la importancia del acompañamiento y el conocimiento sobre el proceso de deshabitación de consumo de SPA.	
Instrumento	Convocatoria por el grupo de WhatsApp de las familias y los observables establecidos para sensibilización.	
Interpretación	El indicador aportará información sobre el proceso de sensibilización que lleva cada familia y la efectividad en las convocatorias previas a cada taller.	
Características	Periodicidad	El proceso de sensibilización familiar se observa durante los tres meses de internamiento y la efectividad de la convocatoria en cada sesión formativa.
	Evidencias	Grupo de whatsapp familias San Juan Grande, estrategias de sensibilización y convocatoria.
	Unidades y formas de representación	La familia asiste a los talleres y visitas, formula preguntas, interés por el paciente y el tratamiento, respuesta a sugerencias.
Observaciones	Si las familias no demuestran interés por el paciente y el tratamiento, no asisten a los talleres y visitas, no participan de las intervenciones familiares, se deben replantear las estrategias de sensibilización y convocatoria.	

Tabla 8

Indicador de conocimientos

Nombre del indicador cualitativo	Monitoreo de apropiación de conocimientos	
Descripción	El indicador posibilitara ver reflejado la apropiación de los conocimientos impartidos en las sesiones formativas por parte de las familias.	
Meta	Llevar a cabo efectivamente las 6 sesiones durante los 3 meses de internamiento de cada paciente desde el buen desarrollo de las temáticas seleccionadas en torno a orientar, sensibilizar y fortalecer el acompañamiento de cada familiar o cuidador con los pacientes que retornarán después de finalizar el proceso.	
Instrumento	Intervenciones familiares durante y al finalizar el tratamiento bajo la modalidad de internamiento y posteriormente del egreso realizar llamadas de seguimiento, los primeros tres meses, una cada mes.	
Interpretación	El indicador aportará información, que dará cuenta el Equipo Terapéutico, sobre la apropiación de conocimientos impartidos en las sesiones, por parte de cada familia, desde las intervenciones y el seguimiento realizado.	
Características	Periodicidad	Durante los tres meses de internamiento
	Evidencias	Participa de entrevistas e intervenciones familiares.
	Unidades y formas de representación	Entrevista familiar, que aprendieron las familias.
Observaciones	Si desde las primeras intervenciones, o llamadas de seguimiento realizadas a cada familia se da cuenta de poca apropiación de conocimientos frente al tratamiento y al acompañamiento que deben realizar a cada paciente, es necesario hacer una intervención focalizada en potenciar los vacíos de conocimiento.	

Tabla 9

Indicador de valoración

Nombre del indicador cualitativo	Monitoreo y evaluación de la valoración de cada familia frente al proceso psicoeducativo.	
Descripción	El indicador posibilitará identificar la valoración de cada familia frente al proceso psicoeducativo y las herramientas adquiridas desde la participación en la escuela de familias del programa de deshabituación de consumo de sustancias San Juan Grande.	
Meta	Largo plazo: Lograr una valoración positiva de los encuentros por parte de las familias y ver evidenciada la aprehensión de las pautas y herramientas claves que se impartieron por parte de los diferentes profesionales del equipo interdisciplinario.	
Instrumento	Cuestionario de enfoque mixto (Ver en anexos)	
Interpretación	El indicador aportará información frente al ejercicio pedagógico y educativo que desarrolla cada profesional en la escuela de familias.	
Características	Periodicidad	Cada sesión formativa de la escuela de familias.
	Evidencias	Información generada desde el instrumento evaluativo.
	Unidades y formas de representación	Porcentajes otorgados a cada valoración cualitativa y para las preguntas abiertas, análisis e interpretación crítica de la información.
Observaciones	Si los resultados del cuestionario son desfavorables, todo el Equipo Terapéutico deberá evaluar los ítems con las respuestas más bajas para potenciar la práctica educativa desde el momento	

12 Hallazgos

12.1 Hallazgos del primer ciclo formativo de la escuela de familias San Juan Grande.

Teniendo en cuenta lo planteado en los párrafos iniciales del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación frente a la intención de presentar este a manera de propuesta, se hace necesario mencionar que dentro de la descripción y análisis del mismo no se limitará el abordaje de los hallazgos identificados en el proceso de práctica profesional, alrededor de las actividades, indicadores y metas establecidas en el proyecto de intervención social.

12.2 Monitoreo de asistencia de las familias a los talleres.

Este indicador se plantea con la intención de dar respuesta a la meta a corto plazo, desde la cual se esperaba ver reflejada la participación y asistencia de las familias en todas las sesiones de la escuela de familias, durante los 3 meses de internamiento de cada paciente.

Los hallazgos identificados, a partir de la aplicación de la fórmula

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de familias que asistieron a las sesiones formativas (15)}}{\text{Total de familias convocadas (25)}} \times 100$$

permiten dar cuenta de un cumplimiento a satisfacción del 60 % de la asistencia al total de talleres por parte de las familias y ya que se evidencia que más del 50% de las familias convocadas asistieron al total de sesiones formativas programadas se podría decir que la meta a corto plazo dio buenos resultados, sin embargo, la intencionalidad de la Escuela de Familias es que todas las familias sean partícipes de los espacios de formación y acompañamiento.

Para lo anterior, se propone aplicar el indicador para cada una de las sesiones que se realicen y de esta manera llevar un control periódico y acertado que permita activar un sistema de alerta temprana en caso tal la convocatoria y la participación a los espacios no esté siendo tan efectiva y de esta manera se puedan plantear nuevas estrategias que propicien un nivel más alto de asistencia.

12.3 Monitoreo de las sesiones formativas programadas en los tres meses de internamiento.

El siguiente indicador se establece con la finalidad de dar cumplimiento a la meta a mediano plazo donde se esperaba que se desarrollaran efectivamente las 6 sesiones formativas en el primer ciclo de la escuela de familias durante los 3 meses de internamiento de cada paciente. Desde el buen desarrollo de las temáticas seleccionadas en torno a orientar, sensibilizar y fortalecer el acompañamiento de cada familiar o cuidador con los pacientes que retornarán a casa después de finalizar el proceso.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Talleres realizados (6)}}{\text{N}^\circ \text{ Talleres programados (6)}} \times 100$$

Los hallazgos identificados a partir de la aplicación de la fórmula, permite dar cuenta de un cumplimiento a satisfacción del 100% de la meta a mediano plazo, ya que el equipo terapéutico cumplió con la realización de los seis espacios formativos en las fechas establecidas en el primer ciclo de la escuela de familias.

Lo anterior da cuenta de varios aspectos, en primer lugar la responsabilidad formativa con los espacios psicoeducativos pensados para las familias del programa y en segundo lugar, desde el acompañamiento realizado por el practicante de trabajo social pudo dar cuenta de las capacidades pedagógicas y educativas en materia de apropiación de los conocimientos impartidos, manejo de grupo y el desarrollo temático-metodológico por parte del equipo en torno a orientar, sensibilizar y fortalecer el acompañamiento de cada familiar o cuidador con los pacientes que retornarán a las familias después de finalizar el proceso.

12.4 Monitoreo de la sensibilización y convocatoria que se realiza previo a todas las sesiones.

Los hallazgos identificados en relación al cumplimiento del indicador que aportaría información frente al seguimiento del proceso de sensibilización familiar y la efectividad de la convocatoria, fueron identificados mediante el acompañamiento realizado por el practicante de Trabajo Social al proceso; el cual prioriza la importancia de la asistencia de las familias a todas las sesiones formativas.

De lo anterior se puede decir que, en el primer ciclo psicoeducativo de la escuela de familias se logró evidenciar a través de los observables establecidos para responder al presente indicador, que las familias o cuidadores que acompañaron el proceso de deshabitación de consumo de sustancias psicoactivas y a su vez participaron de los espacios formativos e informativos de la escuela de familias, demostraron gradualmente más interés por el paciente y el tratamiento; formularon preguntas, mostraron receptividad ante las sugerencias del equipo terapéutico, aumentó la asistencia a las visitas familiares y la participación en los talleres.

12.5 Monitoreo de apropiación de conocimientos.

Los hallazgos que se esperan en relación al cumplimiento del presente indicador es ver reflejada la apropiación de los conocimientos impartidos en las sesiones formativas por parte de las familias desde las intervenciones y llamadas de seguimiento que el Equipo Terapéutico deberá realizar durante la temporalidad en que se desarrollen las sesiones y los tres meses posteriores al egreso de cada paciente.

Lo anterior se plantea desde una entrevista familiar que se pueda realizar durante la intervención familiar o la llamada de seguimiento, por parte del Trabajador, Trabajadora social o practicante del área, para esta actividad. Se plantea el ejercicio de formular 4 o 5 preguntas base que puedan ser replicables a cada familia y que den cuenta de la apropiación de conocimientos frente al tratamiento y el proceso de acompañamiento de cada familia al paciente.

12.6 Monitoreo y evaluación de la valoración de cada familia frente al proceso psicoeducativo.

El presente instrumento de seguimiento y evaluación tiene por finalidad aportar una retroalimentación al equipo interdisciplinario sobre la pertinencia de las estrategias y conocimientos impartidos en las sesiones formativas de la escuela de familias. Para el desarrollo de este se ha dispuesto un enfoque mixto en donde se evaluarán los siguientes criterios para cada taller: el manejo del tiempo, la temática, las actividades o dinámicas ejecutadas, los objetivos del taller y el conocimiento del profesional frente al tema.

Para cada criterio de evaluación se formulará una pregunta, a la cual los participantes le asignarán una calificación cualitativa de acuerdo al desarrollo de la sesión formativa y para el equipo social encargado de sistematizar y analizar la información, se plantean unos valores cuantitativos que permitirán porcentajes de análisis de cada criterio.

Insuficiente: el criterio que se está evaluando no fue adecuado y no cumplió los requerimientos mínimos del taller.

(0.0 - 1.9)

Aceptable: Mínimamente se cumplió con el criterio evaluado del taller.

(2.0 - 3.9)

Sobresaliente: se cumplió con el criterio de manera destacada.

(4.0 - 4.9)

Excelente: Se cumplió a cabalidad con el criterio evaluado y su resultado fue de calidad.

(5.0)

Finalmente, el instrumento tiene dos preguntas abiertas para que los participantes de la escuela de familias puedan generar reflexiones y potenciaciones frente a los espacios formativos, lo cual permitirá que los profesionales puedan retroalimentar sus pedagogías. (Ver en anexos)

13 Logros

Se plantean algunos ítems de relevancia frente a los logros alcanzados en el periodo de práctica profesional, haciendo énfasis en los conocimientos técnicos, operativos y prácticos adquiridos desde la Escuela de Familias.

- El compromiso adquirido a nivel personal, formativo y profesional desde la coherencia de llevar a cabo una práctica en otro municipio, a la par que desarrollaba semestres académicos. Esto implicó replantear y reorganizar mis tiempos y prácticas cotidianas, siempre primando el cumplimiento de todas las responsabilidades.
- Los conocimientos adquiridos frente a la responsabilidad profesional, especialmente en un ámbito de salud, en donde se debía actuar desde consideraciones ético-políticas basadas en el respeto y el trato igualitario a los pacientes, sin importar sus situaciones problema.
- La caja de herramientas adquiridas para las intervenciones familiares y psicoeducativas en un contexto clínico. Así mismo, el desarrollo de instrumentos clínicos como las interconsultas y remisiones y estrategias de seguimiento y monitoreo a las familias de cada paciente.
- Los conocimientos adquiridos frente a los roles y funciones del Trabajo Social en el contexto clínico, tales como: Intervenciones familiares, realización de interconsultas, materialización de la política de participación en salud, atención y trámite de PQRSF, ruta de atención a víctimas de abuso sexual y diversas situaciones problemas.
- El conocimiento del quehacer del Trabajo Social con énfasis en salud mental, específicamente la realización de interconsultas a pacientes con diferentes trastornos mentales y diversas intervenciones, tales como: las familiares de pacientes con trastornos mentales; en programas de tratamientos de adicciones con pacientes de patología dual y con pacientes inimputables (victimarios) que por sus patologías psiquiátricas no pueden pagar condena en un centro carcelario, sino en una institución clínica donde reciban un tratamiento terapéutico interdisciplinariamente.

14 Fortalezas

Se rescatan las siguientes fortalezas a nivel personal, formativo y profesional, evidenciadas en el proceso de práctica profesional.

- Capacidad de gestión a las funciones delegadas tales como: intervenciones familiares, realización de interconsultas, ruta de atención de PQRSF, planeación, diseño y ejecución de talleres psicoeducativos en los programas de deshabitación de SPA y la Escuela de Familias.
- Eficacia y eficiencia en las funciones delegadas, tales como las interconsultas, los seguimientos familiares, los talleres psicoeducativos en los programas de deshabitación de SPA, la atención de PQRSF y las encuestas de satisfacción.
- Capacidad en manejo de grupos y desarrollo de talleres psicoeducativos desde la aplicación de técnicas y herramientas interactivas para abarcar y fortalecer en cada paciente y familias temáticas focalizadas en la prevención, promoción, orientación, sensibilización, proyecto de vida, resolución de conflictos.
- Receptividad y pro actividad frente a las funciones de atención y remisión de los usuarios en el Sistema Integrado de Atención al Usuario SIAU.

15 Debilidades

A continuación, se dan cuenta de algunas debilidades que se presentaron al inicio del proceso, sin desconocer que estas fueron tomadas como potenciaciones para disfrutar y sacar el mayor provecho de la experiencia.

- El desconocimiento inicial del ámbito clínico y el rol del Trabajador Social en este escenario.
- La nula relación en el pregrado, y por fuera de este, con los instrumentos clínicos como la interconsulta (nota clínica) y las rutas de remisión interinstitucional.
- Desconocimiento la ruta de atención a víctimas de abuso sexual.
- Desconocimiento del quehacer del Trabajo Social con énfasis en salud mental, particularmente la intervención con paciente diagnosticados con patología dual o diferentes trastornos mentales.
- Desgaste por empatía.

16 Aportes desde Trabajo Social

Las reflexiones descritas en este punto de análisis giran alrededor de dos aristas, en primera instancia los aprendizajes adquiridos durante el proceso formativo y en un segundo momento, los aportes generados desde el Trabajo Social con énfasis en salud mental por parte del proceso de práctica en la clínica San Juan de Dios de la Ceja - Antioquia.

Los aprendizajes y herramientas adquiridas en relación a la fundamentación teórica, metodológica y práctica en el proceso formativo del pregrado en Trabajo Social de la Universidad de Antioquia me permitieron llevar a cabo un proceso de prácticas de manera exitosa ya que, a pesar de carecer inicialmente de los conocimientos profesionales en el contexto clínico, los demás saberes adquiridos me permitieron desenvolverme de manera proactiva y con capacidad de gestión.

Los proyectos de aula como teoría y procesos con familia, grupo y comunidad; las diversas experiencias significativas en materia de conocimientos y ejercicios prácticos en otros cursos, y el acompañamiento brindado por la asesora de práctica fueron elementos claves para desempeñarme adecuadamente en los roles y funciones asignadas en el escenario de la práctica profesional.

Por lo anteriormente mencionado puedo decir que las investigaciones realizadas en el proceso formativo, las salidas de campo donde pude realizar caracterizaciones familiares, entrevistas, diagnósticos sociales, talleres comunitarios y la caja de herramientas construida gracias a los conocimientos impartidos por maestros y compañeros se convierten en el cúmulo de saberes y experiencias que posibilitaron desempeñarme responsable y profesionalmente en el campo de práctica.

Ahora bien, los aportes que se pueden concluir en relación al quehacer profesional del trabajador y la trabajadora social en el contexto clínico y que se pudieron evidenciar en el transcurso de la práctica, a continuación:

- La realización de interconsultas en el área de clínica general y salud mental, las cuales están compuesta por los servicios de urgencias, hospitalización general, pabellones de hospitalización de salud mental, beatos hospitalarios y UCI; se centran en situaciones problemáticas tales como abusos sexuales, violencias de género, violencias intrafamiliares, madres gestantes consumidoras de SPA, movilización de red de apoyo, pacientes con adicciones a SPA, entre otras situaciones.

- Cabe resaltar que, para realizar una interconsulta desde el área de Trabajo Social, primero se debe hacer una lectura integral del panorama del paciente, es decir, cuando llega un caso este ya ha pasado por consulta con las áreas de médico general, médico especialista, psicología, psiquiatría o demás áreas (lo cual corresponde a la metodología de intervención interdisciplinaria) para finalmente, hacer un buen diagnóstico de la situación problema desde la interconsulta.
- Los reportes o remisiones interinstitucionales también hacen parte de los quehaceres del trabajador social, es decir, posterior a realizar las interconsultas es necesario identificar los riesgos psicosociales y la vulneración de derechos para definir si el caso se debe reportar o remitir a entes competentes en estos ámbitos, tales como: comisaría de familia, secretaría de salud, personería municipal, entre otros, según corresponda.
- Los programas de deshabituación de consumo de SPA y de pacientes inimputables hacen parte de la intervención de Trabajo Social con énfasis en salud mental y desde allí se trabaja interdisciplinariamente con psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y educación física para tratar las problemáticas de los pacientes, asociadas a las adicciones comportamentales y de SPA y que tienen un impacto negativo a nivel personal, familiar y social.
- En los programas de tratamiento de adicciones y de pacientes inimputables el área de Trabajo Social aporta desde diferentes escenarios, en primer lugar coordina legalmente el ingreso de los pacientes a los programa, realiza la intervención, el acompañamiento y la orientación a las familias de los pacientes de ambos programas, realiza talleres psicoeducativos semanalmente, coordina las visitas familiares y la escuela de familias del programa de adicciones, gestiona con fiscalía la libertad de los pacientes inimputables, entre otras funciones técnico-operativas.

17 Evaluación de la institución como agencia de práctica

La clínica San Juan de Dios del municipio de la Ceja - Antioquia es una institución prestadora de servicios de salud general y mental referente del oriente antioqueño, la cual dentro de su estructura organizacional reconoce la importancia y pertinencia que cobra la intervención del área de Trabajo Social dentro del contexto clínico.

Como escenario de práctica la clínica deposita entera confianza en el practicante y posibilita que este se desenvuelva en diversos ámbitos los cuales aportan significativamente en el proceso formativo. Además, cabe resaltar que la institución cuenta con programas de intervención psicosocial que hacen que la experiencia sea más significativa en materia de aprendizajes, estos son los programas de tratamiento de adicciones por modalidad de internamiento y ambulatorio, y el programa de pacientes inimputables los cuales por su condición psiquiátrica no pagan condena en centros carcelarios sino clínicos desde donde se pueda trabajar interdisciplinariamente las patologías.

De igual manera en el proceso también se tuvo la posibilidad de realizar todo tipo de interconsultas dentro de los diferentes servicios con los que cuenta la clínica como lo es urgencias, hospitalización segundo piso, beatos hospitalarios, UCI, hospitalización de salud mental, entre otros servicios.

Desde allí se intervinieron diversas situaciones problemas como abusos sexuales, madres gestantes menores de edad, consumo de sustancias psicoactivas en madres gestantes, movilización de red de apoyo, violencias intrafamiliares de tipo físicas, psicológicas, económicas y sexuales. En la mayoría de casos que se intervienen se realizan intervenciones familiares y se activa reporte interinstitucional dependiendo de la particularidad del caso.

Otro aspecto interesante es que la clínica tiene un área llamada pastoral la cual se encarga de toda la parte asistencial de los pacientes, esto contribuye a que no se deleguen funciones de carácter asistencial al área de Trabajo Social y esta pueda encargarse de realizar intervención social, psicosocial, psicoeducativa y socioeducativa.

18 Recomendaciones

Finalmente, se presentan alguna recomendación a manera de potenciación, derivadas de la experiencia en el proceso de práctica profesional, con la intencionalidad de incidir positivamente en la construcción y mejora constante del proceso formativo de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia y el momento final de este, el cual hace referencia al momento de prácticas.

Se hace prioritario hacer énfasis en la necesidad de articular a las líneas de profundización de Trabajo Social el área de la salud y los campos de intervención desde esta, al igual que incluir temáticas y contenidos en los proyectos de aula relacionados con el quehacer del Trabajo Social dentro de escenarios clínicos como hospitales, clínicas, comisarías de familia, ICBF, secretarías de salud, entre otras.

Lo anterior se plantea con la finalidad de que cada practicante y futuro profesional de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia llegue con fundamentos básicos a los campos de práctica profesional y escenarios laborales con énfasis clínico y de esta manera llegar con nociones más acertadas, posibles estrategias de acompañamiento e intervención profesional.

Referencias

- Colombia. Congreso de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Presidencia de la República.
- Colombia. Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993 (diciembre 23): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 3165 de 1996: Adopta lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías*. Diario Oficial.
- Colombia. Presidencia de la República. (1993). *Decreto 1 de 1993: por el cual se Reglamenta el Sistema de Seguridad Social Integral*. Diario Oficial.
- Colombia. Presidencia de la República. (1993). *Decreto 2 de 1993: por el cual se Reglamenta el Sistema de Seguridad Social Integral*. Diario Oficial.
- Colorado, L. (2016). *Tratamientos de deshabitación psicológica de las drogodependencias en centros penitenciarios*. Universitat de les Illes Balears.
- De Sousa Santos, B. (2018). *Construyendo las epistemologías del sur*. CLACSO. Fundación Rosa Luxemburgo.
- Espinal, I., Gimeno, A. & Gónzales, F. (s.f). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda, Distrito Nacional Santo Domingo.
- Garrido, M., & Marcos, J. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 339-362. www.terapiafamiliar.cl
- Posada, E. (2020). *Informe de prácticas profesionales clínica San Juan de Dios - La ceja*. Universidad de Antioquia. [informe de práctica, Universidad de Antioquia Medellín].

Anexos

CRONOGRAMA 2021-2022		
FECHA	TEMÁTICA	RESPONSABLE
26 de octubre 2021	Testimonio	Andrea Ríos
09 de noviembre 2021	Límites y normas familiares	León Andrés Arango Cifuentes
23 de noviembre 2021	Comunicación y resolución de conflictos	Yuliana Quintero Franco Andrés Mauricio Montoya Ortega
14 de diciembre 2021	Hábitos de vida saludable en familia	Alejandro Londoño y Laura Manuela Valencia Pejendino
18 de enero 2022	Farmacología y trastornos mentales	Luis Fernando Giraldo Ferrer
01 de febrero 2022	Coadicción y límites	Juan Guillermo Patiño Parra

Presupuesto						
Recursos	Insumo	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Valor total	Capacidad Instalada
Humanos	Profesionales Terapéuticos	Horas	8	29.166	233.328	X
	Profesionales Sociales	Horas	2	11.550	23.100	X
	Profesional Pastoral	Horas	2	11.550	23.100	X
Materiales	Auditorio principal	Horas	9	20.000	180.000	X
	Videobeam	Unidad	1	400.000	400.000	X
	Computador	Unidad	1	2.000.000	2.000.000	X
	Sillas	Unidad	30	25.000	750.000	X
	Lapiceros	Unidad	30	1.000	30.000	X
	Refrigerios	Unidad	30	10.000	300.000	X
	Formato de asistencia	Unidad	6	1000	6000	X
	Impresora	Unidad	1	500.000	500.000	X
TOTAL RECURSOS						4.445.528

Cuestionario de enfoque mixto

Pregunta/evaluación	Insuficiente	Aceptable	Sobresaliente	Excelente	Totales (para el profesional)
¿Los tiempos del taller fueron?					
¿La temática del taller fue?					
¿Comprendió la temática?					
¿Cómo calificaría el desarrollo de la sesión?					
¿Se lograron los objetivos de la sesión?					
¿El nivel de conocimiento por parte del profesional fue?					
¿La información compartida por el profesional fue clara?					

Reflexión personal frente a la sesión formativa:

Observaciones o sugerencias:
