Módulo vivencial para la reflexión crítica de la masculinidad y las prácticas de consumo de SPA en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja

Manuela Cardona García

Informe de práctica presentado para optar al título de Trabajadora Social

Asesora

Yunia María Manco López, Magíster (MSc) en Terapia familiar y de pareja

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Trabajo Social

Medellín, Antioquia, Colombia

2025

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1803

Cita	(Cardona García, 2025)
Referencia **Estilo APA 7 (2020)**	Cardona García, M. (2025). *Módulo vivencial para la reflexión crítica de la masculinidad y las prácticas de consumo de SPA en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja* [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

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.

Dedicatoria

Ofrezco este trabajo a mi familia, que en cada gesto cotidiano me recordó que no estaba sola. A mi mamá, por madrugar sin excepción a mi lado. A mi papá, por su interés constante y sus preguntas diarias que me hacían sentir acompañada en cada paso del proceso. A mi hermana, por tenderme su mano siempre. A mis amigas, por los encuentros de desahogo y conversación, por su paciencia y cariño incondicional.

Y a quienes, con respeto y humanidad, se desempeñan en el área de la salud mental y aportan esperanza a quienes trabajan diariamente en sus procesos. Cada día reafirman que su labor es imprescindible y valiosa para el fortalecimiento de la vida digna de muchas personas.

Agradecimientos

Expreso mi infinita gratitud a la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, por abrirme sus puertas y permitirme culminar allí mi proceso formativo. A las trabajadoras sociales Stefany y Deisy, quienes, con su paciencia, profesionalismo, y capacidad de acompañamiento y formación, me compartieron importantes saberes y me brindaron una hermosa amistad. Al equipo terapéutico de la Unidad de Salud Mental, por los conocimientos compartidos y por la disposición generosa con la que acogieron mi trabajo. A cada uno de los usuarios que decidieron pedir ayuda, que confiaron en el acompañamiento y que, con su valentía, demuestran la fuerza transformadora de estos procesos. Gracias también a sus familias, por la esperanza y la confianza depositadas.

A Mestizo, por acogerme en el taller, por enseñarme tanto durante estos años y por acompañarme de manera activa en este camino; gracias a ustedes, esto fue posible. A Cami Patiño, por su sensibilidad y por aportar su talento y experiencia a este proyecto. También me agradezco a mí, por asumir este proceso con responsabilidad, convicción y confianza en mi formación y en mi quehacer profesional.

A mi asesora académica, por sus orientaciones y acompañamiento constante.

Por último, gracias a la Universidad de Antioquia por brindarme las herramientas para soñar, para confrontar mis contradicciones y para seguir creyendo en la construcción de un mundo más digno, justo y equitativo.

Contenido

Resumen 10

Abstract 11

Introducción 12

1. Contextualización 13

1.1 Ámbito internacional 13

1.2 Ámbito nacional 15

1.3 Ámbito local 18

1.3.1 Antioquia 18

1.3.2 La Ceja 20

1.4 Campo de prácticas 21

1.4.1 Historia de la institución 21

1.4.2 Misión 22

1.4.3 Visión 23

1.4.4 Valores corporativos 23

1.4.5 Organigrama institucional 23

1.4.6 Programas que desarrolla 24

1.4.7 Trabajo social en la institución 25

1.4.8 Rol de la practicante en la institución 26

2. Diagnóstico 27

2.1 Justificación 27

2.2 Objetivos 27

2.2.1 Objetivo general 27

2.2.2 Objetivos específicos 27

2.3 Población 28

2.4 Momentos del diagnóstico 28
2.5 Resultados 30
2.5.1 Memoria metodológica del diagnóstico 30
2.5.2 Hallazgos 32
3. Objeto de intervención 36
3.1 Pertinencia, alcances y limitaciones 37
3.2 Ubicación del objeto de intervención frente al objeto de estudio de Trabajo Social 39
3.3 Intencionalidades y principios éticos 39
4. Propuesta de intervención 41
4.1 Objetivos 41
4.1.1 Objetivo general 41
4.1.2 Objetivos específicos 41
4.2 Fundamentación teórico-conceptual 42
4.2.1 Referente teórico 42
4.2.2 Categorías conceptuales 43
4.3 Metodología 45
4.3.1 Enfoque metodológico 45
4.3.2 Técnicas implementadas 46
4.4 Sistema de seguimiento y evaluación 49
4.4.1 Indicadores 50
5. Resultados 52
5.1 Resultados generales de la práctica profesional 52
5.2 Resultados cuantitativos 52
5.3 Resultado cualitativos 53
6. Aprendizajes adquiridos en la práctica 57

7. Propuestas para cualificar el campo de intervención profesional 58
8. Contribuciones de la práctica a la formación profesional 59
9. Aportes de la estudiante 60
9.1 Proceso de intervención desarrollado 60
9.2 Dinámica institucional 60
9.3 Comprensión del problema objeto de intervención 60
9.4 Contexto en el que se dio la intervención 61
10. Conclusiones 62
Referencias 63
Anexos 67

Lista de tablas

Tabla 1 Hallazgos del diagnóstico.....32

Tabla 2 Indicadores 50

Tabla 3 Resultados de los indicadores 52

Lista de figuras

Figura 1 Clínica San Juan de Dios de La Ceja (2020) 22

Figura 2 Organigrama Institucional 24

Siglas, acrónimos y abreviaturas

CIS	Centro Integral de Salud
CSJD	Clínica San Juan de Dios de La Ceja
ESE	Empresa Social del Estado
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PQRS	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias
PRI	Programa de Rehabilitación Integral
SPA	Sustancias Psicoactivas
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

Resumen

Este informe presenta los resultados de la práctica profesional en Trabajo Social realizada en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, entre enero y julio de 2025. En este proceso se acompañaron de manera integral las labores del área de Trabajo Social en la institución.

Además, dentro de este marco, se desarrolló una propuesta de intervención dirigida a los usuarios del Programa de Deshabituación de Consumo, orientada a comprender las percepciones y constructos sobre la masculinidad y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). A partir de un diagnóstico rápido participativo se diseñó un módulo vivencial compuesto por talleres grupales, técnicas interactivas y espacios de reflexión colectiva. Este buscó propiciar el diálogo sobre estereotipos de género, promover la expresión emocional y favorecer procesos de resignificación personal y colectiva.

Los hallazgos evidenciaron tensiones entre las representaciones tradicionales de la masculinidad, el contexto territorial y los procesos de cambio en la deshabituación, resaltando la importancia de contemplar estos aspectos en el acompañamiento. Factores como la desculpabilización, el perdón y la reconciliación personal y familiar emergieron como claves en la resignificación de experiencias y en el fortalecimiento de trayectorias de recuperación.

El informe incluye además la fundamentación teórica y conceptual, la propuesta metodológica, los hallazgos y los aprendizajes y aportes derivados de la práctica, reafirmando el papel del Trabajo Social en escenarios clínicos de salud mental y adicciones, así como su capacidad para articular enfoques socioeducativos y de género en la intervención.

Palabras claves: Trastorno por consumo de sustancias, salud mental, deshabituación de consumo, masculinidad hegemónica.

Abstract

This report presents the results of the professional practice in Social Work carried out at Clínica San Juan de Dios in La Ceja, between January and July 2025. During this process, comprehensive support was provided to the Social Work department of the institution.

Within this framework, an intervention was designed for users of the Consumption Cessation Program, focused on exploring perceptions of masculinity and its relation to the use of psychoactive substances (PAS). Based on a rapid participatory assessment, an experiential module was developed, including group workshops, interactive techniques, and spaces for collective reflection. The purpose was to encourage dialogue on gender stereotypes, promote emotional expression, and foster processes of personal and collective re-signification.

The findings revealed tensions between traditional masculinity representations, local/territory context, and changinh processes in cessation. These highlighting the need to consider such aspects in accompaniment. Elements such as de-blaming, forgiveness, and personal and family reconciliation emerged as key in re-signifying experiences and strengthening recovery pathways.

The report also presents the theoretical and conceptual foundations, the methodological proposal, findings, and lessons learned. It reaffirms the role of Social Work in clinical settings as mental health and addictions, and its capacity to integrate socio-educational and gender approaches into intervention.

Keywords: Substance use disorder, mental health, consumption cessation, hegemonic masculinity.

Introducción

La salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas constituyen actualmente uno de los principales desafíos sociales y sanitarios en Colombia, con una fuerte incidencia en múltiples problemáticas familiares, comunitarias y estructurales que afectan la calidad de vida de las personas. En este sentido, abordar estas problemáticas implica reconocer que detrás de cada historia de consumo y adicción existen realidades complejas, atravesadas por factores sociales, culturales y emocionales, los cuales resultan fundamentales de comprender en los procesos de deshabituación.

Dado lo anterior, este informe recoge la experiencia de práctica profesional en Trabajo Social desarrollada durante el primer semestre de 2025 en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja. En ella se diseñó e implementó una propuesta de intervención dirigida a treinta y cuatro hombres internos que hacen parte del Programa de Deshabituación de Consumo.

El proceso inició con un diagnóstico rápido participativo que permitió explorar cómo se construyen y significan las masculinidades en este contexto y cuál es su relación con las trayectorias de consumo. Los hallazgos obtenidos orientaron la creación de un módulo vivencial con enfoque socioeducativo y perspectiva de género, compuesto por cuatro talleres que buscaron fortalecer habilidades socioemocionales, cuestionar los mandatos hegemónicos y generar espacios de expresión y disfrute alejados del consumo.

Este informe presenta los referentes teórico-conceptuales, la propuesta metodológica y los resultados de esta experiencia, al tiempo que expone los aprendizajes, retos y aportes surgidos en el marco de la práctica profesional, y evidencia cómo los procesos socioeducativos y con enfoque de género pueden favorecer la resignificación de experiencias y fortalecer las trayectorias de vida de los participantes en estos procesos.

1. Contextualización

En el marco de este proceso formativo, estas prácticas profesionales se desarrollaron en la Clínica San Juan de Dios, ubicada en el municipio de La Ceja, Antioquia. Una institución de segundo nivel de complejidad, reconocida en el Oriente antioqueño por brindar diversos servicios en salud general y atención en salud mental.

Esta clínica se caracteriza por contar con un enfoque interdisciplinario, orientado a garantizar el derecho a la salud, con especial énfasis en la salud mental, un campo que en el departamento de Antioquia demanda cada vez mayor cobertura y fortalecimiento.

Con el propósito de contextualizar el campo de práctica, resulta pertinente abordar la situación de la salud mental en la actualidad, partiendo de una mirada internacional, para posteriormente examinar su desarrollo en el ámbito nacional, departamental y local. Finalmente se presentará el contexto institucional, con el fin de situar de manera integral el campo en el que se desarrollaron estas prácticas profesionales.

1.1 Ámbito internacional

En las últimas décadas, la salud mental ha adquirido un lugar central en la agenda pública internacional, dejando de ser un tema invisibilizado para convertirse en un asunto prioritario de las políticas públicas y sociales. Este reconocimiento responde, entre otros factores, al aumento de la demanda de atención y a la identificación de múltiples problemáticas dentro de esta área, que paralelamente afectan diversos factores de la vida cotidiana.

Actualmente, la salud mental atraviesa una crisis a nivel global. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 25% de la población mundial manifiesta sentimientos de aislamiento social y soledad, y cada año más de 150.000 personas entre los 15 y 29 años de edad mueren por suicidio (OMS, citado en El País, 2024). Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (2020) advierte que 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes presenta un trastorno de salud mental, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes.

En línea con lo mencionado, es importante considerar otros trastornos de salud mental que han ido en aumento a nivel mundial durante las últimas décadas, no solo en la primera infancia y

la adolescencia, sino en la población en general. Estos son la esquizofrenia, el Alzheimer, los trastornos bipolares, de conducta y de personalidad.

El consumo de sustancias psicoactivas constituye otro de los diagnósticos que inciden directamente en la demanda de atención en salud mental y representa un factor clave en la comprensión de esta problemática. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (s.f.) afirma:

> Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). (OPS, s.f, párr. 8).

Esta brecha refleja la desigualdad en el acceso a la atención y la urgencia de fortalecer los sistemas de salud. En consecuencia, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se constituyen en la causa de aproximadamente el 10% de la carga mundial de enfermedad, ubicándose entre las principales problemáticas de salud pública internacional.

De acuerdo con la OPS, otros de los factores que actualmente afectan la salud mental de la población mundial son:

- Las secuelas derivadas de la pandemia por COVID-19.
- La escasez de profesionales especializados en salud mental.
- La persistente estigmatización hacia las personas con trastornos mentales.
- Las malas condiciones laborales que impactan el bienestar mental y emocional.

Este panorama internacional no solo visibiliza la magnitud del problema, sino que constituye el marco de referencia para analizar la situación en Colombia y en el departamento de Antioquia. En este contexto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) representan un lineamiento fundamental para la intervención profesional en salud mental. Particularmente, *el ODS 3: Salud y Bienestar*, busca garantizar el acceso universal al derecho fundamental a la salud, contemplando tanto la dimensión física como la mental.

En este campo de práctica, se aporta al cumplimiento de algunas de sus metas, entre ellas el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas (uso indebido de estupefacientes y consumo nocivo de alcohol) y el acompañamiento a personas que enfrentan barreras en el acceso a servicios del sistema de salud. De manera complementaria, se retoman otros ODS vinculados con la intervención social, como el *ODS 5: Igualdad de género y el ODS 10: Reducción de las desigualdades*, por su relevancia en la garantía de derechos fundamentales.

Además de los ODS, otro referente clave en el plano internacional es la *Organización Mundial de la Salud* y su representación en el continente Latinoamericano a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 2023, posterior a la pandemia de COVID-19, la OPS adoptó la Política para mejorar la salud mental en la Región de las Américas, estructurada en cinco líneas estratégicas que buscan superar las limitaciones del sistema de salud y "fomentan el desarrollo social, económico y de salud en la región, en el contexto de la pandemia de COVID-19 y posteriormente" (OPS, 2023, p. 7).

Esta política también promueve la concientización sobre los estigmas, la discriminación y las violaciones a los derechos humanos que aún enfrentan las personas con trastornos mentales, además de ofrecer herramientas y estrategias para mejorar su calidad de vida.

1.2 Ámbito nacional

En Colombia, la salud mental se ha consolidado como una de las problemáticas más críticas dentro del sistema de salud público. Diversos estudios y reportes del Ministerio de Salud evidencian un aumento en la presencia de trastornos mentales en la población, lo que muestra un panorama insuficiente y con grandes desafíos en términos de atención y prevención.

Entre los principales factores que caracterizan la situación actual en el país se destacan:

- Alta prevalencia de trastornos de salud mental: el Ministerio de Salud ha reportado que al menos el 66,3% de la población colombiana ha atravesado alguna problemática de salud mental en su vida, lo que significa que más de la mitad de los habitantes han enfrentado experiencias relacionadas con la ansiedad, la depresión, el estrés u otros síntomas y trastornos psicológicos y psiquiátricos. Pese a la existencia de leyes y políticas públicas, aún persisten brechas en el acceso efectivo a servicios oportunos y de calidad.

- Factores estructurales que inciden en la salud mental: en el contexto colombiano, la desigualdad económica, el desempleo, la inestabilidad política y social, la violencia intrafamiliar, las barreras de acceso a los servicios de salud y la inseguridad son algunos de los determinantes que han intensificado la afectación psicológica en la población.
- Impacto diferenciado en poblaciones vulnerables: las mujeres, debido a la persistencia de la cultura patriarcal, el trabajo no remunerado, la inequidad y las violencias basadas en género, presentan con mayor frecuencia afectaciones como ansiedad, depresión o trastorno afectivo bipolar de manera diferenciada. Así mismo, personas en situación de calle, víctimas del conflicto armado y otros grupos en condición de vulnerabilidad enfrentan riesgos elevados de sufrir trastornos mentales, lo que ha incrementado la demanda de atención en el país.
- Déficit de profesionales especializados: la alta demanda de atenciones en salud mental contrasta con la limitada disponibilidad de psiquiatras y otros profesionales de esta área, lo que genera un déficit en la capacidad de respuesta del sistema de salud colombiano. Esta situación, como se ha señalado previamente, también se presenta a nivel global, pero se intensifica en países como Colombia debido a las condiciones estructurales antes mencionadas.

En ciudades como Bogotá, el número de atenciones en el área de la salud mental ha tenido un aumento considerable. Tal como lo reseña el diario Infobae, (2025) “de acuerdo con un informe publicado por la Veeduría Distrital, el número de atenciones en el área de la salud mental experimentó un notable incremento, reflejando una creciente preocupación por el bienestar psicológico de la población” (Párr. 2). Este aumento en la demanda ha puesto en evidencia las limitaciones del sistema para garantizar cobertura y atención suficientes.

En esta escala nacional, resulta importante, además de ubicar las problemáticas específicas que se presentan en Colombia, identificar las principales leyes y políticas públicas que los diferentes gobiernos han propuesto para garantizar la atención en salud mental y el cumplimiento oportuno de este derecho fundamental. Este marco normativo orienta la acción institucional y da sustento a la intervención profesional en este campo de práctica, especialmente en lo que respecta a la atención de personas declaradas inimputables y aquellas que requieren acompañamiento integral por consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA).

En primer lugar, la *Ley 599 de 2000* reconoce la inimputabilidad por trastornos mentales, disponiendo que las personas en esta condición no deben ser privadas de la libertad mediante

medidas carcelarias, sino recibir tratamiento de rehabilitación integral en instituciones especializadas. Esta disposición constituye un avance en el reconocimiento de los derechos humanos de esta población, aunque su aplicación enfrenta todavía grandes dificultades.

Por su parte, la *Ley 1566 de 2012* establece la atención integral al consumo de SPA, con el objetivo de garantizar que las personas que consumen tengan acceso a servicios de salud, tratamiento y procesos de deshabituación en condiciones dignas y con acompañamiento profesional. En la misma línea, la *Ley 1616 de 2013*, considerada la ley marco de salud mental en Colombia, reconoce expresamente la salud mental como un derecho fundamental y define la obligación del Estado de asegurar su garantía a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante un enfoque integral, interdisciplinario y comunitario.

En cuanto a las políticas públicas, se destaca la *Política Nacional de Salud Mental (2018),* que reconoce la salud mental como un derecho fundamental y propone lineamientos para promover condiciones óptimas de bienestar. Este documento retoma lo dispuesto por leyes anteriores, como *la Ley 1414 de 2010*, en la que se aborda directamente el trastorno de la epilepsia, acogiendo recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a integrar el abordaje de la epilepsia y los trastornos mentales en la atención primaria, debido a las comorbilidades y consecuencias comunes que generan (discapacidad mental, deterioro cognitivo, entre otros).

De igual manera, el *Conpes 3992 de 2020* formula la Política para la Prevención y Atención del Consumo de SPA, constituyéndose en un compromiso interinstitucional, liderado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia, para enfrentar los efectos sociales y familiares del consumo problemático. A ello se suma el *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*, que constituye la hoja de ruta nacional para los próximos diez años, al plantear "los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública durante los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia" (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En síntesis, este marco normativo ofrece un soporte importante para el ejercicio profesional en salud mental; sin embargo, su existencia no ha sido suficiente para frenar la crisis que atraviesa actualmente el país en esta materia. Persisten vacíos en la cobertura, en la financiación y en la articulación intersectorial, lo que exige que tanto el Estado como las instituciones de salud y la sociedad en general se repiensen las estrategias empleadas y avancen hacia alternativas más efectivas e inclusivas.

1.3 Ámbito local

En el ámbito local, al igual que se hizo en el internacional y el nacional, se parte de la identificación de las principales problemáticas que afectan la salud mental en el departamento de Antioquia y en el municipio de La Ceja, con el objetivo de comprender con mayor claridad los retos que enfrenta la población en estas zonas y, a partir de allí, se ubican los propósitos trazados en los planes de desarrollo y las políticas públicas que se han diseñado en estos territorios, con el fin de orientar acciones institucionales y comunitarias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas.

1.3.1 Antioquia

La salud mental en Antioquia es un factor que requiere un cuidado y una atención diferenciada debido a las diversas problemáticas que se han venido presentando en este sector. Una de las principales se encuentra ligada al incremento de la tasa de suicidio.

Según cifras reportadas por El Colombiano (2024),

> De acuerdo con la información publicada en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con corte al 26 de febrero, en Antioquia se presentaron 745 intentos de suicidio en los primeros 57 días del año, eso significa que al día más de 13 personas intentan quitarse la vida. (Párr. 2)

Dentro de esta problemática, se han identificado diversos factores que influyen en su agudización, uno ellos es el consumo de sustancias psicoactivas. Frente a este aspecto, surge la necesidad de implementar políticas públicas orientadas tanto a la prevención como al tratamiento de deshabituación de consumo de SPA, para así impactar de manera directa esta problemática.

En esa misma línea, un estudio realizado por la Estrategia de Corresponsabilidad Departamental (ECD) concluye que en Antioquia los casos de consumo de sustancias van en aumento, lo que se refleja en el incremento de los trastornos mentales reportados en el departamento. Estos resultados reiteran la necesidad de atender el consumo de manera inmediata.

El panorama en Antioquia resulta preocupante en lo que respecta a la salud mental, lo cual resalta la urgencia de fortalecer su atención, además de promover estrategias de concientización cultural y social frente a esta problemática.

Por su parte, frente a las acciones que buscan abordar esta crisis de salud mental en el departamento, la Gobernación de Antioquia ha dado inicio a algunos programas. Uno de los más destacados es *Salud para el Alma*, propuesto por la Gobernación departamental y operado por la red pública hospitalaria, cuyo objetivo es promover el bienestar emocional y brindar atención integral a quienes padecen de trastornos mentales (2021).

En el *Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027*, el gobierno de Antioquia plantea diversas estrategias que buscan fortalecer los entornos protectores de la población. Dentro de la línea estratégica "Cohesión desde lo social", se destacan dos objetivos que inciden directamente en la salud integral: la gestión de la salud pública y la protección social en el territorio, así como el desarrollo de ambientes saludables y protectores.

En este marco, y tomando como referencia la guía de intervención mundial *Mental Health Global Action Programme* de la Organización Mundial de la Salud, el gobierno departamental propone acciones encaminadas a brindar atención oportuna a los casos de trastornos mentales, neurológicos y asociados al consumo de sustancias, mediante estrategias de "promoción, prevención, atención, tratamiento integral, rehabilitación e inclusión social, y estrategias de rehabilitación basada en comunidad y trabajo en red mediante la prevención universal, selectiva, indicada y ambiental" (Plan de Desarrollo de Antioquia, 2024, p. 97).

Algunas de las estrategias más relevantes incluidas en esta línea son:

- Implementar un programa de prevención de conductas adictivas mediante cuentos para niños y talleres para jóvenes, promoviendo estilos de vida saludables.
- Dotar de herramientas a los dispositivos comunitarios que favorezcan la integración social y fortalezcan la salud pública, a través de centros de escucha, zonas de orientación escolar, grupos de ayuda mutua, redes comunitarias e iniciativas de educación en salud.
- Promover la inclusión social y reducir el estigma hacia las personas con trastornos de salud mental.
- Establecer una línea telefónica de asistencia psicológica para apoyo emocional y psicosocial.

En cuanto al marco normativo, un elemento clave lo constituye el proyecto de ordenanza mediante el cual se adopta *la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones 2022-2040*. Dicha política, incorporada por la Asamblea Departamental de Antioquia con base en las facultades conferidas por la Ley 1616 de 2013, busca promover la salud mental y la prevención de las adicciones como un componente esencial del derecho a la salud, garantizando su acceso a todas las personas, familias y comunidades (Asamblea Departamental de Antioquia, 2022).

En línea con la atención y la prestación del servicio, el departamento cuenta con diversas instituciones de referencia que ofrecen atención especializada en salud mental, entre ellas están: El HOMO - ESE Hospital Mental de Antioquia María Upegui (Medellín), El Hospital Carisma (Medellín), La Clínica Servid Salud Integral (Carmen de Viboral), Clínica de Oriente (La Ceja) y la Clínica San Juan de Dios (La Ceja), lugar donde se desarrolló esta práctica.

Si bien en el ámbito departamental se han consolidado lineamientos estratégicos, políticas públicas y una red de instituciones para la atención en salud mental y prevención de adicciones, el panorama sigue siendo limitado frente a la magnitud de la problemática. Las acciones, aunque valiosas, resultan aún insuficientes para responder al incremento de los trastornos mentales y del consumo de sustancias en la población antioqueña.

1.3.2 La Ceja

Finalmente, en lo que respecta al contexto municipal de la salud mental en La Ceja, se observa que las problemáticas presentes no se desligan de las previamente identificadas a nivel nacional y departamental, especialmente en lo relacionado con los trastornos de ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas e intentos de suicidio. Ante ello, la administración municipal ha venido implementando diversas estrategias que buscan promover el bienestar de la población y brindar apoyo oportuno en situaciones de crisis.

Entre ellas se destacan la *Línea Integral del Cuidado en Salud Mental*, disponible las 24 horas del día para acompañar a quienes enfrentan dificultades emocionales, familiares, económicas o de consumo; *los centros de escucha*, que funcionan como espacios de orientación comunitaria; y las *jornadas académicas sobre salud mental*, desarrolladas en alianza con la Clínica San Juan de Dios, que pretenden sensibilizar y desmitificar concepciones erróneas en torno a la salud mental.

En cuanto a la infraestructura en salud, el municipio cuenta con instituciones como el ESE Hospital La Ceja, el CIS Comfama, el Puesto de Salud del corregimiento San José, la Clínica de Oriente y la Clínica San Juan de Dios, esta última reconocida por ser la única institución mixta que integra atención en salud general con servicios especializados en hospitalización y emergencias de salud mental, tanto para la población local como para el Oriente Antioqueño en general.

Si bien estas acciones e instituciones representan avances significativos en el abordaje municipal de la salud mental, todavía se evidencian brechas importantes en cobertura, articulación y continuidad de la atención, pues la creciente demanda derivada de los problemas de salud mental supera la capacidad instalada. Por esto, se requiere una mayor consolidación de políticas regionales y locales que fortalezcan la prevención, el acceso oportuno y la inclusión social, de manera que las iniciativas existentes puedan traducirse en un impacto sostenible en el bienestar de las personas.

1.4 Campo de prácticas

1.4.1 Historia de la institución

La Clínica San Juan de Dios de La Ceja fue fundada el 8 de marzo de 1963 en este municipio. La institución pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, creada por San Juan de Dios en 1539 y aprobada por la Iglesia católica en 1572 en Granada, España. Desde el siglo XVII, dicha Orden inició su expansión en América, consolidando presencia en países como Perú, Colombia, Cuba y Venezuela. En la actualidad cuenta con aproximadamente 400 sedes distribuidas en 50 países del mundo. En Colombia, la Orden Hospitalaria cuenta con cinco sedes:

- Hospital San Rafael de Pasto.
- Casa Hogar San Rafael de Fusagasugá.
- Clínica San Juan de Dios de Manizales.
- Clínica de Nuestra Señora de la Paz en Bogotá.
- Clínica San Juan de Dios de La Ceja.

Figura 1
Clínica San Juan de Dios de La Ceja (2020)



Nota: Página web Clínica San Juan de Dios de La Ceja

De estas sedes, la Clínica San Juan de Dios de La Ceja es la única institución de carácter mixto, dado que combina la atención en salud mental con la atención en medicina general. Las demás se enfocan principalmente en la prestación de servicios de salud mental y el acompañamiento al adulto mayor.

Desde sus inicios, la comunidad cejeña identificó esta institución como una residencia o centro de reposo destinado a la atención de niños y niñas con condiciones de discapacidad física o psíquica profunda. Con el tiempo, fue consolidando un modelo de atención especializada en salud mental y medicina general, manteniendo como eje fundamental su compromiso con "la recuperación de la persona enferma y su reintegración familiar" (Clínica San Juan de Dios, s. f., *sección Conócenos*).

1.4.2 Misión

La Clínica San Juan de Dios de La Ceja (CSJD) se define como una institución sanitaria que protege,

> la dignidad humana y promueve la calidad de vida de las personas, en especial de aquellas con habilidades diferentes, con eficiencia, eficacia, responsabilidad y respeto, estableciendo propuestas innovadoras, con el desarrollo de la investigación científica y tecnológica, basadas en la formación del talento humano y el mejoramiento continuo. (Clínica San Juan de Dios, s. f.).

1.4.3 Visión

En cuanto a su visión, la CSJD proyecta consolidarse como una institución reconocida en el sector salud "por el modelo de atención diferenciado en la prestación integral de servicios de salud mental, atención materno-infantil y de traumatología, con estándares de calidad orientados a la hospitalidad y humanización al estilo de San Juan de Dios" (Clínica San Juan de Dios, s. f.).

1.4.4 Valores corporativos

Por su parte, los valores institucionales que constituyen la base del acompañamiento y la atención que brinda la clínica en la prestación de sus servicios son:

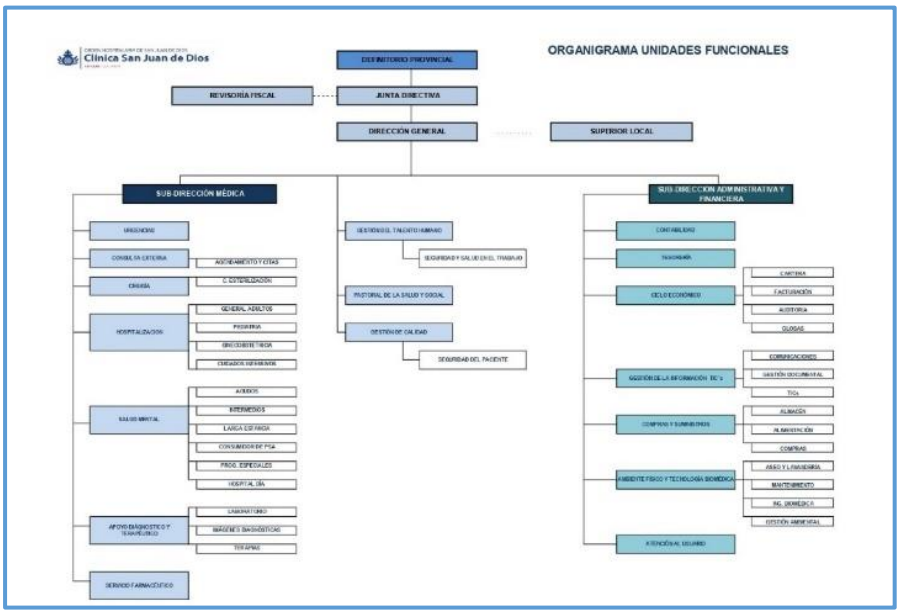
- Hospitalidad, como valor central, orientada a fomentar una asistencia integral y humanizada.
- Calidad, encaminada en la búsqueda de la excelencia y el profesionalismo.
- Respeto, centrado en la dignidad humana.
- Responsabilidad, entendida desde la ética, la sostenibilidad y la protección del medio ambiente.
- Espiritualidad, con identidad católica, pero con una propuesta abierta y respetuosa frente a otras creencias.

1.4.5 Organigrama institucional

El organigrama institucional de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja muestra la forma en que está organizada la institución y cómo se relacionan las áreas directivas, administrativas y asistenciales. Allí se observa que la Dirección General cuenta con el apoyo de la Junta Directiva y otras instancias de la Orden, lo que orienta tanto la parte administrativa como la misión hospitalaria.

De igual manera, se distinguen dos grandes áreas: la Subdirección Médica, encargada de los procesos de atención en salud, y la Subdirección Administrativa y Financiera, que brinda el soporte necesario para el funcionamiento de la Clínica.

Figura 2
Organigrama Institucional



Nota: Página web Clínica San Juan de Dios de La Ceja

1.4.6 Programas que desarrolla

En el pabellón de salud mental, además de la atención en hospitalización dirigida a la estabilización y compensación de síntomas, se desarrollan dos programas de gran relevancia. El primero es el Programa de Rehabilitación Integral, dirigido a pacientes inimputables que, tras haber cometido un delito penal y contar con un diagnóstico de salud mental, cumplen su sanción en la clínica como institución especializada y no en un establecimiento penitenciario.

El segundo corresponde al Programa de Deshabituación de Consumo, el cual se implementa en dos modalidades: un proceso de internamiento de 90 días con una población aproximada de 34 pacientes, y un programa ambulatorio que ofrece acompañamiento a quienes presentan una problemática menos aguda, asistiendo a la institución los días martes, miércoles y jueves para recibir atención frente a sus dificultades con la adicción.

En cuanto a los programas de acompañamiento y responsabilidad social que impulsa la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, se desarrollan diferentes iniciativas orientadas tanto a la atención en salud como al bienestar integral de los pacientes. Entre ellas se encuentran los programas de salud, que incluyen campañas y auxilios económicos; los programas sociales, enfocados en la entrega de apoyos alimentarios y la atención a población en condición de vulnerabilidad; y los programas de transformación social, que ofrecen formaciones técnico-auxiliares y fomentan el desarrollo de habilidades en pacientes del programa de rehabilitación integral.

Así mismo, la institución adelanta proyectos de infraestructura que fortalecen su capacidad de servicio. De manera complementaria, se llevan a cabo programas de voluntariado y donaciones, los cuales permiten la participación de personas de distintas edades en actividades solidarias que buscan responder a las necesidades básicas de los pacientes y sus familias durante su proceso de atención.

1.4.7 Trabajo social en la institución

La Clínica San Juan de Dios cuenta con tres profesionales en el área de Trabajo Social. Una de ellas desarrolla su labor en atención al usuario, donde acompaña a los pacientes y sus familias en diferentes necesidades relacionadas con la prestación del servicio. Entre sus funciones están orientar a los usuarios en trámites administrativos, resolver inquietudes sobre la atención en consulta externa, gestionar solicitudes y PQRs, entre otros.

Por su parte, las otras dos trabajadoras sociales cumplen sus funciones principalmente en el área de salud mental, a través de los programas especializados que en la clínica se desarrollan.

Una de ellas acompaña el Programa de Rehabilitación Integral (PRI), manteniendo comunicación permanente con los pacientes y gestionando solicitudes de permisos terapéuticos ante los juzgados, además de atender las diferentes situaciones que se presentan durante su estancia.

La otra trabajadora social acompaña el Programa de Deshabituación de Consumo, tanto en la modalidad de internamiento (90 días) como en la ambulatoria. Su labor incluye talleres semanales con los pacientes para fortalecer habilidades para la vida, seguimiento familiar a través de contactos periódicos, y talleres quincenales con familias y redes de apoyo, con el fin de reforzar el acompañamiento que brindan.

Adicionalmente, estas dos trabajadoras sociales atienden interconsultas en toda la clínica, ya que su intervención no se limita únicamente al área de salud mental. Desde servicios como Urgencias, UCI u Hospitalización, se solicita su apoyo para abordar problemáticas sociales, económicas, familiares o de ausencia de acompañamiento, entre otras.

1.4.8 Rol de la practicante en la institución

El rol como practicante de Trabajo Social dentro de la Clínica San Juan de Dios se centra principalmente en el área de Salud Mental y en algunas ocasiones, en el acompañamiento a las interconsultas solicitadas desde otros servicios de la institución.

En el Programa de Deshabituación de Consumo, como practicante se requiere acompañar de manera activa el desarrollo de talleres grupales con los pacientes que se realizan cada semana y se encuentran orientados al fortalecimiento de habilidades para la vida y la tramitación de emociones sin recurrir al consumo. Este acompañamiento se realiza tanto con el grupo de internamiento, conformado por 34 pacientes, como con el grupo ambulatorio, que cuenta con un cupo de hasta 20 participantes. Además, también se requiere acompañar los procesos de ingreso de nuevos pacientes a los programas, así como la comunicación y el seguimiento con sus redes familiares y de apoyo, favoreciendo la articulación entre la clínica, los pacientes y sus entornos cercanos.

En el Programa de Rehabilitación Integral (PRI), se requiere acompañar las solicitudes de permisos terapéuticos realizadas por los pacientes inimputables. Además, se apoya en la digitalización de los expedientes clínicos y judiciales de los pacientes que conforman este programa, con el fin de contribuir a la organización y sistematización de la información necesaria para los seguimientos penales y terapéuticos.

Finalmente, desde las interconsultas realizadas en los diferentes servicios de la Clínica (Urgencias, Hospitalización, UCI, entre otros), la practicante acompaña algunos de estos casos, los cuales suelen estar asociados a problemáticas sociales, familiares y económicas; con el propósito de aportar a la integralidad de la atención.

2. Diagnóstico

2.1 Justificación

Antes de plantear la propuesta de intervención se desarrolló un diagnóstico rápido participativo, este surge de la necesidad de comprender los pensamientos, percepciones y constructos sociales que atraviesan a los hombres participantes del Programa de Deshabituación de Consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, con especial énfasis en torno a la masculinidad y la gestión emocional.

Para ello, se implementaron técnicas participativas de recolección de información en el marco de un taller grupal, a través de las cuales los pacientes expresaron sus experiencias y puntos de vista respecto a lo que significa "ser hombre" en la sociedad, y cómo estas concepciones han influido en sus comportamientos y decisiones.

La información obtenida en este proceso constituye un insumo fundamental para reconocer factores sociales y culturales presentes en el proceso de rehabilitación, y al mismo tiempo orientar la propuesta de intervención con un enfoque de género, que responda a las realidades identificadas en este grupo de pacientes.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Identificar las percepciones y constructos asociados a la masculinidad y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en los pacientes del programa interno de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja.

2.2.2 Objetivos específicos

- Reconocer las experiencias y significados que los pacientes han construido en torno a la masculinidad a lo largo de su vida.

- Identificar las posibles vinculaciones entre las concepciones de masculinidad de los participantes y sus trayectorias de consumo.

2.3 Población

La población participante en este diagnóstico estuvo conformada por treinta y cuatro (34) hombres, con edades entre los 18 y los 65 años, provenientes en su mayoría del Oriente Antioqueño y del Valle de Aburrá. Todos ellos se encontraban vinculados al programa interno de deshabituación de consumo desarrollado en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, en el pabellón San Juan Grande.

Los participantes cuentan con diagnósticos asociados a adicciones, principalmente al consumo de sustancias psicoactivas y opioides, así como a conductas relacionadas con el juego patológico (ludopatía). De manera complementaria, una parte de esta población presenta comorbilidades en salud mental, entre ellas depresión, ansiedad, esquizofrenia y trastorno bipolar, entre otros.

El tiempo de permanencia de cada participante en el programa es de aproximadamente tres meses, después de cumplido este tiempo cada paciente egresa, permitiendo así el ingreso de nuevos usuarios al pabellón.

2.4 Momentos del diagnóstico

Para la realización de este diagnóstico se desarrollaron cuatro momentos principales:

- Acercamiento

Desde el inicio de la práctica en enero del presente año, fue posible establecer un vínculo previo con algunos de los participantes. Cada semana, desde el área de Trabajo Social, se llevaron a cabo talleres con una duración aproximada de una hora, centrados en el fortalecimiento de habilidades para la vida.

Estos espacios facilitaron, por un lado, la construcción de una relación de confianza entre la practicante de Trabajo Social y los pacientes, y por otro, la identificación de experiencias,

pensamientos y formas particulares de comprender su realidad. De esta manera, se fueron obteniendo insumos que orientaron la construcción metodológica del diagnóstico, en el que resultó clave escuchar las voces de los participantes y generar la problematización de conductas socialmente normalizadas, posiblemente relacionadas con sus trayectorias de consumo.

- Generación de información

El proceso de recolección de información inició con la contextualización institucional, lo que permitió reconocer la historia de la Clínica y los programas que allí se desarrollan. Asimismo, los primeros talleres realizados en el pabellón San Juan Grande aportaron a identificar la dinámica del programa y ofrecieron elementos que guiaron la propuesta metodológica.

- Metodología: Taller diagnóstico

El momento central del proceso se desarrolló el 2 de abril, mediante un taller grupal con los 34 participantes vinculados al programa. El encuentro se orientó a partir de temáticas como el autoconocimiento y el pensamiento creativo, reconocidas por su capacidad de favorecer la introspección, cuestionar hábitos y comportamientos, y abrir la posibilidad de abordar la realidad desde perspectivas distintas y transformadoras.

Dada la cantidad de participantes, el taller se realizó de manera conjunta en un solo espacio, utilizando técnicas y actividades interactivas que facilitaron la identificación de aspectos clave relacionados con los objetivos del diagnóstico.

- Análisis

El análisis de la información compartida por los participantes se llevó a cabo a partir de una ficha en la que se registraron, de manera escrita, las ideas principales expresadas durante el desarrollo de las actividades diagnósticas. Este instrumento permitió organizar y sistematizar las reflexiones surgidas en ejercicios como la creación corporal, la conceptualización de la masculinidad y la actividad de mitos y realidades.

De este modo, fue posible identificar categorías emergentes relacionadas con la vivencia emocional, las percepciones sobre la masculinidad, las representaciones en torno al consumo y los recursos personales y sociales que los participantes reconocen en su proceso.

Adicionalmente, los talleres realizados con anterioridad aportaron insumos valiosos que complementaron este análisis, al evidenciar patrones recurrentes en los discursos de los participantes y permitir una comprensión más amplia de sus experiencias y percepciones. Estos antecedentes facilitaron contrastar la información obtenida en el encuentro principal, enriqueciendo así la interpretación de los hallazgos.

2.5 Resultados

2.5.1 Memoria metodológica del diagnóstico

Taller diagnóstico implementado: Autoconocimiento y pensamiento creativo

Fecha: 2 de abril de 2025

Lugar: Pabellón San Juan Grande, Clínica San Juan de Dios de La Ceja.

El taller se desarrolló a través de cuatro momentos principales, orientados a explorar aspectos relacionados con la vida emocional, las relaciones interpersonales y las percepciones sobre la masculinidad y el consumo en los participantes.

- Activación grupal

Como apertura, los participantes caminaron libremente por el salón siguiendo algunas indicaciones básicas. Cada vez que se mencionaba un número, debían conformar grupos con la cantidad indicada. Una vez formados, se elegía de manera aleatoria a uno de los grupos, al cual se les solicitaba compartir información sobre diversos aspectos. En total se realizaron cuatro rondas, en las que los participantes compartieron asuntos como “razones por las que se sienten agradecidos el día de hoy”, “técnicas que conocen o han implementado para la regulación emocional”, “motivaciones para continuar en el proceso terapéutico”, entre otros temas. Este ejercicio, además de dar inicio al espacio, permitió observar la dinámica de interacción grupal.

- Exploración corporal

Posteriormente, se invitó a los participantes a recolectar hojas caídas de la huerta y utilizarlas para construir la silueta de una figura humana. Sobre esta silueta aplicaron colores que representaban las zonas del cuerpo en las que experimentan distintas emociones, entre ellas la alegría, la rabia, la tristeza y el miedo. Algunos compartieron con el grupo su representación, lo que dio lugar a reflexiones sobre la conciencia de la corporalidad y la vivencia emocional. Este ejercicio, de carácter proyectivo, permitió indagar en las formas de expresión emocional y en la manera en que los pacientes vinculan el cuerpo con su experiencia afectiva.

- Conceptualización colectiva: ¿Qué es la masculinidad?

En un tercer momento se realizó un ejercicio de conceptualización participativa, en el que cada participante recibió un trozo de papel para plasmar lo que entendía por “masculinidad”. En este ejercicio predominaron visiones tradicionales del concepto, que la asociaban con la fuerza física, el rol de proveedor y protector, así como con la represión emocional, entendida como otra forma de “ser fuerte”, vinculada a no mostrar sentimientos de vulnerabilidad, tales como la tristeza o el miedo.

Para varios participantes, ser hombre aún implica soportar o no exteriorizar muchos de sus sentimientos y emociones, lo que refuerza modelos en los que el silencio y la contención emocional se asumen como parte de la identidad masculina. No obstante, también emergieron posturas críticas que cuestionaron estas concepciones. Este espacio abrió la posibilidad de contrastar distintas miradas y de identificar tensiones en la manera como los participantes conciben su identidad masculina.

- Creencias sobre lo masculino: Mitos y realidades

Como ejercicio final, se trabajó con frases relacionadas con estereotipos de género y de consumo, que los participantes debían clasificar en las categorías de mito o realidad, a partir de la discusión colectiva y de las reflexiones surgidas en los momentos anteriores del taller.

Al contrastar los mitos con sus propias experiencias, se visibilizó la tensión entre los mandatos sociales heredados y los procesos de cambio que algunos de ellos vienen construyendo en su proceso de deshabituación. Entre las afirmaciones analizadas se incluyeron ideas como:

- El consumo de alcohol, las apuestas y los juegos de azar no son tan adictivos como las sustancias psicoactivas.
- El consumo de sustancias es una alternativa para tramitar las emociones.
- Para construir amistades y relaciones sanas no es necesario consumir sustancias psicoactivas.
- La cultura tradicional de consumo ha influido en mi problemática de consumo actual.
- El consumo y las adicciones solo afectan a las personas que las usan.
- Los programas de tratamiento no funcionan porque, cuando las personas los finalizan, siempre vuelven a consumir.
- El consumo es un elemento importante para la consolidación de una vida sociable.

- Cierre

El encuentro concluyó con un espacio de reflexión colectiva, en el que los participantes compartieron apreciaciones sobre lo trabajado. Este cierre permitió validar la información obtenida y resaltar la importancia de sus voces en la construcción de un diagnóstico participativo.

2.5.2 Hallazgos

Tabla 1
Hallazgos del diagnóstico

Momentos metodológicos	**Principales hallazgos**
Exploración corporal	En el momento de la exploración corporal, se propuso un ejercicio en el que cada participante debía ubicar, en la pieza que previamente construyó con las hojas de la huerta, algunas emociones en distintas partes de su cuerpo. Para

	ello se usaron colores (alegría en amarillo, rabia en rojo, tristeza en azul, entre otros). Al inicio, varios expresaron confusión, ya que nunca se habían detenido a preguntarse por los lugares físicos donde sienten sus emociones. Sin embargo, poco a poco, fueron apropiándose de la dinámica y notaron que cada persona las experimenta de manera diferente. Este hallazgo permitió cuestionar la idea de que todas las personas atraviesan las emociones de la misma manera y resaltó la particularidad de cada vivencia emocional. La novedad de este espacio estuvo en hacer consciente lo que, para muchos, había permanecido invisibilizado: cómo se expresa lo emocional en el cuerpo. Además, el ejercicio permitió abrir reflexiones sobre la forma en que suelen reaccionar frente a emociones incómodas como la rabia, la tristeza o la frustración. Varios participantes reconocieron que, en su vida cotidiana, esas emociones se tramitan con respuestas hirientes hacia personas cercanas, especialmente en el ámbito familiar, o bien mediante el consumo de sustancias como estrategia de evasión. En resumen, el ejercicio no solo propició un momento de introspección, sino que también visibilizó tensiones entre cuerpo, emoción y masculinidad, abriendo un camino para imaginar alternativas más saludables de expresión y tramitación emocional.
Ejercicio de conceptualización colectiva: ¿Qué es la masculinidad?	En el ejercicio de conceptualización, se invitó a los participantes a construir, de manera colectiva, una idea sobre la masculinidad. La mayoría optó por compartir adjetivos o características que desde su experiencia, asocian a una persona masculina. Entre las expresiones mencionadas se destacaron: fuerza, sustento, protección, aquel que responde económicamente por la familia, base del núcleo familiar, hombría, varonil, caballerosidad y, de manera literal, “quien posee aparato reproductor masculino”.

	Posteriormente, se preguntó si estaban de acuerdo con los que sus compañeros planteaban o diferían de alguna afirmación. Buscando abrir el debate y promover una discusión más reflexiva. Ante este cuestionamiento, uno de los participantes manifestó su desacuerdo con la idea de que el hombre debe ser "el encargado de responder económicamente por su familia", indicando que, en la actualidad, las responsabilidades económicas pueden ser compartidas. Incluso relacionó esta reflexión con la actividad previa de exploración corporal, señalando que las responsabilidades tradicionalmente asignadas a la masculinidad, es un factor influyente en la dificultad de que los hombres se conecten y expresen su mundo emocional de manera abierta. Frente a este planteamiento, algunos participantes estuvieron de acuerdo. No obstante, también hubo quienes insistieron en el hecho de que ser masculino implica cumplir con responsabilidades específicas, principalmente la de sostener y proteger a la familia, reafirmando así una visión más tradicional y hegemónica de la masculinidad. Algunos, además expresaron que los hombres de hoy han perdido fuerza y han delegado funciones que consideran propias de su género. En suma, el ejercicio permitió visibilizar tensiones entre diferentes formas de concebir la masculinidad: por un lado, un grupo dispuesto a cuestionar los mandatos culturales y reflexionar sobre sus implicaciones en la vida emocional y en la relación con el consumo; y, por otro, un porcentaje de participantes que se aferra a un modelo tradicional centrado en la responsabilidad, la fuerza y el rol de proveedor como elementos centrales de la identidad masculina. La discusión, aunque evidenció resistencias a flexibilizar estas concepciones, permitió ver cierta apertura de algunos participantes a problematizar los mandatos culturales que condicionan sus formas de vincularse y de tramitar sus emociones.

Creencias sobre lo masculino: Mitos y realidades	En este ejercicio de respuestas colectivas se notó, al igual que en la actividad de conceptualización, que no siempre hubo claridad frente a lo que significa ser hombre y que, varias de las afirmaciones ligadas a los mitos fueron respondidas de manera incorrecta en un primer momento. Sin embargo, la disposición al diálogo y a la escucha por parte del grupo, permitió que, poco a poco, se aclararan las dudas y que al finalizar las afirmaciones quedaran organizadas de manera pertinente entre mito y realidad. Este proceso no solo reflejó las tensiones que aún existen en torno a las creencias sobre lo masculino, sino que también evidenció la apertura del grupo para contrastar puntos de vista, reconocer contradicciones y avanzar colectivamente hacia nuevas formas de habitar el mundo.

El desarrollo de las técnicas interactivas propuestas en este diagnóstico permitió abrir un espacio de reflexión y diálogo en el que los participantes exploraron tanto su relación con la emocionalidad y las formas de tramitarla, como sus concepciones en torno a la masculinidad y los imaginarios que la atraviesan, los cuales influyen de manera directa e indirecta en sus vínculos y experiencias.

En conjunto, el taller no solo aportó insumos relevantes para este diagnóstico, sino que también permitió identificar necesidades, vacíos y potencialidades en el grupo. Los hallazgos resaltan la pertinencia de continuar impulsando metodologías participativas que integren la experiencia, el cuerpo y el diálogo como herramientas para reflexionar sobre la masculinidad y su relación con los procesos de vida de los participantes.

3. Objeto de intervención

Una vez llevada a cabo la aproximación diagnóstica, fue posible identificar la importancia de continuar fortaleciendo las habilidades socioemocionales de los 34 hombres participantes del programa de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, como lo ha venido realizando el área de Trabajo Social desde los inicios del programa.

Los hallazgos también evidencian la influencia de los constructos socioculturales asociados a la masculinidad hegemónica, en la consolidación de pensamientos y comportamientos que pueden perpetuar el consumo problemático de sustancias. Esta percepción de masculinidad, ligada a múltiples estereotipos de género, incide negativamente en los procesos de recuperación y reintegración social de quienes buscan dejar atrás el consumo. Entre las características asociadas a este constructo social se destacan principalmente:

- Dificultad para expresar emociones.
- Escasa comunicación asertiva.
- Acumulación emocional sin canalización adecuada.
- Ausencia de relaciones interpersonales sanas.
- Presencia de conflictos familiares.
- Naturalización del consumo como vía de evasión emocional.

Estos elementos revelan una relación estrecha entre la cultura machista y el consumo problemático de sustancias, especialmente cuando este último se presenta como una forma socialmente aceptada de gestionar el malestar emocional.

Si bien esta problemática puede explicarse en parte desde las concepciones tradicionales del ser masculino, es fundamental comprender que se trata de un fenómeno más amplio, estructural y profundamente cultural. Por ello, además de diseñar estrategias que fomenten la tramitación emocional desde enfoques más saludables, se hace necesario problematizar los discursos que sustentan prácticas machistas heredadas y ampliamente normalizadas en nuestra sociedad.

Cuestionar estos discursos permite no solo identificar formas más saludables para que estos pacientes afronten sus emociones, sino también invitarles a desvincular el consumo de sustancias

de momentos de tristeza y desahogo, o de disfrute y celebración, prácticas que hoy en día están ampliamente legitimadas en el imaginario colectivo.

Dado lo anterior, y reconociendo que, la situación problema no se reduce solo al consumo, sino que está enraizado en un sistema cultural y social más profundo que impide a los pacientes procesar sus sentimientos de forma saludable, se propone como objeto de intervención:

Los patrones socioculturales de la masculinidad hegemónica que influyen en la gestión emocional y en el consumo problemático de sustancias, de los pacientes del programa de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja.

3.1 Pertinencia, alcances y limitaciones

- Pertinencia

El abordaje de este objeto de intervención es pertinente porque es una propuesta con un enfoque diferencial frente a los implementados actualmente en el programa. Así mismo, resulta fundamental realizar una propuesta que aborde la problemática del consumo de una manera más pedagógica y comprensible, que les permita a los pacientes reconocer, en un panorama más amplio, las tradiciones y las costumbres que anteceden su consumo y que han influido directa e indirectamente en él.

- Alcances

Según lo previamente abordado, es posible establecer que, esta propuesta posibilitará:

- Promover procesos de resignificación de la masculinidad, facilitando que los pacientes cuestionen y transformen los mandatos culturales que condicionan su manera de sentir, relacionarse y afrontar las dificultades cotidianas de su vida diaria.
- Fortalecer habilidades emocionales en los participantes, lo que contribuirá a una gestión más adecuada de emociones como la rabia, la tristeza o la frustración, reduciendo la tendencia a canalizarlas a través del consumo problemático de sustancias o de conductas violentas.

- Generar espacios de diálogo y construcción colectiva, donde los pacientes reconozcan sus experiencias compartidas y elaboren nuevas formas de vincularse consigo mismos, con los otros y con su proceso de recuperación.
- Aportar insumos para el fortalecimiento del programa institucional, al ofrecer evidencias y aprendizajes que permitan enriquecer las metodologías y enfoques implementados en la atención de la problemática del consumo.

- • Limitaciones

Barreras institucionales: En lo que respecta a las barreras institucionales, resulta fundamental compartir la propuesta de intervención que se pretende construir a partir de este objeto, con el equipo terapéutico que acompaña el programa. Por ende, es importante contemplar posibles recomendaciones e incluso, limitaciones que se encuentren vinculadas a las decisiones que tome el equipo terapéutico, en función de criterios técnicos, clínicos o metodológicos que guían el proceso de atención.

Además, es importante tener presente que este campo de prácticas es una entidad que se rige por los principios de la religión católica. Este aspecto puede generar ciertos matices en la recepción de la propuesta, dado que algunas reflexiones orientadas a cuestionar concepciones tradicionales de la masculinidad podrían no ser fácilmente acogidas desde una visión conservadora de la institución y de algunos de sus usuarios.

Resistencia por parte de los pacientes a problematizar los imaginarios de la masculinidad:

Como ya se mencionó, la construcción de la masculinidad tradicional se encuentra completamente ligada a la forma en que como sociedad se han establecido los roles de género. Dicho esto, es importante contemplar la posibilidad de que los participantes presenten resistencia para abordar un tema que, para algunos de ellos, pueda no representar una problemática.

Limitación de recursos:

Si bien el campo de prácticas ha puesto a disposición la posibilidad de solicitar materiales para el desarrollo de las actividades, es importante tener presente que dichas solicitudes presentan diversas restricciones, como el tipo y la cantidad de material disponible. Además, estas deben realizarse con antelación, de lo contrario, podría presentarse una la falta de recursos en la ejecución de las actividades del proyecto.

Ahora bien, estas limitaciones han sido tenidas en cuenta desde la realización del diagnóstico de este proceso, por lo que, si bien podrían influir en la ejecución de la propuesta, al ser previstas en el diseño de la propuesta de intervención, no representan un riesgo significativo que pueda afectar el desarrollo del proyecto.

3.2 Ubicación del objeto de intervención frente al objeto de estudio de Trabajo Social

Este objeto de intervención se vincula directamente con el objeto de estudio del Trabajo Social, al abordar una problemática social contemporánea y compleja: la relación entre las construcciones de la masculinidad hegemónica y el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Se trata de una realidad social construida histórica y culturalmente, naturalizada en muchos contextos, que reproduce patrones de comportamiento con impactos directos en la salud mental, las relaciones interpersonales y el bienestar integral de las personas.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, estas problemáticas no se abordan únicamente desde una visión individualizante o patologizante, sino que se entienden como fenómenos interrelacionados con dinámicas estructurales, simbólicas y culturales. Por ello, este objeto de intervención implica un acompañamiento profesional que articula lo individual, lo colectivo y lo institucional, desde un enfoque situado, crítico e histórico.

Asimismo, este abordaje reconoce que las prácticas de consumo no surgen de manera aislada, sino que están atravesadas por múltiples determinaciones sociales, como los estereotipos de género, los modelos de socialización masculina, la violencia simbólica y la exclusión social. En síntesis, este objeto de intervención permite al Trabajo Social posicionarse críticamente, promoviendo la resignificación de identidades y el fortalecimiento del tejido social.

3.3 Intencionalidades y principios éticos

- Intencionalidades

Como se evidenció en el análisis de los hallazgos del diagnóstico, las principales intencionalidades de este objeto de intervención son:

- Desarrollar habilidades socioemocionales en los pacientes del programa de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja.
- Abordar y problematizar los estereotipos de género desde una perspectiva crítica y reflexiva.
- Promover la construcción de nuevas formas de relacionamiento saludables, tanto consigo mismos como con su entorno.

- Principios éticos

Dignidad humana: Este principio parte del reconocimiento de cada participante como sujeto social con una historia, unas capacidades y unas potencialidades, más allá de su condición de consumidor o de la experiencia de consumo de sustancias. Con esto, se busca promover una mirada más comprensiva que reconozca y respete la singularidad de cada individuo, teniendo en cuenta que las situaciones de consumo están atravesadas por factores estructurales, relacionales y subjetivos. De esta manera, se reconoce que el sujeto no es el único responsable de su situación, sino que forma parte de un entramado social más amplio que influye en su manera de habitar el mundo.

Justicia social: Este principio orienta la intervención hacia la búsqueda de condiciones más equitativas para todos los sujetos, especialmente en el acceso a derechos fundamentales como la salud mental. Se reconoce que no todas las personas parten desde el mismo lugar, ni cuentan con las mismas oportunidades o apoyos para afrontar sus procesos personales. Por ello, se promueve un objeto de intervención que no solo atienda las necesidades individuales, sino que también cuestione y problematice las desigualdades estructurales que inciden en el bienestar de las personas, con el objetivo también de aportar a la transformación de esas condiciones.

Autonomía: Finalmente, este principio le da lugar a la participación activa de los sujetos en sus procesos de cambio. Por medio de estos, es posible fomentar una articulación consciente y voluntaria de los participantes a la propuesta que se pretende desarrollar. Desde este enfoque, no se impone un camino, sino que se busca construir junto al sujeto una ruta posible, reconociendo su saber experiencial, sus ritmos, intereses y necesidades.

Además, este principio busca generar espacios horizontales donde las voces de los individuos sean escuchadas, valoradas y tengan incidencia, propiciando así procesos más significativos y sostenibles en el tiempo.

4. Propuesta de intervención

A partir del diagnóstico participativo y de los distintos talleres desarrollados desde el inicio del proceso de prácticas, se identificó una dimensión de intervención directa con los pacientes en proceso de deshabituación de consumo que requiere fortalecerse: la identificación y transformación de sus patrones de interacción, desde una mirada crítica, pero sobre todo cuidadosa y compasiva consigo mismos. Esto implica reconocerlos como sujetos sociales activos, capaces de transformar sus relaciones con otros y con su entorno, más allá del consumo de sustancias psicoactivas.

En respuesta a esta necesidad, se propone la implementación de un módulo vivencial, cuyo propósito es ofrecer un espacio seguro, reflexivo y participativo en el que los pacientes puedan cuestionar y repensar sus formas de habitar el mundo, sus vínculos y su propia historia, desde una lógica de cuidado y dignificación humana. Esta propuesta busca complementar y ampliar el acompañamiento realizado por Trabajo Social, incorporando una perspectiva integral y restaurativa que contribuya a los procesos de cambio, así como a la reintegración familiar y social de los participantes.

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo general

Promover experiencias vivenciales de transformación en los pacientes del programa de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, mediante una intervención psicosocial que fortalezca habilidades socioemocionales, fomente la comprensión crítica del consumo en su contexto social y territorial, y construya formas de disfrute y expresión libres del consumo y de los estereotipos de género tradicionales.

4.1.2 Objetivos específicos

- Desarrollar un módulo vivencial compuesto por cuatro talleres, orientado al fortalecimiento de habilidades socioemocionales en los pacientes del programa de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja.

- Promover la comprensión crítica del consumo de sustancias, reconociéndolo como un fenómeno influenciado por factores sociales y territoriales, y favoreciendo procesos de desculpabilización y de responsabilización compartida entre los participantes.
- Facilitar espacios vivenciales y creativos dentro del módulo, que cuestionen y resignifiquen patrones de género, promoviendo alternativas de expresión emocional, disfrute y autocuidado alejadas del consumo y de la masculinidad tradicional.

4.2 Fundamentación teórico-conceptual

4.2.1 Referente teórico

El referente teórico que guía este proyecto de intervención es el construccionismo social. Esta corriente, abordada por autores como Berger, Luckman y Gergen, sostiene que la realidad y las relaciones interpersonales son construcciones sociales, ya que se generan a partir de las interacciones humanas y del lenguaje. Como señala López, (2013).

> participar en el lenguaje y en la construcción de la realidad que éste propone es participar en una forma de vida o en una tradición específica que reproduce un entendimiento específico de la realidad. Luego, el lenguaje actúa como una proyección de las creencias y representaciones que una comunidad específica comparte. Participar en el lenguaje, es participar en la construcción y reproducción de ciertas representaciones que una comunidad posee. (p. 15)

Este enfoque resulta pertinente porque permite problematizar cómo la masculinidad tradicional y el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) son construcciones sociales que generan significados compartidos, influyendo en las prácticas, actitudes y creencias de los sujetos.

Asimismo, el construccionismo social facilita abordar la problemática desde un enfoque que transforme los significados culturales que sostienen y normalizan conductas asociadas al género y al consumo. Al visibilizar cómo las representaciones tradicionales de la masculinidad refuerzan prácticas de riesgo, se abre la posibilidad de cuestionar dichos mandatos y promover discursos alternativos que favorezcan el bienestar individual, familiar y colectivo.

4.2.2 Categorías conceptuales

- • Sujeto social: El concepto de sujeto social ha experimentado transformaciones significativas a lo largo del tiempo. Inicialmente, en las décadas de 1970 y 1980, autores como Freire y Foucault lo describieron como un ser sujeto a la dominación social, condicionado por estructuras opresoras. Posteriormente, este concepto fue reconceptualizado y ahora nombrado como un actor histórico, capaz de transformarse a partir de su contexto y de su cuestionamiento sobre la libertad.

> Las formas de configuración de sujeto no solo son tributarias de la acción del ideal, sino, también, portan las resonancias de la acción de la experiencia, y, por ende, revelan las características del lazo social en un momento histórico determinado. (Zemelman citado por Méndez Rendón, 2021, p. 119)

Desde esta perspectiva, el sujeto social es un ser dialéctico que requiere procesos de dialogicidad, reflexión y conciencia crítica para reconfigurarse continuamente y avanzar hacia estados de conciencia más críticos y reflexivos.

Freire, en su libro Pedagogía del oprimido, destaca el rol fundamental de la educación en este proceso, al ubicar al sujeto como un actor capaz de transformar su realidad. Además, reconoce a los sujetos sociales no como receptores pasivos de información, sino como constructores históricos de sus propias realidades.

Autores como Zemelman (2010), enriquecen esta perspectiva al plantear que el sujeto social es un ser en constante construcción, configurado tanto por las experiencias vividas como por las condiciones históricas y sociales en las que está inmerso. Por ende, el sujeto no es un ente acabado, sino un campo problemático atravesado por tensiones entre lo instituido y lo posible, que se reconfigura a medida que avanza en su comprensión del mundo y de sí mismo.

Así, el sujeto social se concibe como un ser activo, dialéctico y transformador. Desde esta perspectiva, los pacientes en procesos de deshabituación no deben ser vistos como receptores pasivos de intervención, sino como actores sociales capaces de cuestionar, reflexionar y

transformar sus vínculos, prácticas y representaciones, objetivo central del presente módulo vivencial.

- Consumo de sustancias psicoactivas: Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se define como la ingesta o aplicación de compuestos –naturales o sintéticos– que producen una alteración en el sistema nervioso central de las personas que los consumen. Estas sustancias pueden incluir drogas legales, como el alcohol y la nicotina, así como las ilegales, como la cocaína, la heroína, el éxtasis, entre otras. Por su parte, la autora Muñoz et al., (2012) en el artículo Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente plantea que el consumo de SPA es un fenómeno que impacta negativamente en diversas dimensiones del bienestar humano: social, familiar, psicológico y emocional. Asimismo, destaca cómo las propiedades de las sustancias, junto con la situación personal del consumidor y su contexto social, pueden actuar como factores que agravan o perpetúan el consumo.

- Deshabituación de consumo: La deshabituación de consumo es un tratamiento que pretende eliminar la dependencia a la sustancia con la que se ha creado una adicción. Este proceso implica transformar hábitos, pensamientos y rutinas que inducen a recaer en el consumo, sustituyéndolos por hábitos más saludables (OMS, 2020). Diferente al proceso de desintoxicación, su objetivo es ofrecer un cambio más duradero, generando una transformación más amplia y profunda de las costumbres de quien consume y de su entorno, implicando un trabajo profundo sobre la subjetividad y el entorno del sujeto.

> La desintoxicación es un proceso medicalizado por el que se puede cesar el consumo de una sustancia para la que se ha desarrollado dependencia (…) Por deshabituación se entiende el proceso de tratamiento psicofarmacológico y sobretodo psicoterapéutico, por el que el paciente intenta cesar el consumo de la sustancia. (Mensalus, 2012, párr. 15)

El Plan Nacional de Drogas de España (2018-2020), destaca que el proceso de deshabituación de consumo es complejo y prolongado, dado que puede depender del nivel de afectación del sistema nervioso de cada paciente, por lo que se requiere de un compromiso continuo

tanto del paciente como de los profesionales de la salud involucrados. Si el proceso de deshabituación de consumo se lleva a cabo de manera pertinente, es posible que las personas adquieran nuevas habilidades que facilite la mejora de la calidad de vida.

- Masculinidad hegemónica: El concepto de masculinidad hegemónica, desarrollado inicialmente por la socióloga australiana Raewyn Connell, se refiere a "un corpus construido socio históricamente, de producción ideológica, resultante de los procesos de organización social de las relaciones mujer-hombre a partir de la cultura patriarcal." (Rivera, 2021, p. 338)

Esta forma de masculinidad se presenta como un ideal dominante frente a otras expresiones de lo masculino y se legitima mediante instituciones, discursos y prácticas culturales que reproducen jerarquías tanto entre hombres y mujeres como dentro del propio género masculino.

Es fundamental reconocer que la masculinidad hegemónica no es una elección que voluntariamente se adopta, ni que es exclusiva de los hombres, sino que es un mandato que se encuentra culturalmente impregnado en la construcción de las identidades de género.

Así mismo, Toquero y Salguero (2013) destacan un aspecto fundamental relacionado con el concepto de masculinidad hegemónica, se trata de su posible vinculación con ciertas prácticas de consumo de SPA. Señalan que esta construcción social, basada en comportamientos tradicionales asociados a la fuerza, el control, la responsabilidad económica y la negación de la vulnerabilidad, pueden incentivar al consumo como forma de reafirmación identitaria y gestión emocional.

Comprender estas construcciones resulta crucial para la orientación de estrategias de intervención, que reconozcan las presiones sociales sobre los hombres y promuevan alternativas de expresión emocional y manejo del consumo alejadas de la imposición de la masculinidad hegemónica.

4.3 Metodología

4.3.1 Enfoque metodológico

Es preciso señalar que esta propuesta se sustentó en un enfoque cualitativo, el cual permite comprender las realidades sociales desde la perspectiva particular de cada sujeto, reconociendo el

valor de sus experiencias, discursos, significados y prácticas cotidianas. En palabras de Piña-Ferrer (2023), el enfoque cualitativo "nos permite redescubrir al ser social como ser político e histórico, es decir, nos conlleva a develar los sujetos con los que 'construimos socialmente' nuestras prácticas" (p. 2).

En coherencia con el referente construccionista que orientó este trabajo, este enfoque posibilitó rescatar las voces de los participantes y comprender cómo construyen su realidad, particularmente en relación con las prácticas de consumo y las representaciones sociales de la masculinidad en la sociedad.

De manera complementaria, el enfoque metodológico también integró la intervención socioeducativa, ampliamente desarrollada por Paulo Freire, quien la concibe como una posibilidad de construir conocimiento de manera colectiva a partir de los saberes cotidianos de las personas con las que se interviene.

Desde la pedagogía social, la educación popular, la animación sociocultural o la educación comunitaria, la intervención socioeducativa parte del reconocimiento del contexto social específico de cada población. Así, se constituye en una herramienta de apropiación crítica que fomenta la participación activa de los sujetos en los procesos que los involucran, promoviendo su autonomía, reflexión y transformación social.

Finalmente, la propuesta metodológica incorporó el enfoque de género, entendiendo que las relaciones, roles y expectativas asociadas al género influyen en las prácticas de consumo y en la construcción de la masculinidad. Este enfoque permite visibilizar las desigualdades y los mandatos culturales que condicionan ciertos comportamientos, y facilita la promoción de estrategias más equitativas y respetuosas del bienestar integral de los participantes (Instituto de la Mujer, 2006).

4.3.2 Técnicas implementadas

Desde el inicio del proceso de prácticas se han venido desarrollando talleres semanales dirigidos a los pacientes del programa de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, centrados en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales. En estos espacios se han abordado temas como el autoconocimiento, la regulación emocional, la

comunicación asertiva, el autocuidado, la empatía, la resolución de conflictos, el pensamiento crítico, el pensamiento creativo, entre otros.

Estos encuentros a su vez, han permitido generar un vínculo de confianza con los participantes, lo que constituye una base fundamental para el desarrollo del módulo vivencial, propuesta principal de este proyecto, descrita a continuación.

4.3.2.1. Módulo vivencial

El módulo se compuso de cuatro encuentros semanales que integraron metodologías grupales, participativas, artísticas y simbólicas. Su propósito fue cumplir con los objetivos propuestos en el proyecto de intervención.

- *Círculo de conversación:* Primer encuentro.

Para este encuentro se implementó un círculo de diálogo y conversación, esta vez fuera del pabellón del programa, en la zona verde del área de salud mental. Dado que la población del programa ingresa y sale constantemente -permanece máximo de tres meses-, quedaban pocos usuarios con quienes se había realizado el diagnóstico inicial. Por ello, fue necesario retomar la discusión sobre el concepto de masculinidad con los nuevos participantes.

La técnica del círculo de conversación se fundamenta en la intervención socioeducativa y facilita la construcción colectiva de conocimientos, el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y el intercambio de experiencias personales.

La docente Arias (2012) describe a los círculos de conversación, como aquellos espacios que tienen como propósito impulsar la reflexión personal y colectiva de un grupo determinado sobre temas en los que los participantes pueden verse representados. Esta dinámica permite que los participantes hablen desde su propia experiencia, propiciando un aprendizaje colectivo y fortaleciendo la escucha activa y la comprensión mutua.

Este espacio tuvo como objetivo dar inicio al módulo vivencial propuesto en el proyecto de intervención y permitió establecer las primeras conversaciones sobre este tema dentro del grupo.

- *Creación de fanzine:* Segundo encuentro.

Para este encuentro se implementó la técnica del fanzine colectivo, entendida como un medio artístico y participativo que permite expresar ideas, emociones y reflexiones de manera creativa. Por medio de esta técnica, cada participante elaboró una pieza individual que, al unirse con las de los demás, conforma una producción inédita y colectiva, donde fue posible retratar pensamientos y sentimientos en torno a un tema específico.

El fanzine, cuyo término proviene de la unión de las palabras fan (aficionado) y magazine (revista), constituye una estrategia de comunicación alternativa, que combina diversos recursos como collages, recortes, dibujos, fotografías, textos escritos o impresos, entre otros, para transmitir mensajes desde una perspectiva libre y no institucionalizada. (Colombia aprende, 2022)

En este caso, la actividad buscó ser una herramienta expresiva y terapéutica, que brindara a los participantes la posibilidad de crear y reflexionar en torno a lo que significa transitar un proceso de deshabituación de consumo. A través del lenguaje gráfico y simbólico, se les ofreció un espacio seguro a los participantes, que les permitiera resignificar sus experiencias y compartirlas colectivamente -como ejercicio de liberación emocional-.

- Cartografía social: Tercer encuentro.

Para el siguiente encuentro, se implementó la técnica de cartografía social, ampliamente utilizada para analizar los vínculos entre las personas y el territorio que habitan, así como las dinámicas sociales, culturales y simbólicas que allí se producen. Esta herramienta resulta pertinente, ya que permite reconocer cómo los participantes se sitúan en su entorno y qué significados atribuyen a los espacios de su vida cotidiana, lo cual aporta a la comprensión de los factores que influyen en sus trayectorias de consumo y en los procesos de transformación personal y colectiva.

En relación con la cartografía social, Herrera (2008) la describe como

> una propuesta conceptual y metodológica que permite construir un conocimiento integral de un territorio, utilizando instrumentos técnicos y vivenciales. Se trata de una herramienta de planificación y transformación social, que permite una construcción del conocimiento

> desde la participación y el compromiso social, posibilitando la transformación del mismo (citado en Piñeiro et al., 2023, p. 2).

De esta manera, la actividad no solo buscó representar gráficamente un espacio, sino que se convirtió en un ejercicio de reflexión compartida, en el que los participantes pudieron expresar sus percepciones, experiencias y emociones vinculadas a los lugares significativos de su historia, resignificando así su relación con el territorio y con su propio proceso de deshabituación.

- Modelado manual con arcilla: Cuarto encuentro.

El trabajo con arcilla ha sido ampliamente reconocido como una herramienta terapéutica y educativa, utilizada en contextos clínicos, comunitarios y pedagógicos. Diversos autores coinciden en que la arcilla, al ser un material moldeable, flexible y sensible al contacto humano, favorece la expresión emocional y la construcción simbólica de la experiencia (Smuts, 2004, parafraseado en López y López, 2017). Desde una perspectiva terapéutica, se resalta que el modelado con arcilla permite exteriorizar sentimientos que, en ocasiones, resultan difíciles de expresar verbalmente, promoviendo así procesos de autoconocimiento, integración personal, e incluso, fortalecimiento de la autoestima.

Además, el carácter tangible y transformable de la arcilla convierte su manipulación en una metáfora potente del cambio y las segundas oportunidades, elementos fundamentales en procesos de transformación personal y social. De esta manera, su uso trasciende lo artístico y se inscribe en el terreno de lo vivencial, al posibilitar experiencias que conectan con la sensibilidad, la creatividad y la capacidad de resignificar la propia historia.

4.4 Sistema de seguimiento y evaluación

El seguimiento y la evaluación del módulo vivencial se llevó a cabo de manera continua, priorizando el enfoque participativo y el reconocimiento de los saberes y experiencias de los propios participantes. El objetivo no fue únicamente medir resultados, sino comprender los sentidos que los participantes le otorgaron a las actividades y al proceso vivido. Para ello, se implementarán las siguientes estrategias.

Autoevaluaciones colectivas: Al finalizar cada actividad del módulo, se facilitó un espacio de devolución grupal donde los participantes compartieron, de forma voluntaria, sus percepciones sobre el encuentro. Esta autoevaluación permitió identificar de manera más precisa los aprendizajes, desafíos y transformaciones subjetivas vividas en medio del proceso.

Registro de productos simbólicos

A lo largo del módulo, se generarán diversos productos simbólicos (el fanzine, la cartografía social, las piezas de arcilla), que funcionarán como huellas del proceso. Estos elementos serán considerados parte de la evaluación cualitativa, ya que reflejan no solo lo trabajado a nivel técnico o creativo, sino también las intencionalidades que los participantes le fueron dando de manera particular, a cada uno de sus procesos.

4.4.1 Indicadores

Tabla 2
Indicadores

Objetivo específico	Indicador	Tipo	Fuente de verificación
Desarrollar un módulo vivencial compuesto por cuatro talleres, orientado al fortalecimiento de habilidades socioemocionales en los pacientes del programa de deshabituación de consumo de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja.	Número de talleres implementados en el marco del módulo.	Cuantitativo/ Proceso	Planificación y registro institucional (notas semanales en historias clínicas).
Promover la comprensión crítica del consumo de sustancias, reconociéndolo como un fenómeno influenciado por factores sociales y territoriales, y favoreciendo procesos de desculpabilización y responsabilización compartida entre los participantes.	Intervenciones orales o escritas en las que los participantes reconozcan factores sociales, familiares o territoriales en su trayectoria de consumo.	Cualitativo/ Resultado	Diarios de campo (citas y descripciones registradas).

Facilitar espacios vivenciales y creativos dentro del módulo, que cuestionen y resignifiquen patrones de género, promoviendo alternativas de expresión emocional, disfrute y autocuidado alejadas del consumo y de la masculinidad tradicional.	Número de pacientes que participaron en las actividades creativas propuestas.	Cuantitativo/ Proceso	Listado oficial de pacientes vinculados al programa.
	Manifestaciones orales o simbólicas que reflejen apertura hacia nuevas formas de disfrute, cuidado y expresión alejadas de modelos masculinos tradicionales.	Cualitativo/ Resultado	Diarios de campo y productos simbólicos (citas y descripciones registradas).

5. Resultados

5.1 Resultados generales de la práctica profesional

Durante el desarrollo de la práctica profesional en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, se cumplió con las actividades propuestas en el plan de trabajo, respondiendo a las funciones asignadas desde el rol de Trabajo Social en el área de Salud Mental. El acompañamiento a los talleres grupales del Programa de Deshabituación de Consumo se realizó de manera activa y constante, tanto con el grupo de internamiento como con el ambulatorio, favoreciendo espacios de reflexión, aprendizaje y fortalecimiento de habilidades socioemocionales. Asimismo, se participó en los procesos de ingreso de nuevos pacientes y en la comunicación con sus familias, aportando a la articulación entre la institución, los usuarios y sus redes de apoyo.

En el Programa de Rehabilitación Integral (PRI), se contribuyó en la revisión y digitalización de expedientes clínicos y judiciales, así como en el acompañamiento a solicitudes de permisos terapéuticos, apoyando el seguimiento requerido para la continuidad de los procesos.

De igual manera, se participó en la atención a interconsultas desde distintos servicios de la Clínica, lo cual permitió acercarse a casos con problemáticas sociales, familiares y económicas complejas y aportar a que su estancia en la institución fuera un poco más llevadera. Sin embargo, se reconoce que esta fue el área en la que se tuvo menor intervención, en comparación con el énfasis principal en los programas de Salud Mental.

En términos generales, se cumplió con el 100% de los deberes planteados para la práctica, logrando los objetivos propuestos y aportando tanto al proceso formativo propio de practicante, como a la atención integral de los usuarios de la Clínica y sus familias.

5.2 Resultados cuantitativos

Tabla 3

Resultados de los indicadores

Objetivo	Indicador	Meta	Resultado	Fórmula	Cumplimiento
Desarrollar un módulo vivencial compuesto por cuatro talleres, orientado	Número de talleres implementados	4 talleres	4 talleres	Talleres realizados ÷ Talleres	100%

al fortalecimiento de habilidades socioemocionales en los pacientes del programa de deshabituación de consumo.	en el marco del módulo.			programados) × 100: **(4 ÷ 4) × 100**	
Facilitar espacios vivenciales y creativos dentro del módulo, que cuestionen y resignifiquen patrones de género, promoviendo alternativas de expresión emocional, disfrute y autocuidado alejadas del consumo y de la masculinidad tradicional.	Número de pacientes que participaron en las actividades creativas propuestas.	100% de los pacientes vinculados al programa.	100% de los pacientes vinculados al programa	(Pacientes participantes ÷ Pacientes vinculados) × 100: **(34 ÷ 34) × 100**	100%

En relación con los indicadores cuantitativos, se evidencia un cumplimiento del 100% en los dos objetivos evaluados. Por una parte, se llevaron a cabo los cuatro talleres programados en el marco del módulo, cumpliendo así la meta planteada inicialmente. De igual modo, se logró la participación del total de pacientes vinculados al programa en las actividades creativas propuestas, dado que la asistencia a estos espacios es parte de la dinámica institucional y contó con cupo completo durante el periodo de la práctica.

5.3 Resultado cualitativos

La evaluación cualitativa permitió reconocer no solo el cumplimiento en términos de actividades realizadas, sino también la riqueza de los procesos desarrollados en cada espacio y los aportes expresados por los pacientes. A continuación, se presenta una síntesis de cada actividad, destacando aprendizajes, reflexiones e impactos observados en el grupo.

- Actividad 1: *Círculo de conversación sobre la masculinidad*

Este espacio tuvo como propósito problematizar el concepto de masculinidad en el grupo, a partir de diferentes recursos como la construcción colectiva de definiciones y la escucha de fragmentos de podcast que cuestionaban la figura del hombre hegemónico y sus efectos en la vida cotidiana.

En un primer momento, los participantes asociaron la masculinidad con la fuerza física, el rol de proveedor económico y la necesidad de ocultar o no expresar sus emociones, reproduciendo estereotipos similares a los que ya habían surgido en el diagnóstico participativo. Posteriormente, con la introducción de algunos papeles con frases que ejemplificaban lo abordado, como "No necesitas hablar de tus problemas" "Nunca me preguntaron cómo me sentía, simplemente me indicaron lo que debía hacer" "A veces siento que no tengo derecho a sentirme mal", entre otras, se amplió la discusión y se generó un reconocimiento más crítico de cómo estos mandatos sociales han limitado la expresión emocional, dificultado la búsqueda de ayuda y reducido las posibilidades de construir proyectos de vida más libres y diversos.

Aunque algunos manifestaron sentirse ajenos a dichas experiencias, el grupo en general reconoció la existencia de estereotipos que han restringido la gestión emocional masculina y que han generado afectaciones a nivel personal y relacional.

- Actividad 2: *Creación de fanzine*

En este espacio los participantes elaboraron un fanzine colectivo como producto creativo de sus emociones. Aunque la interacción verbal fue limitada en este encuentro, se evidenció un alto nivel de compromiso con la elaboración de sus aportes. El proceso se convirtió en un ejercicio de liberación emocional, donde surgieron preguntas sobre la posibilidad real de plasmar libremente lo que sentían, lo que permitió reiterar la importancia de la expresión sin censura.

El resultado final reflejó las experiencias individuales y colectivas frente al proceso de deshabituación, mostrando que actividades de tipo artístico pueden convertirse en canales válidos para tramitar emociones y compartir reflexiones que no siempre encuentran espacio en la conversación.

- Actividad 3: *Cartografía social*

Este taller se consolidó como una de las experiencias más significativas del módulo. En un mapa del departamento de Antioquia, los pacientes agregaron, por medio de hojas, creaciones en las que manifestaron lo que extrañaban y lo que no extrañaban de sus territorios de origen o de aquellos donde habían vivido gran parte de su vida.

La dinámica poco a poco propició un diálogo profundo sobre la influencia del territorio en sus trayectorias vitales, visibilizando factores como el microtráfico, el desplazamiento forzado, la normalización del consumo y la disponibilidad de sustancias. Varios participantes reconocieron cómo estos contextos marcaron su historia y se relacionaron con sus problemáticas actuales.

Para el cierre del encuentro se agradeció el nivel de apertura del grupo y se enfatizó en la importancia de reconocer dichos factores sin asumirlos como las únicas causas del consumo. Este ejercicio buscó aportar a la desculpabilización frente a los determinantes externos, pero también subrayó la necesidad de reconocer la responsabilidad personal como un paso fundamental en el proceso de recuperación.

- • Actividad 4: *Modelado en arcilla*

La actividad final del módulo consistió en un ejercicio de modelado manual en arcilla, acompañado por profesionales en la labor de construir piezas con cerámica. A cada participante se le entregó un trozo de material para elaborar una pieza, la cual, después de algunos minutos, debía rotar hacia otro compañero para que continuara con el trabajo.

La dinámica permitió explorar emociones asociadas a la desconfianza, la dificultad para soltar y la resistencia al cambio. Algunos recibieron con agrado las piezas de sus compañeros, mientras que otros expresaron malestar al no poder continuar con la propia creación. Estas reacciones dieron lugar a un espacio de reflexión sobre la vida misma y los procesos de consumo, subrayando la importancia de la apertura para recibir ayuda, así como la necesidad de aprender a decir no ante aquello que puede resultar nocivo.

Además, el ejercicio permitió que los participantes se conectaran con el momento presente y descubrieran una forma de esparcimiento distinta a las habituales, favoreciendo la canalización emocional y el fortalecimiento de vínculos entre compañeros.

De manera general, los talleres cualitativos favorecieron la reflexión sobre los mandatos de género, la exploración de factores contextuales y la expresión emocional a través de medios creativos. Se evidenció que, aunque algunos participantes mostraron resistencia inicial, en todos los espacios se logró generar participación activa y reconocimiento de aprendizajes.

Estos resultados entonces, muestran que el módulo cumplió con el objetivo general de favorecer experiencias vivenciales y creativas que cuestionaran y resignificaran los patrones de género, a la vez que promovieron alternativas de expresión emocional, disfrute y autocuidado alejadas del consumo y de la masculinidad tradicional. Los talleres facilitaron la problematización de estereotipos, la exploración de condicionantes contextuales y la apertura hacia lenguajes creativos como medios de canalización emocional, lo que constituyó un aporte significativo tanto al proceso de los pacientes como al propósito formativo de la práctica.

6. Aprendizajes adquiridos en la práctica

Durante el proceso de prácticas profesionales en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja adquirí múltiples aprendizajes que fortalecieron significativamente mi proceso de formación.

Si bien intervenir con grupos numerosos representó un reto, el desarrollo de la intervención grupal me brindó herramientas valiosas para desenvolverme con mayor seguridad en estos espacios. Del mismo modo, el acompañamiento a las familias me permitió ampliar la mirada del quehacer profesional, comprendiendo que el abordaje integral exige trabajar desde diferentes frentes para lograr procesos más completos.

El trabajo con grupos me convocó en diversas ocasiones a poner en práctica estrategias de resolución de conflictos, aspecto fundamental en el campo de la salud mental y las adicciones. Asimismo, la práctica favoreció la adquisición de conocimientos técnicos específicos para el abordaje de estas problemáticas, lo cual enriqueció de manera significativa mi formación.

De manera especial, destaco el aprendizaje derivado del trabajo socioemocional constante con los usuarios, así como la apertura para incorporar reflexiones en torno a las masculinidades desde un enfoque de género. Este aspecto no solo fortaleció las intervenciones realizadas, sino que también reafirmó mi convicción de que el Trabajo Social debe integrar de forma transversal la perspectiva de género, en tanto resulta esencial para comprender las dinámicas relacionales, los factores asociados al consumo y las posibilidades de transformación en los procesos de recuperación.

7. Propuestas para cualificar el campo de intervención profesional

El acompañamiento que se realiza actualmente en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja es completo y evidencia un compromiso genuino con el bienestar de los usuarios. No obstante, considero que podrían implementarse algunos ajustes que fortalecerían aún más el impacto de la intervención.

Por un lado, resulta pertinente la incorporación de nuevas estrategias dirigidas a los usuarios del programa de deshabituación de consumo que favorezcan procesos de desculpabilización, entendidos no como evasión de la responsabilidad, sino como un ejercicio de autocomprensión y reconciliación personal. En este contexto, trabajar el perdón y la resignificación de experiencias puede aportar de manera significativa a la construcción de proyectos de vida alejados del consumo y al fortalecimiento de la autoestima.

Por otro lado, de ser posible, sería valioso contar con un mayor número de profesionales que integren el equipo terapéutico encargado de acompañar a los usuarios, lo que permitiría diversificar enfoques, garantizar un acompañamiento más constante y atender de manera más personalizada las necesidades de la población.

8. Contribuciones de la práctica a la formación profesional

Sin duda, la experiencia de práctica profesional me permitió acercarme de manera directa a las complejidades de la realidad social e institucional, así como al reto que representa pasar de lo teórico a lo práctico. Este proceso dejó en mí aprendizajes significativos que trascienden lo académico y enriquecen mi formación como futura trabajadora social.

En primer lugar, el contacto con situaciones complejas y la atención a problemáticas propias del campo de la salud mental me permitieron comprender la magnitud del rol profesional en escenarios clínicos, un ámbito que desde la academia suele abordarse de manera más limitada. Poder observar y participar de cerca en la intervención de Trabajo Social en este contexto consolidó mis habilidades técnicas y amplió mis horizontes profesionales.

Asimismo, la práctica me enfrentó a dilemas éticos constantes, que exigieron tomar decisiones con base en principios de respeto, responsabilidad y confidencialidad. Estos desafíos fortalecieron mi criterio profesional y me recordaron la importancia de actuar con sensibilidad y compromiso frente a la vulnerabilidad de los usuarios.

Por otro lado, la experiencia posibilitó el fortalecimiento de mi capacidad de análisis crítico, especialmente frente a las barreras institucionales y sociales que inciden en los procesos de recuperación de los pacientes. Esta mirada me permite hoy comprender que el Trabajo Social no solo acompaña trayectorias individuales, sino que también debe incidir en estructuras y dinámicas más amplias que condicionan dichas trayectorias.

En conjunto, todos estos aprendizajes contribuyeron al desarrollo de competencias técnicas, éticas y críticas que resultan fundamentales para mi ejercicio profesional.

9. Aportes de la estudiante

9.1 Proceso de intervención desarrollado

Mi participación en el proceso de intervención se centró en el cumplimiento de las labores asignadas, lo cual incluyó el diseño, ejecución y evaluación de talleres dirigidos a los usuarios del programa de deshabituación de consumo. Así mismo, elaboré materiales pedagógicos y lúdicos que favorecieron la participación activa de los participantes en dichos talleres, al tiempo que brindé apoyo en diferentes actividades según las necesidades que se presentaron. Estos aportes me permitieron consolidar un rol activo dentro del equipo terapéutico y enriquecer la experiencia de los usuarios.

9.2 Dinámica institucional

En cuanto a la dinámica institucional, apoyé al área de interconsultas, participando en la articulación con mis asesoras institucionales para dar respuesta a las necesidades de los usuarios. También contribuí a la organización y acompañamiento de los programas del área de salud mental, favoreciendo el desarrollo de actividades colectivas que fortalecieron tanto el trabajo terapéutico como la integración de los pacientes.

9.3 Comprensión del problema objeto de intervención

Uno de los aportes más significativos consistió en el análisis crítico del consumo de sustancias y sus factores asociados, entre ellos las dinámicas familiares, el contexto social y los modelos de masculinidad. Este ejercicio de reflexión permitió ampliar la comprensión del problema y aportar una mirada integral en torno a los retos que enfrentan los usuarios en sus procesos de deshabituación.

9.4 Contexto en el que se dio la intervención

Finalmente, mi práctica contribuyó al fortalecimiento del área de salud mental mediante el apoyo constante de las actividades diarias y el impulso de nuevas experiencias formativas y expresivas para los usuarios. Estas iniciativas facilitaron espacios alternativos de disfrute, aprendizaje y acompañamiento, lo cual enriqueció el contexto institucional y brindó mayores posibilidades de intervención.

10. Conclusiones

La práctica profesional desarrollada en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja me reafirmó la importancia del Trabajo Social en contextos clínicos de salud mental y adicciones, al evidenciar cómo su intervención contribuye de manera significativa a los procesos de recuperación, fortalecimiento familiar y acompañamiento integral de los usuarios.

El Trabajo Social en este campo trasciende la labor asistencial, al centrarse en la creación de espacios de reflexión, transformación y construcción de proyectos de vida, siempre en articulación interdisciplinaria y en sintonía con los desafíos que plantea el contexto clínico.

Más allá del impacto alcanzado en los usuarios a través de las actividades y el acompañamiento en general, la práctica se constituyó en un proceso de crecimiento personal y profesional. Me permitió consolidar aprendizajes, fortalecer competencias técnicas y éticas, y reafirmar convicciones sobre la necesidad de integrar de manera transversal enfoques como el socioemocional y el de género en la intervención social.

Expreso mi gratitud por la oportunidad de haber hecho parte de este campo de práctica. El apoyo recibido por parte de la institución y del equipo terapéutico, así como la posibilidad de aportar desde mi rol, fueron elementos esenciales para comprender en mayor profundidad la responsabilidad y trascendencia del ejercicio profesional del Trabajo Social en el ámbito clínico.

Referencias

Alcaldía Municipal de La Ceja. (2023). *Alcaldía de La Ceja lanza Línea Integral del Cuidado en Salud Mental*. La Ceja, Antioquia. https://bit.ly/3VGW49M

Alcaldía Municipal de La Ceja. (2023). *100 días de promoción de la salud y del cuidado*. La Ceja, Antioquia. https://bit.ly/3Kw2BBI

Alcaldía Municipal de La Ceja. (2024) Sitio Oficial de la Administración Municipal de La Ceja. https://www.laceja-antioquia.gov.co/

Gobernación de Antioquia. (2024). *Plan de Desarrollo Por Antioquia Firme*. https://goo.su/uar1RsQ

Arias Monge, M. (2012). El círculo de conversación como estrategia didáctica: Una experiencia para reflexionar y aplicar en educación superior. *Revista Electrónica Educare 16*(2), 42–58. https://www.redalyc.org/pdf/1941/194124286002.pdf

Asamblea Departamental de Antioquia. (2022). *Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones 2022–2040: Proyecto de Ordenanza*. https://goo.su/mJOECN

Asamblea General de las Naciones Unidas (2015). Objetivo 3: Salud y Bienestar. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

Clínica San Juan de Dios - La Ceja (s.f.) *Orden Hospitalaria*. https://clinicasanjuandedios.com/

Colombia Aprende. (2022). *Todos tienen que saberlo* [PDF]. https://colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files_public/2022-06/PRO-MEN-FICHAS-Audio4-Fanzine.pdf

Colombia. Cámara de Representantes. (2023). *Crisis de salud mental en Colombia: Un panorama desalentado.* https://www.camara.gov.co/crisis-de-salud-mental-en-colombia-un-panorama-desalentador

Colombia. Congreso de la República (2000). Ley 599 de 2000 (julio 24): *por la cual se expide el código penal.* Diario Oficial. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388

Colombia. Congreso de la República (2012). 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*. Diario Oficial. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=48678

Colombia. Congreso de la República (2013). Ley 1616 de 2013 (enero 21): *por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf

Colombia. Ministerio de Educación (2022). *PRO-MEN – Ficha Audio 4: Fanzine.* Recuperado de https://colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files_public/2022-06/PRO-MEN-FICHAS-Audio4-Fanzine.pdf

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Salud Mental*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Normatividad de interés en Convivencia Social y Salud Mental*. Recuperado de: https://goo.su/KJPWc

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal Salud Pública 2022-2031*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2023). *66% de colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Salud mental, asunto de todos*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx

González, E. (2009). Desintoxicación y deshabituación. *Revista Española de Pediatría*, *65*(2), 27–30. https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2009/REP%2065-2.pdf#page=27

Delgado et. al. (2013). *La intervención socioeducativa para el fortalecimiento de las comunidades. Artículo dentro de la revista Santiago. Chile*. https://mediacionartistica.org/wp-content/uploads/2015/12/santiago.pdf

El colombiano (2024). Cada dos horas una persona intenta quitarse la vida en Antioquia por crisis de salud mental. En *El Colombiano.* https://bit.ly/3WfZ7Wz

El País (2024). La crisis global de salud mental exige una nueva manera de pensar. En *El País* https://bit.ly/3KQeaDR

España. Cruz Roja. (s.f.). *Salud mental*. Cruz Roja. https://www2.cruzroja.es/web/ahora/salud-mental

España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Plan de acción sobre adicciones 2018-2020 (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024) [Informe oficial]. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf

España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (s.f.). Plan Nacional sobre Drogas. Abordaje terapéutico de las drogodependencias. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/abordaje_terapeutico/home.htm

Estrategia de Corresponsabilidad Departamental. (2021). Estudio de consumo de SPA en Antioquia 2021. https://ecd.gov.co/wp-content/uploads/2023/01/Estudio-consumo-de-SPA-Antioquia-2021.pdf

Gobernación de Antioquia. (2023). *La Gobernación de Antioquia fortalece las acciones por la salud mental de los antioqueños*. Gobernación de Antioquia. https://bit.ly/46viqkK

Gómez-Restrepo, C., & Díaz-Granados, N. (2013). Estado actual de la salud mental en Colombia: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2013. *Revista de Salud Pública, 15*(4), 559-567. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001

Herrera, M. I., & Herrera, S. (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Enfermería Comunitaria, 8*(2), 19–26. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000200006&script=sci_arttext

Infobae. (2025*). Cifras alarmantes: estos son los problemas de salud mental más frecuentes en Bogotá.* Infobae. https://www.infobae.com/colombia/2025/02/12/cifras-alarmantes-estos-son-los-problemas-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-bogota/

Instituto de la Mujer. (2006). Claves de la intervención social desde el enfoque de género. https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0796%288%29.pdf

López, P. (2013). Realidades, construcciones y dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta moebio*. 9-25. https://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n46/art02.pdf

López-Ruiz, D., & López Martínez, M. D. (2017). Cualidades terapéuticas de la arcilla en la intervención práctica con estudiantes de Máster en Investigación e Innovación Educativa. *Opción, 33*(83), 471–491. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31053772017

Méndez Rendón, J. C. (2021). Paulo Freire y la concepción de sujeto: consideraciones etimológicas, ontológicas y dialécticas. *Revista de Pedagogía Crítica, 19*(25), 104–123.

Mensalus. (2012). *La desintoxicación y la deshabituación al consumo de tóxicos*. Mensalus. https://mensalus.es/blog/general/2012/05/la-desintoxicacion-y-deshabituacion-al-consumo-de-toxicos/

Mi Oriente. (2023). La Ceja fortalece sus estrategias para mejorar la salud mental de sus habitantes. En *El País.* https://mioriente.com/altiplano/la-ceja-estrategias-salud-mental.html

Muñoz Astudillo, M. N., Gallego Cortés, C., Wartski Patiño, C. I., & Álvarez Sierra, L. E. (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de Enfermería, 21*(3), 136–140. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200006

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud Mental*. https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Uso de sustancias*. https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Protección y promoción de derechos humanos en salud mental*. OPS/OMS. https://www.paho.org/es/temas/proteccion-promocion-derechos-humanos-salud-mental

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *No hay salud sin salud mental*. https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Política para mejorar la salud mental*. OPS/OMS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2020). *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas: edición revisada con los resultados de las pruebas sobre el terreno* [Versión en español]. https://goo.su/J5SYD

Organización Mundial de la Salud. (2024*). La salud mental de los adolescentes*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Piña-Ferrer, L. S. (2023). El enfoque cualitativo: Una alternativa compleja dentro del mundo de la investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, *8*(15), 1–7. https://doi.org/10.35381/r.k.v8i15.2440

Piñeiro Alonso, E., Mora Mora, D., & Hechavarría Aguilera, Y. (2023). Cartografía social, una herramienta de análisis para el estudio comunitario (Original). ROCA. *Revista Científico-Educacional de la provincia Granma*, *19*(1). http://portal.amelica.org/ameli/journal/440/4403729009/

Rivera, E. (2021). Masculinidad hegemónica y violencia sexual contra las mujeres: una discusión necesaria. *Plaza Pública*, *4*(8), 337–349. https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/1169/995

Toquero, C., & Salguero, M. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *La Ventana*, *4*(38), 234–267. https://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n38/v4n38a12.pdf

Zemelman Merino, H. (2010). Sujeto y subjetividad: la problemática de las alternativas como construcción posible. *Polis*, *9*(27), 355–366. https://doi.org/10.4067/S0718-6568201000030

Anexos

Anexo 1

Plan de acción

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS	
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	
PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN PRÁCTIVA INTENSIVA	
Estudiante:	**Manuela Cardona García**
Asesora académica:	**Yunia María Manco López**
Asesoras institucionales:	**Stefany Posada y Deisy Ríos**
Agencia de práctica:	**Clínica San Juan de Dios de La Ceja**
Periodo académico:	**Semestre 2025-1 - Inicio: 24 de enero 2025 - Finalización: 23 de julio 2025**

CRONOGRAMA: PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Actividades	Nombre de la actividad	Mes 1 (24 enero - 23 febrero)				Mes 2 (24 febrero - 23 marzo)				Mes 3 (24 marzo - 23 abril)				Mes 4 (24 abril - 23 mayo)				Mes 5 (24 mayo - 23 junio)				Mes 6 (24 junio - 25 julio)			
		Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Talleres para el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales	Autoestima y autocuidado			x																					
	Validación emocional				x																				
	Toma de decisiones					x																			
	Buena comunicación						x																		
	Relaciones interpersonales							x																	
	Resolución de conflictos								x																
	Autoconocimiento									x															
	Pensamiento creativo										x														
	Pensamiento crítico											x													
	Empatía												x												
	Comunicación y confianza													x											
	Adaptación al cambio															x									
	Manejo de estrés																x								
	Toma de decisiciones																	x							
Módulo vivencial	Apertura: reconocimiento y meditación guiada																			x					
	Ejercicio de modelado manual con arcilla																				x				
	Creación colectiva de desahogo artística: Fanzine																					x			
	Cierre: tejer sobre lo construido																						x		

Anexo 2

Formato de consentimiento informado

La Ceja, 25 de junio 2025

Propuesta de intervención: Módulo vivencial

Responsable:

Manuela Cardona García

C.C. 1001651591

Practicante Trabajo Social – Universidad de Antioquia

Contextualización

En el marco de las prácticas profesionales de Trabajo Social se propone llevar a cabo un módulo vivencial dirigido a los pacientes del Programa de Deshabituación de Consumo San Juan Grande, de la Clínica San Juan de Dios, sede La Ceja. Esta iniciativa busca generar un espacio significativo de encuentro, reflexión y expresión que complemente el proceso terapéutico que los participantes se encuentran realizando.

Objetivo

El módulo vivencial estará conformado por una serie de encuentros en los que los pacientes serán protagonistas activos de las experiencias propuestas. Estos espacios tendrán como propósito promover una reflexión crítica sobre ciertos rasgos, costumbres y sesgos culturales que han influido directa o indirectamente en sus trayectorias de consumo. A su vez, se brindarán escenarios de creación libre donde los participantes podrán expresar, construir y compartir desde su sentir y vivencias personales, lo que representa realizar este proceso.

Riesgos y beneficios

La participación en este módulo no representa riesgos físicos ni clínicos para los pacientes. Entre los beneficios esperados se encuentra la posibilidad de reconocerse desde nuevas perspectivas, fortalecer habilidades socioemocionales, reflexionar sobre aspectos culturales que influyen en la vida cotidiana, y expresar de manera creativa las vivencias personales.

Confidencialidad y anonimato

Toda la información compartida en el marco del módulo vivencial será tratada con estricta confidencialidad. No se divulgarán nombres ni datos que permitan identificar a los participantes en ningún informe, presentación o producto que resulte de la actividad.

En caso de que se realicen registros fotográficos, escritos o audiovisuales con fines académicos o de sistematización, se garantizará el anonimato y el uso responsable del material, previa autorización del paciente.

Derecho a cambiar de opinión

La participación en este módulo es completamente voluntaria. En cualquier momento, los pacientes pueden decidir no participar o retirarse de la actividad sin que esto afecte su atención o relación con el equipo terapéutico ni con la institución.

Firma:

He leído o se me ha leído la información anterior. He comprendido el propósito, los procedimientos, y mis derechos. Dado lo anterior, autorizo:

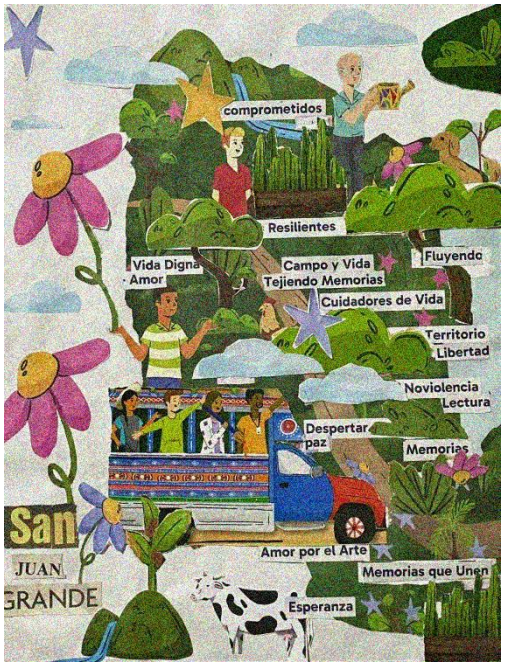
_____

C.C.

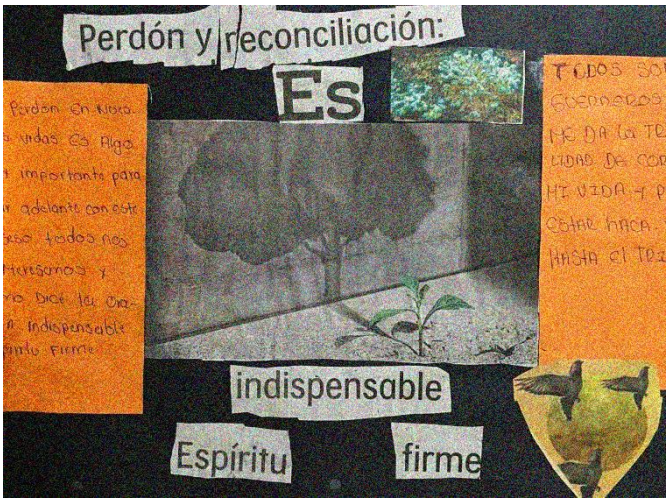
Anexo 3

Memorias de los encuentros

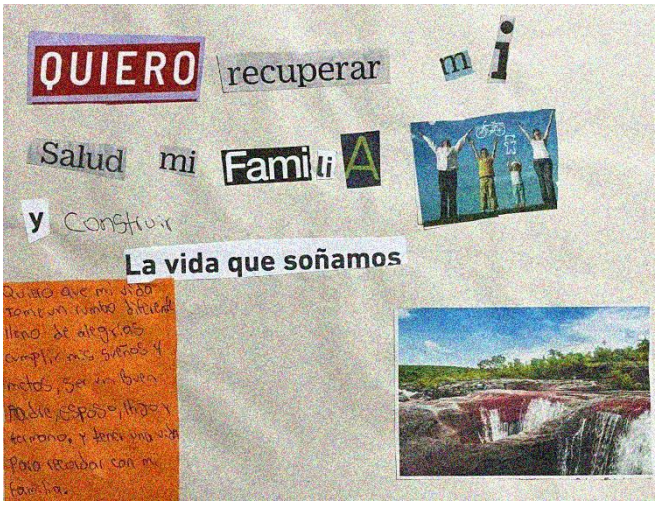
Creación de fanzine, miércoles 02 de julio 2025

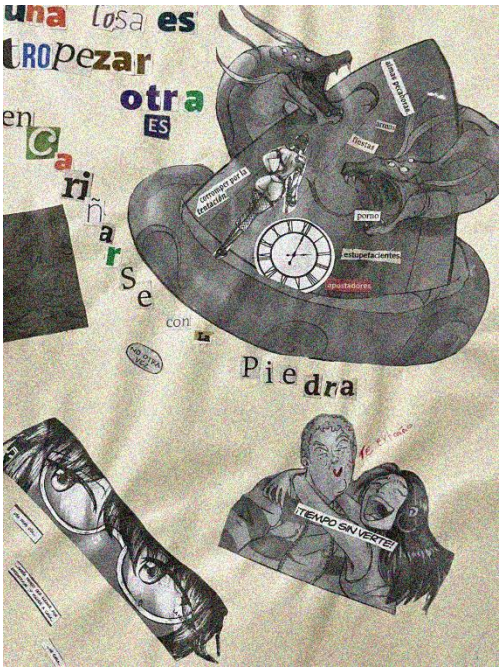


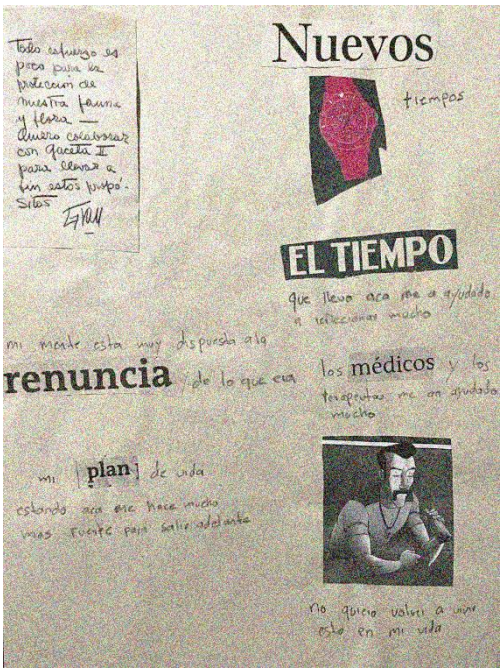



Perdón y reconciliación:
Es
indispensable
Espíritu
firme

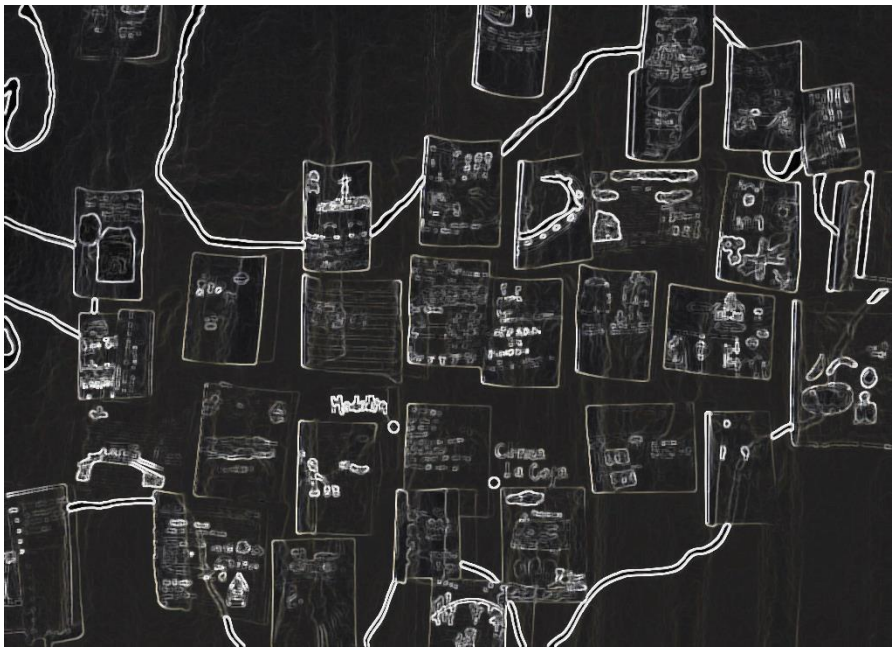

El suicidio
"Si miras fijamente al abismo, el abismo te devuelve la mirada."
NO RECUERDO MUCHO. SOLO LA SENSACIÓN.
PERO EN MI MENTE,
CUANDO CIERRO LOS OJOS,
TE VEO A TI.
ANGUSTIA
'He tenido que despojarme de cualquier vanidad'

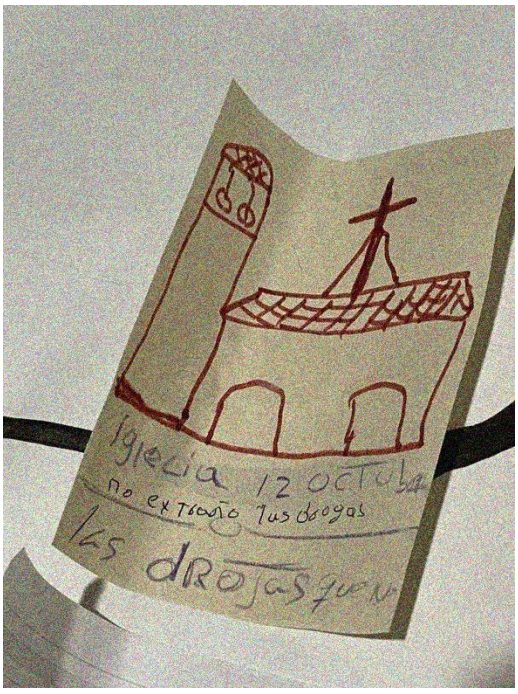

QUIERO recuperar mi
Salud mi Familia
y Construir
La vida que soñamos

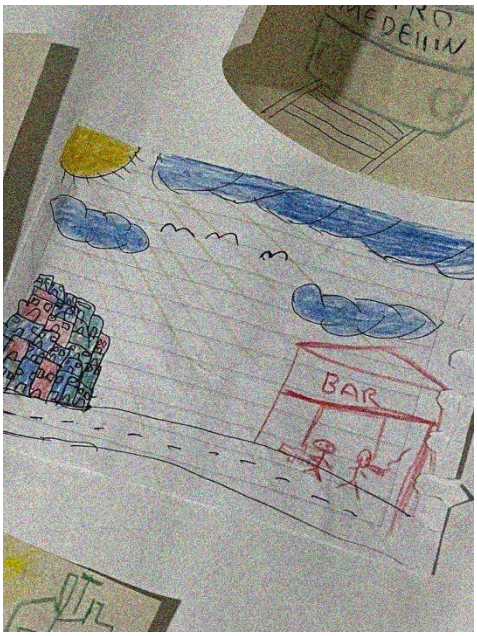

una losa es
tropezar
otra
es
en
cariñarse
con
la
Piedra
TIEMPO SIN VERTE!

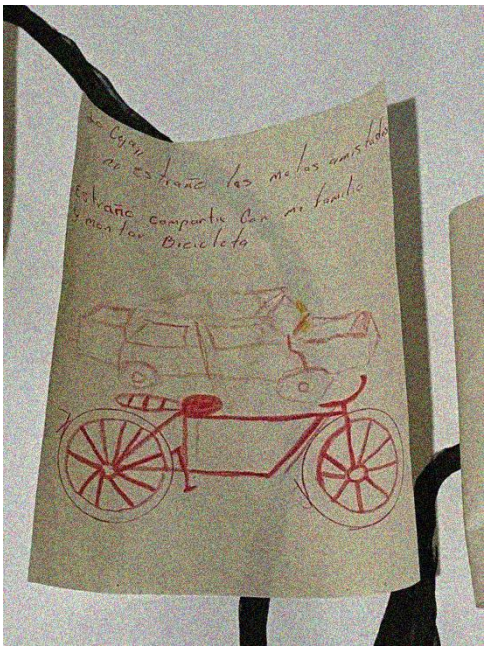

Nuevos
tiempos
EL TIEMPO
renuncia
los médicos
plan

Cartografía social, miércoles 09 de julio 2025









Modelado manual con arcilla, miércoles 16 de julio 2025

F*otografías tomadas por María Camila Patiño García, en el marco de estas prácticas profesionales*



