



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Más allá del consumo: tejiendo redes y sentidos en procesos de deshabituación, intervención
psicosocial en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja**

Valentina Serna González

Informe de práctica presentado para optar al título de Trabajador Social

Asesora

Yunia Maria Manco Lopez, Magíster (MSc) en Terapia familiar y de pareja

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Trabajo Social

Medellín, Antioquia, Colombia

2026



Cita

(Serna González, 2026)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

Serna Gonzalez (2026). *Más allá del consumo: tejiendo redes y sentidos en procesos de deshabitación, intervención psicosocial 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

Le dedico este trabajo a mi familia, por estar siempre.

Por el apoyo incondicional, por la confianza y por sostenerme en cada paso de este proceso. Este logro también es de ellos. En especial, a mi mamá, quien madrugó incansablemente conmigo, quien me acompañó cada día y me despidió con amor para viajar hacia La Ceja. Gracias por su presencia constante, por su fuerza silenciosa y por caminar a mi lado incluso en los días más difíciles. Sin ella, este proceso no habría sido igual.

A mis pacientes, porque sin ellos nada de esto habría sido posible. Gracias por la confianza, por abrir su historia, por permitirme aprender desde la humanidad, su valentía y su deseo de cambio. Me llevo aprendizajes profundamente significativos que trascienden lo académico y se quedan en mi corazón.

A mis amigas, por acompañarme y sostenerme en los días en los que me sentía cargada, cansada o insegura. Gracias por escucharme, por recordarme quién soy y por no soltarme.

Finalmente, a Manu Zapata, mi compañera de universidad y de proceso, gracias infinitas por caminar conmigo en esta etapa, por motivarme cuando lo necesité y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Su compañía hizo este camino más ligero y bonito.

Agradecimientos

A la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, donde cada pasillo y cada encuentro se convirtieron en una enseñanza. Gracias por abrirme sus puertas y regalarme la oportunidad de aprender que la salud mental no es solo ciencia, sino también humanidad, escucha y esperanza.

A mis acompañantes institucionales, Stefany y Deisy, quienes con paciencia y profesionalismo caminaron junto a mí. Sus palabras fueron guía, enseñanza y aprendizajes.

Al equipo terapéutico, un equipo interdisciplinario que me mostró la fuerza del trabajo compartido. En cada intervención, en cada reflexión, aprendí que la verdadera grandeza de la profesión está en la calidad humana que se entrega.

A los pacientes y sus familias, que me permitieron conocerles y acompañarles, con ellos descubrí que la resiliencia es la más pura forma de esperanza.

A mi profesora y asesora, Yunia, por su presencia constante y su voz siempre dispuesta a enseñar. Gracias por acompañar con cariño, por resolver dudas con paciencia y por recordarme que el conocimiento florece cuando se comparte con amor.

A mí misma, por cada miedo transformado en fuerza. Por atreverme a vivir este proceso convencida de que las herramientas que llevaba en el corazón y en la mente eran suficientes para brindar lo mejor de mí a quienes confiaron en mi acompañamiento.

Y finalmente, a mi amada alma mater, la Universidad de Antioquia, por enseñarme a soñar y a creer que la profesión es más que un título: es un compromiso con la vida, con la sensibilidad y con la construcción de un mundo más justo y humano.

Tabla de contenido

Resumen.....	11
Abstract.....	12
Introducción	13
1. Contextualización	14
1.1. Ámbito internacional	14
1.2. Ámbito nacional.....	16
1.3. Ámbito local	18
1.3.1. Departamento de Antioquia	18
1.3.2. Municipio	20
1.4. Campo de prácticas	22
1.4.1 Historia de la institución	22
1.4.2. Misión	24
1.4.3. Visión.....	24
1.4.4. Valores corporativos	24
1.4.5. Organigrama Institucional.....	25
1.4.6. Política social Institucional	26
1.4.7. Programas que desarrolla	27
1.4.8. Trabajo Social en la institución	28
2. Diagnóstico	30
2.1. Justificación.....	30
2.2. Objetivos	31
2.2.1. Objetivo general	31
2.2.2. Objetivos específicos	31
2.3. Población.....	31

2.4. Referente teórico conceptual	32
2.5 Diseño metodológico	34
2.6. Hallazgos	37
2.6.1. Dimensión personal	37
2.6.2. Dimensión social	39
2.6.3 Dimensión Institucional	40
2.6.4 Dimensión proyectiva o de vida	41
2.7. Pronostico de la situación.....	42
2.8 Recursos y medios de acción existentes y potenciales	43
2.9. Determinación de prioridades.....	45
3. objeto de intervención.....	47
3.1. Descripción del objeto de intervención desde los fundamentos del Trabajo Social.....	48
3.2. Reflexión crítica del objeto de intervención.....	50
3.3. Intencionalidades y principios éticos del objeto de intervención	52
4. Proyecto de intervención.....	54
4.1. Fundamentación teórico conceptual	55
4.1.1. Referente teórico.....	55
4.1.2. Categorías conceptuales	55
4.2. Objetivos	58
4.2.1. Objetivo general	58
4.2.2. Objetivos específicos	58
4.3. Metodología.....	58
4.3.1. Enfoque metodológico	58
4.3.2. Técnicas a implementar	59
4.3.2.1. Reflexiono, me reconozco y resignifico mi experiencia	59

4.3.2.2. Desarrollo habilidades para cuidarme y tomar decisiones conscientes.....	60
4.3.2.3. Reconozco mis redes y fortalezco mi proyecto de vida	60
4.4. Sistema de seguimiento y evaluación	61
4.4.1. Seguimiento.....	61
4.4.2. Evaluación.....	61
4.4.3. Indicadores	62
5. Resultados	64
5.1. Resultados generales de la práctica	64
5.2. Resultados cuantitativos.....	65
5.3. Resultados cualitativos.....	66
6. aprendizajes adquiridos en la práctica	75
7. Propuestas para cualificar el campo de intervención profesional	76
8. Contribuciones de la práctica a la formación profesional.....	77
9. Aportes de la estudiante	78
9.1. Proceso de intervención desarrollado	78
9.2 Dinámica institucional	78
9.3. Comprensión del problema objeto de intervención	79
9.4. Contexto en el que se dio la intervención	79
10. conclusiones	80
Referencias.....	81
Anexos	86

Lista de tablas

Tabla 1 Indicadores 62

Tabla 2 Resultados de los indicadores 65

Lista de figuras

Figura 1 Organigrama Institucional 26

Siglas, acrónimos y abreviaturas

CDO	Clínica de Oriente
CIS	Centro Integral de Salud
CSJD	Clínica San Juan de Dios de La Ceja
ESE	Empresa Social del Estado
mhGAP	Mental Health Global Action Programme
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PRI	Programa de Rehabilitación Integral
SPA	Sustancias Psicoactivas
UdeA	Universidad de Antioquia

Resumen

El presente informe expone el proceso de práctica profesional en Trabajo Social desarrollado en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, específicamente en el Programa de Deshabitación San Juan Grande. El objetivo fue fortalecer los procesos de deshabitación mediante una intervención psicosocial orientada a la resignificación de experiencias, el fortalecimiento de redes de apoyo, la promoción de la salud mental y la construcción de proyecto de vida.

Metodológicamente, se partió de un diagnóstico cualitativo con enfoque participativo, apoyado en técnicas como observación participante, talleres reflexivos, revisión documental y árbol de problemas. A partir de los hallazgos en las dimensiones personal, social, institucional y proyectiva, se diseñó e implementó un plan de intervención estructurado en talleres grupales orientados al autoconocimiento, la regulación emocional, el fortalecimiento de habilidades para la vida y la consolidación de redes de apoyo.

Los resultados evidencian avances en la resignificación de la culpa, el fortalecimiento de la autoestima, la mejora en la gestión emocional y una mayor conciencia sobre la importancia de las redes de apoyo para la sostenibilidad del proceso. Asimismo, se identificó una progresiva apertura hacia la construcción de proyectos de vida con mayor sentido y proyección futura. La experiencia reafirma el papel del Trabajo Social en escenarios clínicos como agente articulador de procesos reflexivos, relacionales y comunitarios que favorecen la reconstrucción de trayectorias de vida más allá del consumo.

Palabras clave: Salud mental, proceso de deshabitación, proyecto de vida, redes de apoyo, trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Abstract

This report presents the professional field practice experience in Social Work conducted at Clínica San Juan de Dios in La Ceja, specifically within the San Juan Grande Dehabilitation Program. The main objective was to strengthen dehabilitation processes through a psychosocial intervention aimed at resignifying personal experiences, strengthening support networks, promoting mental health, and fostering the construction of a meaningful life project.

Methodologically, the intervention was based on a qualitative and participatory diagnostic approach, supported by techniques such as participant observation, reflective workshops, document review, and problem-tree analysis. Based on the findings across personal, social, institutional, and future-oriented dimensions, an intervention plan was designed and implemented through group workshops focused on self-awareness, emotional regulation, life skills development, and the strengthening of support networks.

The results indicate progress in the resignification of guilt, the strengthening of self-esteem, improvements in emotional regulation, and increased awareness of the importance of support networks for sustaining the dehabilitation process. Furthermore, a gradual openness toward constructing life projects with greater meaning and future orientation was observed. This experience reaffirms the role of psychosocial intervention in clinical settings as a key component in fostering reflective, relational, and community-based processes that support the reconstruction of life trajectories beyond substance use.

Keywords: Mental health, dehabilitation process, life Project, support networks, substance use disorder.

Introducción

La práctica profesional en Trabajo Social desarrollada en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja se enmarca en el propósito de fortalecer la formación académica mediante la experiencia directa en escenarios de intervención psicosocial. En este contexto, el acompañamiento a procesos de deshabituación del consumo de sustancias psicoactivas permitió comprender la complejidad de las dinámicas individuales, familiares e institucionales que atraviesan las personas en situación de consumo problemático.

El ejercicio se fundamentó en la necesidad de articular teoría y práctica, reconociendo la salud mental como un componente esencial del bienestar integral y como un campo prioritario de atención en el ámbito internacional, nacional y local. La clínica, con su trayectoria y enfoque interdisciplinario, ofreció un espacio para observar y participar en procesos de rehabilitación que trascienden lo clínico, integrando dimensiones sociales, comunitarias y humanas.

Este informe presenta la contextualización del campo de práctica, el diagnóstico realizado, el objeto de intervención definido y el proyecto diseñado, así como los resultados y aprendizajes obtenidos. De esta manera, se busca aportar a la reflexión sobre el papel del Trabajo Social en escenarios clínicos, destacando su capacidad para tejer redes, resignificar experiencias y acompañar la construcción de proyectos de vida en procesos de deshabituación.

1. Contextualización

En el marco de este proceso formativo, la práctica profesional se desarrolló en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, institución ubicada en el municipio de La Ceja, Antioquia, reconocida en el Oriente antioqueño por su trayectoria en la prestación de servicios en salud mental y medicina general. Esta institución, perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se caracteriza por su enfoque interdisciplinario y humanizado, orientado a la garantía del derecho a la salud y a la atención integral de personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y otras problemáticas psicosociales.

La salud mental, como componente esencial del bienestar integral, se ha consolidado en los últimos años como una de las principales preocupaciones en materia de salud pública, tanto a nivel global como nacional y territorial. En el departamento de Antioquia y particularmente en el municipio de La Ceja, se evidencian desafíos significativos relacionados con el incremento de trastornos afectivos, conductas suicidas y consumo problemático de sustancias, lo que exige el fortalecimiento de respuestas institucionales integrales y oportunas.

Con el propósito de situar el campo de práctica de manera amplia y fundamentada, resulta pertinente abordar el contexto de la salud mental desde una perspectiva internacional, para posteriormente analizar su desarrollo en el ámbito nacional, y local. Finalmente, se presenta la caracterización institucional de la Clínica San Juan de Dios, con el fin de comprender el escenario organizacional, social y normativo en el cual se desarrolló la práctica profesional.

1.1. Ámbito internacional

En el contexto internacional, los servicios de salud especialmente aquellos dirigidos a la atención de la salud mental y el bienestar integral) se encuentran alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales constituyen una guía fundamental para la práctica profesional en instituciones sanitarias. De manera particular, 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 (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015). Este objetivo plantea metas que incluyen el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento de las adicciones, el consumo nocivo de alcohol y sustancias psicoactivas, así como la promoción de servicios

accesibles y oportunos para todas las personas, elementos que resultan directamente relacionados con el campo de práctica de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja.

De igual forma, otros ODS como Hambre Cero (ODS 2) e Igualdad de Género (ODS 5) son considerados en la planificación de intervenciones de salud, dado que abordan determinantes sociales que inciden en la calidad de vida y en el acceso a los servicios sanitarios (ONU, 2015). Estas metas, en conjunto, permiten diseñar prácticas que garanticen la atención integral de los pacientes y fomenten la equidad en la prestación de servicios.

En este escenario internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desempeñan un rol clave en la formulación de lineamientos y políticas. Desde 2023, la OPS implementa una política regional para el fortalecimiento de la salud mental en las Américas, la cual plantea cinco líneas estratégicas que buscan superar las limitaciones estructurales que enfrenta este sistema, fomentando el desarrollo social, económico y sanitario tras el impacto de la pandemia de COVID-19 (OPS, 2023). Esta política impulsa, además, la reducción de estigmas y la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, aspectos que son prioritarios para las instituciones de salud que trabajan en rehabilitación y tratamiento psicosocial, como la Clínica San Juan de Dios.

Sin embargo, a pesar de estas directrices, la salud mental enfrenta actualmente una crisis mundial. La depresión figura entre los principales trastornos que afectan a la población, mientras que la ansiedad es uno de los más frecuentes en adolescentes y jóvenes, con estimaciones que señalan que “1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con un trastorno mental” (OPS, 2023, p. 15). Asimismo, la Cruz Roja Internacional señala que cerca del 50 % de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años, lo que evidencia la necesidad de intervenir tempranamente desde la infancia y la adolescencia (Cruz Roja Internacional, 2024).

La brecha en el acceso a tratamiento continúa siendo elevada: “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” (OPS, 2023, p. 18). Estas cifras revelan que los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan el 10 % de la carga mundial de morbilidad, consolidándose como una de las principales problemáticas de salud pública internacional.

Factores como las secuelas de la pandemia por COVID-19, la escasez de profesionales especializados, la persistente estigmatización y las condiciones laborales desfavorables continúan afectando el bienestar mental de la población global. En este marco, las instituciones de salud, como la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, se ven llamadas a fortalecer servicios integrales que contemplen la prevención, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, contribuyendo así al cumplimiento de los compromisos internacionales en salud y bienestar.

1.2. Ámbito nacional

En Colombia, la atención en salud mental y los servicios clínicos psicosociales se rigen por un marco normativo que busca garantizar este derecho como parte integral de la salud pública. La Ley 599 de 2000, Código Penal Colombiano, establece medidas punitivas relacionadas con conductas que afectan la integridad física y psicológica de las personas, incluidas aquellas asociadas al consumo y tráfico de sustancias psicoactivas (Colombia. Congreso de la República, 2000). Posteriormente, la Ley 1566 de 2012 fortaleció la atención integral a personas con consumo de sustancias psicoactivas, asegurando su tratamiento dentro del sistema de salud y reconociendo esta condición como un problema de salud pública que requiere prevención, asistencia y rehabilitación (Colombia. Congreso de la República, 2012). A estas disposiciones se suma la Ley 1616 de 2013, que declaró la salud mental como un derecho fundamental, promoviendo acciones integrales e intersectoriales para su garantía a lo largo del ciclo vital (Congreso de la República de Colombia, 2013).

La normativa fue complementada con la Política Pública Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), la cual busca fortalecer la promoción, prevención y atención integral de la salud mental en el país. Esta política incorpora enfoques de derechos, género, curso de vida y territorialidad, e incluye estrategias para la prevención del suicidio, la reducción del consumo problemático de sustancias y la atención integral de personas con trastornos mentales (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Asimismo, el Documento CONPES 3992 de 2020 estableció lineamientos estratégicos para mejorar la respuesta institucional, ampliar la cobertura y fortalecer el talento humano, en concordancia con los desafíos emergentes del sistema (Departamento Nacional de Planeación, 2020).

El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 reafirma la salud mental como prioridad transversal en el sistema de salud colombiano, articulando acciones de promoción, prevención y rehabilitación, con especial énfasis en la atención comunitaria y la reducción de barreras de acceso (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). En el mismo sentido, la Ley 2460 de 2025 creó una subcuenta presupuestal exclusiva para salud mental, estableció el mes nacional de la salud mental y amplió las oportunidades de formación de profesionales especializados, además de impulsar campañas contra el estigma y garantizar la disponibilidad de medicamentos psiquiátricos (Colombia. Congreso de la República, 2025).

Ahora bien, en lo que respecta a la situación actual de la salud mental en Colombia, diversos estudios recientes revelan que esta se ha convertido en una de las problemáticas más críticas que enfrenta el sistema de salud público. Según datos del Ministerio de Salud, al menos el 66,3 % de la población colombiana ha atravesado alguna problemática de salud mental a lo largo de su vida, lo que refleja que más de la mitad de los habitantes ha experimentado ansiedad, depresión, estrés u otros trastornos psicológicos. A pesar del marco legal existente, persiste una brecha considerable entre la normativa y la realidad de la atención, pues las capacidades del sistema resultan insuficientes para responder a la demanda creciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Entre los principales factores que agravan esta situación se encuentran la desigualdad económica, el desempleo, la violencia intrafamiliar, la inestabilidad política y social, la inseguridad y las barreras económicas y culturales que limitan el acceso a servicios especializados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Asimismo, ciertos grupos poblacionales enfrentan mayores niveles de vulnerabilidad, como las mujeres, quienes debido a inequidades de género, violencias basadas en género y sobrecarga de trabajo no remunerado presentan mayores tasas de ansiedad, depresión y trastornos afectivos; y las personas en situación de calle, víctimas del conflicto armado y comunidades en contextos de exclusión social, que demandan servicios de atención integral y diferenciada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Otro desafío relevante es la escasez de talento humano especializado, en particular de psiquiatras y profesionales en salud mental, lo que limita la capacidad de respuesta del sistema frente al incremento de solicitudes en los últimos años. Por ejemplo, en Bogotá, la Veeduría Distrital reportó un aumento considerable en las atenciones de salud mental, evidenciando la

creciente preocupación por el bienestar psicológico de la población y la falta de cobertura suficiente para dar respuesta a esta demanda (Infobae, 2025).

En síntesis, Colombia atraviesa actualmente una crisis de salud mental que requiere estrategias inmediatas y sostenibles para fortalecer la prevención, ampliar la cobertura y garantizar una atención integral. La existencia de leyes y políticas públicas constituye una base normativa sólida, pero su implementación efectiva demanda mayor inversión, fortalecimiento institucional y articulación intersectorial.

1.3. Ámbito local

Por otro lado, en lo que respecta al ámbito local, resulta fundamental ubicar los objetivos que se establecen en los planes de desarrollo del departamento de Antioquia y del municipio de La Ceja sobre salud mental, además de las políticas públicas que se han generado en estos territorios sobre este tema. También se le da lugar al contexto general del departamento y del municipio en el área de salud mental, ubicando las principales problemáticas en torno a este tema.

1.3.1. Departamento de Antioquia

El departamento de Antioquia, con más de 6,5 millones de habitantes, es una de las regiones más dinámicas de Colombia en términos económicos y sociales; sin embargo, presenta desafíos significativos en materia de salud mental. En el Plan de Desarrollo Departamental 2024–2027, la Gobernación establece una serie de estrategias alineadas con la línea estratégica “Cohesión desde lo social”, orientadas a la creación de entornos protectores y la consolidación de un sistema integral de salud mental. Esta línea incluye dos objetivos de gran relevancia: la gestión de la salud pública y la protección social en el territorio, así como el desarrollo de ambientes saludables y protectores (Gobernación de Antioquia, 2024).

A través de la adopción de directrices internacionales como el *Mental Health Global Action Programme* (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud, el departamento busca fortalecer las capacidades institucionales para brindar atención temprana, integral y oportuna a personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Entre las acciones planteadas se encuentran la promoción de estilos de vida saludables, la prevención del consumo de sustancias

psicoactivas (SPA), la rehabilitación basada en comunidad y la reducción del estigma social (Gobernación de Antioquia, 2024, p. 97).

Dentro de este marco estratégico, se destacan iniciativas como:

- Programas de prevención de conductas adictivas enfocados en población infantil y juvenil, mediante herramientas pedagógicas como cuentos y talleres participativos.
- Centros de escucha y redes comunitarias, diseñados para brindar orientación, contención emocional y derivación oportuna a servicios especializados.
- Líneas telefónicas de asistencia psicológica, que permiten la atención inmediata en crisis emocionales.
- Fortalecimiento de la inclusión social y reducción de estigmas hacia personas con trastornos mentales, mediante campañas educativas y programas de integración laboral.

Como marco normativo relevante, se encuentra el Proyecto de Ordenanza Departamental de Salud Mental y Prevención de Adicciones (2022–2040), sustentado en la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental), cuyo propósito es promover la salud mental como un componente esencial del bienestar integral y garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud (Asamblea Departamental de Antioquia, 2022).

En cuanto a infraestructura especializada, Antioquia dispone de instituciones clave como el Hospital Mental de Antioquia María Upegui (Medellín), el Hospital Carisma (Medellín), la Clínica Servid Salud Integral (El Carmen de Viboral), la CDO – Clínica del Oriente (La Ceja) y la Clínica San Juan de Dios (La Ceja), que en conjunto conforman la red de atención en salud mental de la región.

A pesar de estas iniciativas, la situación continúa siendo crítica. Según datos reportados por *El Colombiano* (2023), en Antioquia se registra un intento de suicidio cada dos horas, lo que evidencia una profunda crisis que afecta principalmente a jóvenes y adolescentes. Este fenómeno se ve agravado por factores como la violencia intrafamiliar, la desigualdad socioeconómica, el consumo problemático de sustancias psicoactivas y la falta de acceso oportuno a servicios especializados, especialmente en zonas rurales.

Informes de la Estrategia de Corresponsabilidad Departamental (2023) señalan un incremento sostenido en el consumo de SPA, asociado a un aumento paralelo en los casos de

ansiedad, depresión, trastornos bipolares y conductas suicidas. En respuesta, la Gobernación ha implementado programas como Salud para el Alma, que en 2023 reportó más de 23.000 llamadas de apoyo, 10.000 teleorientaciones en psicología y más de 8.000 intervenciones en crisis suicida (Gobernación de Antioquia, 2023).

Sin embargo, la brecha de atención sigue siendo amplia. Existe un déficit de psiquiatras y psicólogos clínicos en la red pública, dificultades en la articulación interinstitucional y una necesidad urgente de fortalecer la prevención primaria y la promoción de la salud mental en comunidades educativas, laborales y rurales. Esta realidad exige un enfoque integral, con mayor inversión departamental, formación de talento humano especializado y campañas sostenidas de sensibilización social.

1.3.2. Municipio

La Ceja del Tambo es un municipio ubicado en el Oriente Antioqueño, a 41 km de la ciudad de Medellín, y forma parte del Valle de San Nicolás, junto con otros municipios estratégicos como El Carmen de Viboral, El Retiro, El Santuario, Guarne, La Unión, Rionegro y San Vicente Ferrer. De acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2024), el municipio cuenta con una población cercana a 70.000 habitantes, de los cuales aproximadamente el 80 % reside en zona urbana, mientras que el 20 % se distribuye en áreas rurales.

En términos de estructura etaria, el 24 % de la población corresponde a jóvenes de entre 15 y 29 años, lo que representa un segmento altamente expuesto a problemáticas de salud mental, consumo de sustancias y riesgos psicosociales (DANE, 2024). La tasa de crecimiento demográfico se ha incrementado en la última década debido a la migración desde otros municipios y al auge de la construcción y la floricultura, actividades que constituyen la base económica de la región junto con el comercio y los servicios.

Desde el punto de vista socioeconómico, La Ceja presenta un Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del 11,2 %, lo que indica que, si bien ha habido avances en materia de desarrollo social, persisten brechas significativas en el acceso a servicios especializados de salud y en la cobertura de programas de prevención en salud mental (Gobernación de Antioquia, 2023). La cercanía al área metropolitana de Medellín ha favorecido el crecimiento de su infraestructura vial

y su conectividad, pero también ha generado presiones sociales derivadas del aumento poblacional y la demanda de servicios.

El panorama de salud mental en La Ceja refleja las tendencias departamentales y nacionales: alta prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad, incremento en los casos de consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) y una creciente demanda de atención psiquiátrica y psicológica, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes.

Según datos reportados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2023), la tasa de intentos de suicidio en el Oriente Antioqueño es de 34,5 por cada 100.000 habitantes, siendo La Ceja uno de los municipios con mayor reporte en población adolescente. Además, se evidencia un aumento del 18 % en las consultas por consumo de SPA entre 2022 y 2023, asociado principalmente a marihuana, cocaína y sustancias sintéticas.

Para mitigar esta situación, la administración municipal ha implementado estrategias clave:

- Línea Integral del Cuidado en Salud Mental (2024): disponible 24/7, brinda acompañamiento profesional y orientación en crisis relacionadas con violencia intrafamiliar, consumo de SPA, conflictos familiares y estrés socioeconómico (Alcaldía de La Ceja, 2024).
- Centros de Escucha (2021): espacios comunitarios que ofrecen orientación psicosocial y derivación a servicios especializados, especialmente en sectores rurales y comunidades escolares.
- Jornadas académicas y de sensibilización: organizadas en colaboración con la Clínica San Juan de Dios, para promover la educación emocional y disminuir el estigma hacia la salud mental.
- Programas escolares de prevención de consumo de SPA: enfocados en la promoción de habilidades socioemocionales y estilos de vida saludables en población estudiantil.

La red de servicios en salud mental en La Ceja está conformada por:

- Clínica San Juan de Dios de La Ceja (única institución mixta con atención integral en salud mental y hospitalización),
- ESE Hospital La Ceja,
- CIS Comfama La Ceja – EPS Sura,
- Puesto de Salud del Corregimiento San José.

Pese a estos avances, el municipio enfrenta desafíos significativos: déficit de psiquiatras y psicólogos clínicos, tiempos de espera prolongados para citas especializadas, estigmatización hacia quienes buscan atención y escasa articulación interinstitucional para la prevención primaria. La Clínica San Juan de Dios, al ser el principal prestador especializado, desempeña un rol crucial en la respuesta a esta problemática, actuando como centro de referencia para La Ceja y municipios vecinos.

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 por el Hermano Pbro. Javier Gutiérrez, quien adquirió inicialmente la finca *La Serranía* en 1957 y posteriormente la finca *El Rodeo* en 1960, sentando así las bases para la infraestructura asistencial en el Valle de San Nicolás, en el Oriente Antioqueño (Clínica San Juan de Dios). En sus orígenes, la institución se conoció como Residencia San Juan de Dios, un centro especializado en la atención psiquiátrica infantil para niños con discapacidad física o psíquica profunda. Desde el inicio, la comunidad cejeña identificó este espacio como una residencia o centro de reposo para la atención de la niñez con necesidades especiales, lo cual marcó su vocación inicial (Clínica San Juan de Dios).

Esta institución pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, fundada en 1539 por San Juan de Dios y aprobada por la Iglesia en 1572 en Granada, España. Desde el siglo XVII, esta Orden emprendió su expansión hacia América, llegando a países como Perú, Colombia, Cuba y Venezuela. Actualmente, la Orden cuenta con 400 sedes en 50 países (Clínica San Juan de Dios). En Colombia, cuenta con cinco sedes: Hospital San Rafael de Pasto, Casa Hogar San Rafael de Fusagasugá, Clínica San Juan de Dios de Manizales, Clínica Nuestra Señora de la Paz en Bogotá y la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, siendo esta última la única institución mixta, mientras que las demás se enfocan en servicios de salud mental y acompañamiento al adulto mayor (Clínica San Juan de Dios).

En 1973, la Residencia adoptó oficialmente la denominación de (Clínica San Juan de Dios, integrando progresivamente un modelo de atención especializada en salud mental y medicina general, comprometido con la recuperación del paciente y su reintegración familiar (Clínica San

Juan de Dios). En 1994, se creó la Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael, con el objetivo de formar talento humano técnico en salud para el Oriente Antioqueño; esta fue autorizada por la Secretaría de Educación de Antioquia en 1995, año en el que graduó su primera cohorte de 29 auxiliares (Escuela San Rafael). En 1999, la institución amplió su cobertura urbana con la apertura de la IPS Santa María, destinada a servicios ambulatorios como medicina general y toma de muestras de laboratorio Clínica San Juan de Dios). En el año 2000, se fortaleció el enfoque terapéutico mediante la implementación del Programa de Rehabilitación Integral (PRI) (Clínica San Juan de Dios).

Durante la década de 2000, la Clínica experimentó una etapa de modernización y ampliación: remodelación del servicio de alimentación (2005), adquisición de un tomógrafo multicorte (2006), expansión del servicio de urgencias (2007), construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos “Fray Javier Gutiérrez” (2008–2009) y apertura del Pabellón Beatos Hospitalarios para hospitalización y servicios especializados (2010) (Clínica San Juan de Dios). En 2013 y 2014 se inauguró un nuevo edificio para urgencias, respondiendo al incremento sostenido de la demanda (Clínica San Juan de Dios). En 2019, se creó el Hospital Día Pabellón Beato Juan Bautista Velásquez, y en 2020 se consolidó el Archivo Histórico Beato Rubén López Aguilar, como repositorio de la memoria institucional (Clínica San Juan de Dios).

En 2023, al celebrar sus 60 años de trayectoria, la Clínica inauguró la Unidad de Hospitalización San Rafael, equipada con cuatro quirófanos y 26 camas, como parte de su apuesta por fortalecer la capacidad de atención y humanización del servicio (Clínica San Juan de Dios). Más recientemente, en abril de 2025, la institución amplió su alcance asistencial con la apertura de la Extensión de la Unidad San Juan Grande, especializada en el tratamiento integral de adicciones, articulando acompañamiento médico, psicológico y espiritual, con énfasis en la inclusión familiar y social (MiOriente, 2025).

Hoy, la Clínica San Juan de Dios de La Ceja se destaca como un referente en salud mental y medicina general en el Oriente antioqueño, con una tradición de servicio que articula hospitalización, atención ambulatoria, programas comunitarios y educación en salud. Su misión continúa enfocada en la humanización, la calidad asistencial y la formación de talento humano para dar respuesta a las demandas de la región.

1.4.2. Misión

La Clínica San Juan de Dios de La Ceja es una institución sanitaria sin ánimo de lucro que protege la dignidad humana y promueve la calidad de vida de las personas, especialmente aquellas con habilidades diferentes. Opera con eficiencia, eficacia, responsabilidad y respeto, generando propuestas innovadoras a través de la investigación científica, el desarrollo tecnológico, la formación del talento humano y el mejoramiento continuo (Clínica San Juan de Dios, s. f.).

1.4.3. Visión

La Clínica San Juan de Dios de La Ceja aspira a consolidarse como un modelo de excelencia en la gestión hospitalaria, extendiendo su impacto más allá de sus sedes tradicionales, como clínicas, hospitales, fundaciones y centros de acogida, y destacándose en calidad, eficiencia y humanización al estilo de San Juan De Dios. (CSJD)

1.4.4. Valores corporativos

La Clínica San Juan de Dios de La Ceja desarrolla su quehacer institucional fundamentándose en valores que trascienden la prestación de servicios médicos, orientando la atención integral hacia la dignidad, la calidad y la humanización. Estos valores son:

- La hospitalidad como valor central: Brindar una acogida cálida y respetuosa a cada persona, fomentando un ambiente cercano y humano, especialmente en procesos de salud mental y atención a poblaciones vulnerables.
- La calidad: Compromiso con la mejora continua de los servicios, incorporando estándares actualizados y buenas prácticas que garanticen la seguridad y la eficacia de la atención.
- El respeto: Reconocer la dignidad y los derechos de cada paciente, promoviendo relaciones basadas en la ética, la confianza y la protección de su autonomía.
- La responsabilidad: Responder con compromiso y transparencia en la gestión de los recursos y en el cumplimiento de las obligaciones asistenciales y legales.

- La espiritualidad: Integrar la dimensión espiritual como parte esencial del cuidado, inspirados en la tradición de San Juan de Dios, promoviendo bienestar emocional y esperanza en los procesos de recuperación (CSJD).

1.4.5. Organigrama Institucional

El organigrama institucional de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja permite comprender la estructura organizativa de la institución y las relaciones jerárquicas y funcionales entre sus diferentes áreas. En este se identifican los niveles directivos, administrativos y asistenciales, los cuales trabajan de manera articulada para garantizar la prestación integral de los servicios de salud.

En la parte superior se encuentra la Dirección General, instancia que lidera la gestión estratégica y operativa de la clínica, y que cuenta con el acompañamiento y orientación de la Junta Directiva y de las instancias propias de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, lo cual fortalece el enfoque institucional basado en principios humanistas y hospitalarios. A partir de esta dirección se despliegan las coordinaciones y jefaturas de las diferentes áreas, tanto administrativas (talento humano, financiera, calidad, entre otras) como asistenciales (servicios médicos, enfermería, salud mental, apoyo diagnóstico), evidenciando una estructura organizada que facilita la toma de decisiones, la supervisión de procesos y el cumplimiento de la misión institucional

acompañamiento espiritual y religioso mediante servicios como asistencia espiritual, sagrada comunión, confesión y unción de los enfermos, como expresión del amor y la misericordia a quienes transitan por procesos de enfermedad o vulnerabilidad (Clínica San Juan de Dios). A través de estas iniciativas, la institución evidencia una política social integral que articula la atención clínica con la inclusión, la cultura, la espiritualidad y la sostenibilidad.

1.4.7. Programas que desarrolla

La Clínica San Juan de Dios de La Ceja desarrolla una serie de programas orientados a la salud integral, la inclusión social y la transformación comunitaria, articulados a su modelo de atención y a su compromiso con la responsabilidad social institucional.

En el ámbito de salud, la institución implementa campañas de promoción y prevención, jornadas de atención especializada y otorga auxilios económicos a pacientes en situación de vulnerabilidad, facilitando su acceso a los servicios de salud.

En el componente social, se destacan programas que brindan auxilios de alimentación y atención directa a personas en condiciones socioeconómicas desfavorables, fortaleciendo redes de apoyo y articulación con la comunidad.

Dentro de los programas de transformación social, la clínica impulsa formaciones técnico-auxiliares y procesos de desarrollo de habilidades para pacientes en programas de rehabilitación integral, orientados a promover su autonomía, inserción laboral y reintegración social.

En la dimensión de rehabilitación psicosocial, se desarrollan actividades como musicoterapia, talleres artísticos, lúdicos y expresivos, así como acciones comunitarias para reducir estigmas y promover la salud mental.

La institución también lidera proyectos de infraestructura que buscan optimizar la prestación de servicios, generando espacios más adecuados para la atención hospitalaria y ambulatoria, especialmente en el campo de la salud mental (Clínica San Juan de Dios).

Adicional, también se llevan a cabo programas de voluntariados y donaciones, recibiendo aportes y apoyo por parte de personas de cualquier edad, que deseen hacer parte de actividades benéficas, con el fin de solventar las necesidades básicas de los pacientes y sus familias durante la estancia en la institución. (Clínica San Juan de Dios).

1.4.8. Trabajo Social en la institución

La Clínica actualmente cuenta con tres profesionales en el área de Trabajo Social. Una de ellas se desempeña en acompañar las diferentes necesidades e inquietudes que se le presentan a los pacientes y sus familias en el área de atención al usuario.

Por otra parte, hay otras dos trabajadoras sociales en el área asistencial, las cuales tienen a cargo diferentes responsabilidades, entre ellas, realizar acompañamiento a los programas que brinda la Clínica en el área de salud mental. Dentro de estos están el Programa de Rehabilitación Integral (PRI), en el cual se sitúan los pacientes inimputables, que son personas que actualmente se encuentran privadas de la libertad por haber cometido algún delito penal. Estas personas cuentan con diagnósticos de salud mental, por lo que no cumplen su sanción en una sede penitenciaria (cárcel), sino en la Clínica, como sede especializada para su atención.

La Trabajadora Social que asume este rol de acompañamiento, está en constante comunicación con los pacientes debido a solicitudes de permisos terapéuticos que ellos realizan ante los juzgados que llevan a cabo sus procesos, además de acompañamiento y seguimiento familiar y actúa frente a otras eventualidades relacionadas a su proceso de estancia en la institución.

El Programa de Deshabitación de Consumo, es otro de los programas que acompaña Trabajo Social en la institución. Este acompañamiento se realiza con dos grupos, uno de estos es el programa de internamiento por 90 días, el cual lo conforman 34 pacientes de diferentes edades, el otro es un programa ambulatorio, que brinda la posibilidad a pacientes que no presentan una problemática tan aguda, en el cual asisten los días martes, miércoles y jueves a la Clínica, donde realizan diferentes actividades en relación a su proceso.

Este acompañamiento se realiza tanto con los pacientes como con sus familias. Se tiene espacios individuales con algunos de ellos, se realizan talleres grupales sobre habilidades para la vida y se realizan talleres quincenales y seguimiento familiares con sus redes de apoyo.

Adicional, Trabajo Social atiende solicitudes de interconsultas que se hacen desde diferentes áreas de la clínica, ya sea en Urgencias, Hospitalización o UCI, debido a problemáticas sociales, económicas, de redes de apoyo, entre otras.

1.4.9 Rol de la practicante en la institución

El rol de la practicante en la institución está en acompañar todos los procesos correspondientes al área de la Salud Mental y de interconsultas. Estas labores específicas son:

- Liderar los talleres con los pacientes del programa de deshabituación de consumo. Dentro de este programa hay dos grupos, San Juan grande que es interno, con alrededor de 34 pacientes y Hospital día que es ambulatorio, con cupo máximo de 20 personas.
- Apoyar ingresos de los pacientes a los programas de deshabituación de consumo.
- Apoyar el fortalecimiento de la red familiar de los pacientes (tanto de los pacientes internos como de los que hacen parte del programa ambulatorio)
- Apoyar seguimiento familiar semanal de los diferentes programas como el PRI y el programa de deshabituación.
- Realizar digitalización de expedientes de pacientes inimputables.
- Acompañar las solicitudes de interconsultas.
- Apoyar el agendamiento de visitas de familiares a los pacientes.

2. Diagnóstico

2.1. Justificación

La elaboración de un diagnóstico en el marco de la práctica académica en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, específicamente en el programa de deshabituación San Juan Grande, se fundamenta en la necesidad de identificar de manera rigurosa las problemáticas, necesidades y potencialidades que presenta la población atendida. Este ejercicio resulta indispensable para reconocer los factores sociales, familiares, económicos y comunitarios que inciden en el consumo problemático de sustancias y en los procesos de rehabilitación de los pacientes.

La realización del diagnóstico permite construir una mirada integral sobre la situación actual, visibilizando tanto las limitaciones como las capacidades presentes en la población y en el entorno institucional. De esta forma, se facilita la comprensión de la situación problema específica y se genera un insumo que orienta la formulación de estrategias de intervención pertinentes, viables y acordes con la realidad social de los usuarios.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, este proceso es de gran relevancia, pues posibilita articular el análisis crítico del contexto con el acompañamiento directo a los pacientes y sus familias, fortaleciendo así la toma de decisiones institucionales en torno al diseño, implementación y seguimiento de programas psicosociales. Asimismo, el diagnóstico constituye una herramienta de apoyo para la identificación de prioridades de intervención y la definición de líneas de acción que aporten a la reintegración social y familiar de las personas en proceso de deshabituación.

Finalmente, la elaboración de este diagnóstico adquiere relevancia al constituirse como un requisito metodológico dentro de la formación en Trabajo Social y como una herramienta fundamental para la intervención profesional. Además, se articula con las políticas públicas de salud mental y consumo de sustancias, generando insumos que favorecen la garantía de derechos y el fortalecimiento del bienestar integral de la población atendida.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Identificar las necesidades, capacidades y dinámicas de los pacientes que participan en el programa de deshabituación San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, con el fin de priorizar la situación problema que oriente la formulación del proyecto de intervención.

2.2.2. Objetivos específicos

- Reconocer, mediante técnicas participativas y observación directa, las percepciones, experiencias, necesidades y capacidades de los pacientes durante su proceso de internamiento.
- Analizar las dinámicas de convivencia, las redes de apoyo y los factores institucionales que inciden en el desarrollo del programa y en el proceso de rehabilitación de los pacientes.

2.3. Población

La población que hizo parte del proceso diagnóstico estuvo integrada por treinta y cuatro (34) hombres cuyas edades oscilan entre los 18 y 72 años. En su mayoría provienen de municipios del Oriente antioqueño y del Valle de Aburrá. Todos hacían parte del programa residencial de tratamiento para la deshabituación del consumo que se desarrolla en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, específicamente en el pabellón San Juan Grande.

Esta población presenta diagnósticos vinculados principalmente a trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, así como problemáticas comportamentales asociadas a ludopatía. Adicionalmente, en varios de los pacientes se evidencia la presencia de trastornos mentales, tales como depresión, ansiedad, esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar, entre otros, lo que configura escenarios que requieren abordajes integrales.

2.4. Referente teórico conceptual

El diagnóstico social en el marco del programa San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios constituye un proceso fundamental para conocer las realidades de los pacientes en internamiento terapéutico, identificar sus necesidades y capacidades, y con ello orientar estrategias de intervención que fortalezcan el proceso de deshabituación. En este sentido, el diagnóstico se comprende no solo como un levantamiento de información, sino como una construcción colectiva que debe sustentarse en un referente teórico que permita dar sentido a lo observado y, a la vez, guiar la posterior implementación de acciones.

En este caso, el socioconstructivismo se adopta como referente teórico, en tanto reconoce que el aprendizaje, el desarrollo y los procesos de cambio ocurren a través de la interacción social y el lenguaje. Vygotsky (1979) sostiene que “toda función en el desarrollo cultural del niño aparece dos veces: primero, en el plano social, y después, en el plano psicológico” (p. 94). Aunque su planteamiento se refiere originalmente al desarrollo infantil, sus postulados se han extrapolado al aprendizaje a lo largo de la vida, mostrando que todo proceso de transformación se inicia en la interacción social y luego se interioriza. En este sentido, el proceso de deshabituación puede entenderse como una experiencia de nuevos aprendizajes mediada por la interacción con pares, profesionales y redes de apoyo.

Coll (1996) refuerza esta idea al señalar que el conocimiento no se transmite de manera pasiva, sino que se construye activamente en un contexto cultural y social determinado (p. 23). De esta forma, la clínica se convierte en un escenario pedagógico donde las experiencias compartidas en talleres, terapias y actividades colectivas permiten a los pacientes reconstruir su proyecto de vida y fortalecer su salud mental. Bruner (1997) también destaca el papel del lenguaje como mediador del aprendizaje, ya que posibilita organizar la experiencia y dotarla de sentido (p. 41). En el contexto clínico, las narrativas que los pacientes elaboran sobre sí mismos y sus vivencias de consumo se transforman en herramientas para su rehabilitación y reinserción social.

En consecuencia, el socioconstructivismo ofrece un marco que orienta este diagnóstico hacia la comprensión de los pacientes como sujetos activos en su proceso de cambio, resaltando la importancia de la interacción, la reflexión colectiva y la construcción social de nuevos significados como base para el diseño de estrategias de intervención.

El diagnóstico social del programa de deshabitación San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja se orienta a partir de cuatro categorías centrales: **pacientes, salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas y deshabitación**. Estas categorías permiten estructurar el análisis, identificar necesidades y capacidades, y comprender las dinámicas que atraviesan la población atendida en internamiento.

- **Pacientes:** Los pacientes del programa son entendidos como sujetos activos del proceso de internamiento terapéutico, con historias de vida diversas que han estado atravesadas por el consumo problemático de sustancias. Más allá de su condición clínica, se les reconoce como personas con capacidades, experiencias y potencialidades para transformar su realidad a través de la interacción social y el acompañamiento psicosocial (Durán, 2009, p. 9).
- **Salud mental:** La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad” (párr. 1). En el diagnóstico, la salud mental se entiende como un aspecto integral que trasciende la ausencia de enfermedad e incluye el fortalecimiento emocional, social y relacional de los pacientes en rehabilitación.
- **Consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA):** El Ministerio de Salud y Protección Social (2013) señala que el consumo problemático de SPA se caracteriza por su impacto negativo en la salud física y mental, en la vida familiar y en la capacidad de cumplir responsabilidades sociales y laborales (p. 14). Esta categoría es fundamental para comprender la problemática central del programa, ya que el consumo genera rupturas en la vida de los pacientes y constituye el punto de partida del proceso de deshabitación.
- **Deshabitación:** Se entiende como el proceso terapéutico y psicosocial mediante el cual la persona se desvincula progresivamente del consumo problemático, no solo logrando la abstinencia, sino también reconstruyendo su proyecto de vida y fortaleciendo su reintegración social. Ruiz y Sánchez (2018) sostienen que “la deshabitación implica un proceso integral en el que se trabaja la autonomía, la resignificación de la experiencia y la construcción de nuevos estilos de vida” (p. 77). En el contexto clínico, esta categoría orienta la comprensión de las actividades del programa como un camino hacia la autonomía y el fortalecimiento personal.

2.5 Diseño metodológico

El diseño metodológico del diagnóstico responde a un enfoque cualitativo, puesto que permite comprender la complejidad de las realidades sociales, institucionales y personales que atraviesan los pacientes en procesos de deshabituación. En este sentido, como lo plantea Galeano (2004), la investigación cualitativa es de carácter ideográfico, ya que utiliza datos textuales, detallados y descriptivos que buscan captar las nociones y significados compartidos que orientan el comportamiento social (p. 22).

De igual manera, se retoma el diagnóstico participativo como eje central del proceso, al posibilitar una aproximación a la realidad de los pacientes desde sus propias percepciones, experiencias y narrativas. Tal como afirman Ojeda y Zuñiga (2020), este enfoque permite

conocer mejor las problemáticas [...]; establecer un proceso reflexivo de conocimiento sobre la propia realidad, sus problemas y sus causas; relevar el punto de vista de las personas pertenecientes a la comunidad y motivarlas hacia la búsqueda de soluciones viables (p. 266).

Aplicado al contexto de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, este lugar teórico posibilita comprender a los pacientes del programa como sujetos activos en la construcción de conocimiento sobre su proceso de rehabilitación, generando un análisis integral que no se limita a lo clínico, sino que incorpora las dimensiones sociales, emocionales y relacionales presentes en el internamiento terapéutico.

En cuanto a la población el diagnóstico se realizará con los pacientes que actualmente participan en el programa de deshabituación San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja. Esta población se caracteriza por encontrarse en un proceso de internamiento terapéutico con una duración aproximada de tres meses, lo que permite un acercamiento constante a sus dinámicas cotidianas, percepciones y experiencias.

El grupo se compone de personas de diferentes edades, diversas, tanto en lo educativo como en lo laboral y familiar, lo que enriquece el análisis al ofrecer múltiples miradas sobre la vivencia del consumo problemático de sustancias psicoactivas y el proceso de deshabituación. En este sentido, los pacientes no son abordados únicamente desde la perspectiva clínica, sino también como

sujetos sociales cuyas necesidades y capacidades pueden identificarse a través de la observación y la participación activa en las actividades institucionales.

Para la construcción de la información en el marco del diagnóstico, se emplearán diversas técnicas cualitativas que permitan aproximarse a la realidad de los pacientes desde diferentes perspectivas. La elección de estas responde a la necesidad de comprender no sólo los aspectos clínicos, sino también las dinámicas sociales, las percepciones y las experiencias que los pacientes construyen en su proceso de deshabituación. En este sentido, se integran métodos de carácter documental, experiencial y participativo, con el fin de obtener información amplia y enriquecida que contribuya a identificar necesidades, capacidades y problemáticas presentes en el internamiento terapéutico.

La **revisión documental** se empleará como una técnica inicial para comprender el marco institucional en el que se desarrolla el programa. Este ejercicio incluirá el análisis de documentos internos de la clínica, tales como manuales, reglamentos, informes y guías de trabajo, así como la revisión de información sociodemográfica y antecedentes consignados en las historias clínicas, siempre con autorización institucional y garantizando la confidencialidad de los datos. Este tipo de técnica posibilita ampliar la mirada sobre el objeto de estudio al incorporar registros previos que aportan datos relevantes y contextualizan la realidad a analizar. Como señala Galeano (2011), los documentos son una fuente fundamental en la investigación social porque permiten reconocer aspectos de la vida institucional y social, dando cuenta de procesos históricos y de dinámicas actuales (p. 112).

La **observación participante** se implementará como técnica principal para identificar las dinámicas sociales, las interacciones y las prácticas cotidianas que emergen durante el proceso de internamiento en el programa. Esta técnica resulta pertinente porque permite al investigador involucrarse en el escenario, compartir espacios con los pacientes y registrar de manera directa sus experiencias, percepciones y comportamientos. En este contexto, la observación no se limita a la descripción superficial, sino que busca comprender los significados que los actores atribuyen a sus acciones. Al respecto, Taylor y Bogdan (1987) afirman que la observación participante es fundamental en la investigación cualitativa, ya que posibilita un acercamiento profundo a la vida social y a los significados que construyen los sujetos desde su cotidianidad (p. 41).

Los **talleres participativos** se emplearán como espacios colectivos de diálogo y construcción de conocimiento con los pacientes, orientados a identificar sus percepciones,

necesidades, capacidades y experiencias frente al proceso de deshabituación. Esta técnica permite que los participantes no sean vistos únicamente como informantes, sino como actores activos en la producción de sentido sobre su propia realidad, favoreciendo la reflexión individual y grupal. De acuerdo con Ander-Egg (2003), el taller constituye una metodología participativa que “implica aprender haciendo, donde el conocimiento se construye de manera conjunta, a partir de la interacción, el análisis y la reflexión crítica de los participantes” (p. 15).

El **árbol de problemas** se utilizará como una herramienta metodológica para identificar de manera colectiva las principales problemáticas que enfrentan los pacientes durante su proceso de deshabituación. A través de este recurso gráfico se busca representar las relaciones entre causas y efectos de una situación problemática, lo que permite comprenderla de forma integral y generar insumos para la posterior formulación de alternativas de intervención. Según Ortegón et al. (2005), el árbol de problemas “permite visualizar en forma sencilla las relaciones de causalidad que generan un problema central, facilitando el análisis y la toma de decisiones en procesos de planificación” (p. 45). “implica aprender haciendo, donde el conocimiento se construye de manera conjunta, a partir de la interacción, el análisis y la reflexión crítica de los participantes” (p. 15).

El diagnóstico se orientará bajo los principios éticos propios del Trabajo Social y de la investigación social cualitativa, garantizando el respeto por la dignidad y los derechos de los pacientes. Se velará por que la participación sea voluntaria, asegurando la confidencialidad de la información recolectada y evitando cualquier riesgo que pueda afectar la integridad física, emocional o social de los participantes. Desde la perspectiva del Trabajo Social, el compromiso ético se expresa en la promoción del bienestar, el reconocimiento de los sujetos como protagonistas de su propio proceso y la construcción de conocimiento en función de la transformación social.

En este sentido, el **Código de Ética del Trabajo Social en Colombia** establece que la labor profesional debe estar guiada por principios de respeto, justicia social y responsabilidad frente a los sujetos y colectivos con los que se interviene (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2018). Bajo estos lineamientos, el presente diagnóstico se desarrollará reconociendo la voz de los pacientes, garantizando la confidencialidad de sus aportes y destinando los resultados únicamente a fines académicos y de fortalecimiento institucional.

En el caso del presente diagnóstico no será necesario diseñar un nuevo formato de **consentimiento informado**, ya que los pacientes que ingresan al programa de deshabituación firman previamente, de manera libre y voluntaria, un consentimiento institucional en el que

manifiestan su aceptación para participar en las actividades terapéuticas, formativas y académicas desarrolladas durante su internamiento. Este documento garantiza que su participación se realice en condiciones de autonomía, confidencialidad y respeto por la dignidad humana.

En este marco, las actividades diagnósticas se llevarán a cabo en concordancia con dicho consentimiento, asegurando que la información recolectada sea tratada de manera ética, anónima y con fines exclusivamente académicos, en coherencia con los principios del Trabajo Social y la normatividad vigente en salud mental en Colombia.

2.6. Hallazgos

Los hallazgos que se presentan a continuación surgen de la aplicación de las técnicas planteadas en el diseño metodológico: revisión documental, observación participante, talleres participativos y la construcción del árbol de problemas. Estas herramientas permitieron recopilar información valiosa sobre la realidad de los pacientes internos en el programa, abordando tanto sus necesidades como sus capacidades, así como los factores que influyen en su proceso de rehabilitación.

Con el fin de facilitar la comprensión y el análisis, los resultados del diagnóstico se organizaron en distintas dimensiones que reflejan los principales ámbitos en los que se desarrollan las experiencias de los pacientes: dimensión personal, dimensión social, dimensión institucional y dimensión proyectiva o de vida. Esta clasificación posibilita un acercamiento integral que permite visibilizar las problemáticas, recursos y dinámicas de los pacientes, no solo en lo individual, sino también en relación con su entorno familiar, social e institucional.

2.6.1. Dimensión personal

En el ámbito personal, se identifican diferentes aspectos que inciden de manera directa en el proceso de deshabituación de los pacientes. Uno de los hallazgos más relevantes corresponde a los sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima que varios pacientes expresan frente a su historial de consumo, lo que repercute en la manera en que se perciben a sí mismos y en la motivación con la que enfrentan el tratamiento. Esta percepción se acompaña de una sensación de poco valor personal, que limita la confianza en sus capacidades para sostener cambios duraderos.

De igual modo, se observa que algunos pacientes presentan baja conciencia del problema en las etapas iniciales del programa, lo que se traduce en la normalización del consumo como parte de su historia de vida. En estos casos, la dificultad para reconocer el impacto del consumo en su salud física, mental y social representa un desafío para el proceso de deshabituación.

En contraste, también se evidencian capacidades y potencialidades a nivel personal. Varios pacientes manifiestan interés en superar el consumo y construir nuevas rutinas de vida, lo que refleja un nivel de motivación importante para sostener el proceso. Asimismo, se identifican recursos personales como la resiliencia y la capacidad de aprendizaje en los espacios de reflexión y talleres, en los cuales los pacientes logran identificar emociones, reconocer errores y proyectar deseos de cambio.

Otro aspecto observado se relaciona con la gestión de emociones. En diferentes situaciones cotidianas del internamiento se evidencian expresiones de ansiedad, frustración o irritabilidad, que en algunos casos se convierten en detonantes de conflictos o malestar. Sin embargo, los talleres han permitido generar espacios de catarsis y autoconocimiento que favorecen el reconocimiento de dichas emociones y la búsqueda de formas más adaptativas para manejarlas.

También es frecuente la presencia de temores frente al futuro, especialmente al pensar en la vida posterior al egreso del programa. Muchos pacientes expresan preocupación por no contar con empleo estable, por las dificultades para reinserirse socialmente o por la ausencia de una red de apoyo que respalde su proceso. Esta incertidumbre incrementa sentimientos de vulnerabilidad, que en algunos casos se transforman en falta de motivación o desesperanza.

Finalmente, se resalta la importancia de la espiritualidad y la búsqueda de sentido, aspectos mencionados de manera recurrente por los pacientes en espacios reflexivos. Para algunos, la fe o la dimensión espiritual se constituyen en un recurso personal que ayuda a sostener la abstinencia y a fortalecer la esperanza de cambio, mientras que para otros este aspecto aún se encuentra en construcción. En conjunto, la dimensión personal refleja un equilibrio entre dificultades emocionales significativas y recursos internos que pueden potenciar el éxito del proceso de deshabituación.

2.6.2. Dimensión social

En la dimensión social, los hallazgos permiten evidenciar que uno de los aspectos más críticos en el proceso de deshabitación es la fragilidad de las redes de apoyo familiar y comunitario. Varios pacientes expresan que sus vínculos familiares se han visto deteriorados a raíz del consumo, lo que genera distanciamiento, conflictos recurrentes o incluso rupturas en la relación con sus seres queridos. En algunos casos, la familia constituye un soporte limitado o ausente, mientras que en otros persiste un acompañamiento parcial, marcado por la desconfianza y el temor a recaídas.

Asimismo, se identifican situaciones complejas desde la infancia y la adolescencia, como la violencia intrafamiliar, el abandono, la falta de acompañamiento parental y la exposición temprana a entornos de consumo. Estas experiencias condicionan la construcción de relaciones posteriores, en muchos casos atravesadas por el resentimiento o la dificultad para establecer vínculos estables y saludables.

Dentro del espacio institucional, se observa que la convivencia entre pares en el internamiento se convierte en un factor determinante del proceso. Aunque en ocasiones se generan tensiones y conflictos por las normas de convivencia, también se evidencian dinámicas de solidaridad, cooperación y acompañamiento mutuo entre los pacientes, quienes comparten experiencias similares y reconocen en los otros un espejo de sus propias vivencias. Este doble escenario —de conflicto y apoyo— refleja la complejidad de las relaciones sociales en contextos terapéuticos.

Otro hallazgo relevante es la estigmatización social que enfrentan los pacientes debido a su historial de consumo. Muchos expresan que, aun cuando logren la abstinencia, sienten temor de ser rechazados por la comunidad, de no ser reconocidos en el ámbito laboral o de ser catalogados únicamente por su pasado. Este estigma repercute en su proceso de reinserción, ya que limita las oportunidades y refuerza sentimientos de exclusión.

En contraste, se resalta la presencia de capacidades sociales que emergen durante el tratamiento. Los talleres evidencian la disposición de algunos pacientes para fortalecer la comunicación, la empatía y el trabajo en equipo. Estas habilidades, aunque en construcción, se perfilan como recursos fundamentales para la reconstrucción de redes de apoyo y la reintegración social al momento del egreso.

Finalmente, es importante destacar que la vida comunitaria dentro del programa ofrece espacios de organización social que fortalecen la dimensión colectiva. La participación en comités de alimentación, espiritualidad o recreación, entre otros, permite que los pacientes asuman responsabilidades compartidas, desarrollen sentido de pertenencia y adquieran competencias relacionales que pueden resultar significativas en su vida fuera de la clínica. De este modo, aunque las redes externas puedan ser frágiles, la experiencia de convivencia institucional abre la posibilidad de aprender formas de interacción social más constructivas.

2.6.3 Dimensión Institucional

En la dimensión institucional se evidencia que el programa de deshabituación ofrece una estructura que favorece procesos de organización y convivencia, pero también plantea retos significativos para los pacientes. En primer lugar, se observa que las normas de convivencia se convierten en un punto de tensión recurrente: algunos pacientes manifiestan dificultad para adaptarse a las reglas institucionales, lo que genera conflictos y llamados de atención. Sin embargo, en la medida en que avanza el proceso, estas normas también promueven aprendizajes sobre la importancia de la disciplina, el respeto mutuo y la autorregulación.

Los espacios de participación en comités (alimentación, espiritualidad, audiovisual, recreación, entre otros) se reconocen como instancias positivas que permiten a los pacientes asumir responsabilidades y sentirse útiles dentro del proceso. Desde la observación participante, se identificó que estas actividades generan motivación y fortalecen el sentido de pertenencia, aunque también existen pacientes que se muestran poco interesados o que cumplen de manera mínima con las responsabilidades asignadas, lo que refleja diferencias en el nivel de compromiso.

Por otra parte, se identifican percepciones ambivalentes sobre la atención institucional. Si bien muchos pacientes valoran el acompañamiento del equipo interdisciplinario y reconocen el esfuerzo del programa, también expresan que en ciertos momentos sienten que la atención es insuficiente o que no todos los aspectos de su vida son abordados con la misma profundidad. Esta percepción está asociada a la alta demanda de usuarios, lo que genera la sensación de que los procesos individuales no siempre reciben el mismo nivel de seguimiento.

Otro hallazgo relevante es que, para algunos pacientes, la vida institucional genera sentimientos de encierro y falta de autonomía, lo que puede convertirse en un factor de frustración

o resistencia. En contraste, otros expresan que la rutina establecida les ayuda a organizar su tiempo y a construir hábitos saludables, lo que pone en evidencia la diversidad de experiencias frente al internamiento.

En conjunto, la dimensión institucional refleja que el programa San Juan Grande es percibido como un espacio con fortalezas en términos de acompañamiento, normas y participación, pero que también enfrenta limitaciones relacionadas con la percepción de atención insuficiente y con la dificultad de algunos pacientes para adaptarse a la vida institucional.

2.6.4 Dimensión proyectiva o de vida

En la dimensión proyectiva, los hallazgos muestran que la mayoría de los pacientes participan activamente en la formulación de proyectos de vida como parte de las actividades del programa de deshabituación. Este ejercicio se convierte en un espacio central que les permite reflexionar sobre sus trayectorias pasadas y visualizar un futuro posible sin consumo, generando motivación y sentido de propósito en el proceso de rehabilitación.

Se observa que una parte de los pacientes logra plantear metas claras y positivas, relacionadas con la continuidad de estudios, la búsqueda de empleo, la mejora en sus relaciones familiares o el fortalecimiento de la espiritualidad. Estas metas, además de ser significativas a nivel personal, se constituyen en un motor para sostener la abstinencia y dar un nuevo rumbo a su vida después del egreso.

No obstante, también se identifican pacientes que, aunque participan del proceso de construcción de proyectos de vida, presentan dificultades para definir objetivos realistas o estrategias concretas para alcanzarlos. En estos casos, las limitaciones económicas, la fragilidad de la red de apoyo y la experiencia de recaídas previas generan inseguridad frente a la viabilidad de sus planes. Esto evidencia la necesidad de fortalecer el acompañamiento institucional en la proyección hacia el futuro, especialmente en lo relacionado con inserción laboral y continuidad educativa.

Un aspecto transversal en esta dimensión es la preocupación frente al egreso. Muchos pacientes, incluso aquellos con metas claras, expresan ansiedad sobre las condiciones que enfrentarán al salir del programa, especialmente en lo referente a conseguir empleo, garantizar

ingresos estables o contar con un lugar donde vivir. Estos temores se relacionan con la percepción de un entorno social poco favorable y con el riesgo de recaídas ante la falta de contención.

Finalmente, se resalta que, en general, los pacientes manifiestan una disposición positiva hacia el cambio y la construcción de nuevos proyectos de vida. Si bien existen obstáculos que limitan la materialización de estas metas, la motivación expresada, junto con el acompañamiento terapéutico y psicosocial de la clínica, constituyen factores clave que favorecen la resignificación de sus trayectorias personales.

2.7. Pronostico de la situación

De acuerdo con los hallazgos obtenidos en el diagnóstico, se procede a realizar un pronóstico de la situación en el futuro inmediato y en el futuro mediano de los pacientes internos en el programa de deshabituación, teniendo en cuenta la persistencia de las condiciones actuales, pero también las transformaciones a las que se podría llegar con una intervención oportuna, contextualizada y participativa.

En el futuro inmediato, correspondiente al tiempo que los pacientes permanecen en el programa, se prevé que, si la situación continúa como en la actualidad, persistan las tensiones relacionadas con la adaptación a las normas de convivencia y a la vida comunitaria. Estas dificultades podrían generar conflictos interpersonales, resistencia frente a las reglas y sentimientos de frustración o encierro, debilitando la motivación de algunos pacientes. También es probable que se mantengan emociones de culpa, baja autoestima e incertidumbre, limitando la capacidad de aprovechar plenamente los recursos terapéuticos del programa. Por el contrario, en caso de implementarse estrategias de intervención adecuadas se podrían consolidar aprendizajes significativos en torno a la autorregulación, el trabajo en equipo y la construcción de hábitos saludables. Esto permitiría que la vida institucional no solo sea un espacio de contención, sino también un escenario formativo que prepare mejor a los pacientes para enfrentar la vida fuera de la clínica.

En el futuro mediano, es decir, después del egreso del programa, se anticipa que, si las condiciones externas permanecen iguales, los pacientes enfrentarán retos críticos en la reinserción social, laboral y familiar. La fragilidad de las redes de apoyo, la estigmatización social y las limitaciones económicas podrían traducirse en un alto nivel de vulnerabilidad, aumentando el

riesgo de recaídas y debilitando los proyectos de vida elaborados durante el internamiento. En este escenario, la falta de acompañamiento comunitario y de oportunidades concretas pondría en riesgo la continuidad de los logros alcanzados en la clínica, generando sentimientos de frustración y desesperanza.

Sin embargo, si se implementan estrategias de acompañamiento externo articuladas con la comunidad y otras instituciones, es posible prever un escenario distinto. El fortalecimiento de las redes familiares y sociales, la orientación hacia la inserción laboral y educativa, así como el seguimiento psicosocial tras el egreso, favorecerían la consolidación de los proyectos de vida y aumentarían las posibilidades de sostener la abstinencia. De esta manera, el proceso vivido en la clínica se convertiría en la base para la construcción de trayectorias estables, con mayor autonomía y sentido de pertenencia en la sociedad.

En conclusión, el pronóstico evidencia un escenario dual: por un lado, la persistencia de problemáticas que podrían profundizarse si no se generan cambios estructurales; y por otro, la posibilidad de transformación significativa si se implementan intervenciones que fortalezcan las capacidades personales, sociales e institucionales de los pacientes. Esto plantea la necesidad de diseñar estrategias que aseguren la continuidad del acompañamiento más allá del internamiento, garantizando así que la experiencia de deshabituación pueda consolidarse en un proyecto de vida estable y sostenible.

2.8 Recursos y medios de acción existentes y potenciales

En el marco del programa, se identifican diversos recursos y medios de acción que se configuran como fortalezas para el proceso de deshabituación, así como otros de carácter potencial que podrían potenciarse mediante la articulación interinstitucional y comunitaria.

En cuanto a los recursos institucionales y humanos existentes, el programa cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por profesionales en psiquiatría, psicología, medicina general, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, que acompañan de manera integral a los pacientes en las diferentes dimensiones de su proceso de rehabilitación. La terapia ocupacional, centrada en manualidades y arteterapia, favorece la expresión emocional y la adquisición de rutinas productivas, mientras que el voluntariado de la clínica, aunque no siempre presente, ofrece apoyo material y económico en casos específicos donde los pacientes no cuentan con red de apoyo cercana

o suficiente, por ejemplo, mediante la entrega de prendas de vestir, productos de aseo, alimentos o apoyo en transporte.

Otro recurso fundamental lo constituye la organización institucional a través de comités de participación, entre ellos los de alimentación, espiritualidad, recreación y audiovisuales. Estos espacios permiten que los pacientes asuman responsabilidades compartidas, fortalezcan habilidades de trabajo en equipo y desarrollen sentido de pertenencia, aportando no solo a la dinámica institucional sino también a la preparación para la vida comunitaria fuera de la clínica.

La infraestructura física de la clínica es igualmente un recurso clave, pues ofrece espacios adecuados para la convivencia, la recreación, la espiritualidad y la atención terapéutica. Estas condiciones materiales posibilitan que las actividades clínicas, psicosociales, ocupacionales y comunitarias se desarrollen en un entorno seguro, organizado y propicio para la rehabilitación.

En cuanto a los recursos endógenos de los pacientes, se identifican aspectos que actúan como fortalezas dentro del proceso: la motivación hacia el cambio, la resiliencia frente a trayectorias de vida difíciles, la capacidad de reflexión sobre su historia personal y la disposición a construir proyectos de vida. Estas características, aunque atravesadas por dificultades emocionales, sociales y económicas, representan potencialidades que con un acompañamiento adecuado pueden sostener cambios duraderos y favorecer la reinserción social.

En lo referente a las relaciones y articulaciones exógenas, se destacan oportunidades significativas para ampliar los apoyos al egreso. Se plantea la necesidad de establecer alianzas con entidades educativas y laborales que cuenten con programas de capacitación y empleabilidad. Igualmente, las administraciones municipales, a través de las secretarías de salud y desarrollo social, pueden ofrecer programas de inclusión, prevención y reinserción laboral. A ello se suman las fundaciones que brindan apoyo en alimentación, vivienda o acompañamiento psicosocial, las cuales representan un recurso clave para cubrir necesidades básicas en los momentos de mayor vulnerabilidad tras el egreso.

Un recurso adicional a destacar son los grupos de apoyo que se realizan semanalmente en la clínica, donde los pacientes comparten experiencias, fortalecen vínculos y se reconocen mutuamente en sus procesos de cambio. Estos espacios, si bien se enmarcan en la vida institucional, tienen el potencial de convertirse en una práctica sostenible y replicable en los contextos comunitarios de los pacientes, favoreciendo la permanencia en la abstinencia y la contención emocional posterior al egreso.

En cuanto a los marcos de política social, se resalta la Ley 1566 de 2012, que garantiza la atención integral a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, y la Ley 1616 de 2013, que establece el marco normativo de la salud mental en Colombia, garantizando la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Congreso de la República de Colombia, 2012; 2013). Estas disposiciones constituyen un respaldo normativo que legitima la intervención y abren oportunidades para la gestión de recursos y la articulación interinstitucional.

Finalmente, se identifican como recursos potenciales las alianzas estratégicas con universidades, colectivos comunitarios y programas de responsabilidad social empresarial, que pueden ofrecer espacios de capacitación, acompañamiento psicosocial, actividades culturales y recreativas o incluso opciones de inserción laboral. Estos recursos, aunque aún no plenamente explorados, representan oportunidades clave para ampliar el impacto del programa y garantizar que los logros alcanzados durante el internamiento puedan sostenerse en la vida comunitaria.

El reto se orienta hacia el fortalecimiento de las articulaciones con actores externos y la gestión de oportunidades desde las políticas sociales vigentes, de modo que se garantice la sostenibilidad del proceso de deshabituación más allá del espacio clínico.

2.9. Determinación de prioridades

Partiendo de los hallazgos obtenidos y del análisis de las consecuencias que las problemáticas pueden tener en los pacientes del programa San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios, se hace necesario establecer una jerarquización de las necesidades identificadas. Esta priorización permitirá orientar de manera estratégica las futuras acciones de intervención, atendiendo tanto a los factores que inciden directamente en el éxito del proceso de deshabituación como a las condiciones externas que influyen en la reinserción social de los pacientes.

En primer lugar, se reconoce como prioridad central el **fortalecimiento de las redes de apoyo y la continuidad del acompañamiento post-egreso**, dado que gran parte de los pacientes expresan incertidumbre respecto a lo que sucederá una vez abandonen el programa, ya sea por ausencia de empleo, falta de vivienda, alejamiento de sus familias o carencia de ingresos estables. Estos elementos, de no ser atendidos, incrementan considerablemente el riesgo de recaída y dificultan la sostenibilidad de los avances logrados en el tratamiento.

En segundo lugar, se identifica la **necesidad de desarrollar mayor conciencia del problema y fortalecer las herramientas de gestión emocional en los pacientes**. Muchos de ellos llegan al programa con un consumo normalizado o minimizado, lo cual reduce la implicación en las actividades terapéuticas y en ocasiones dificulta la motivación frente al tratamiento. A esto se suma la presencia de sentimientos de culpa, baja autoestima, ansiedad y frustración, que influyen en su bienestar emocional y en la convivencia dentro del espacio clínico. Según el Ministerio de Salud (2014), el desarrollo de habilidades emocionales y la psicoeducación sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas son componentes esenciales para promover cambios sostenibles y prevenir recaídas. En este sentido, seguir potenciando procesos de autorreflexión, regulación emocional y actividades terapéuticas expresivas resulta prioritario dentro de la dinámica institucional.

Por último, se prioriza la **promoción e identificación del proyecto de vida de los pacientes**. Aunque varios manifiestan tener metas claras, existen barreras estructurales relacionadas con la falta de oportunidades educativas y laborales, la discriminación social y la ausencia de formación técnica. Estas limitaciones representan un riesgo considerable para la estabilidad de los pacientes una vez egresen, ya que la falta de alternativas productivas incrementa la vulnerabilidad frente al consumo y dificulta la construcción de proyectos de vida sólidos. Tal como lo señala el Observatorio de Salud de Bogotá (2019), los problemas laborales y la exclusión social son consecuencias frecuentes del consumo problemático, por lo que promover estrategias de empleabilidad y acceso a programas educativos constituye un eje fundamental en los procesos de reinserción social.

Estos aspectos, interrelacionados entre sí, no solo atienden a necesidades inmediatas de los pacientes, sino que también configuran condiciones estructurales que permitirán sostener los avances del proceso terapéutico y garantizar una reintegración social más efectiva.

3. objeto de intervención

El diagnóstico permitió comprender que el consumo problemático de Sustancias Psicoactivas (SPA) trasciende la dimensión individual del paciente y se configura como una problemática social compleja que involucra aspectos emocionales, familiares, institucionales y estructurales. El análisis de los hallazgos revela que este fenómeno se sostiene en una serie de condiciones interrelacionadas que limitan las posibilidades de bienestar, autonomía y reintegración social de las personas que lo experimentan.

En primer lugar, se evidencia que el consumo no puede entenderse únicamente como una decisión personal o una conducta de riesgo, sino como el resultado de trayectorias marcadas por vulneraciones sociales, experiencias de exclusión, contextos familiares inestables y carencias afectivas. Desde esta perspectiva, el consumo problemático actúa como un mecanismo de afrontamiento ante situaciones de dolor, pérdida o desarraigo, lo cual refuerza su carácter multifactorial y su relación con los determinantes sociales de la salud.

Asimismo, el análisis muestra que el proceso de deshabituación implica una transformación profunda que va más allá de la abstinencia: exige el reconocimiento de las emociones, la reconstrucción de vínculos significativos y la elaboración de un proyecto de vida sostenible en el tiempo. Sin embargo, dichas transformaciones se ven obstaculizadas por la fragmentación de las redes de apoyo, la persistencia del estigma social y las dificultades para garantizar un acompañamiento continuo y a gran escala después del egreso. En esta línea, el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) señala que “la recuperación de las personas con consumo problemático requiere un abordaje integral que combine acompañamiento terapéutico, fortalecimiento familiar y estrategias de inclusión social” (p. 28).

Otro elemento relevante es la tensión entre las dinámicas institucionales y las necesidades subjetivas de los pacientes. Si bien la clínica representa un entorno protector, también puede convertirse en un espacio donde las normas, rutinas y tiempos generan resistencia o frustración. Esta tensión evidencia la necesidad de fortalecer procesos pedagógicos y relacionales que promuevan la corresponsabilidad, la autonomía y la participación activa de los pacientes en su proceso terapéutico.

Finalmente, el análisis permite reconocer que el consumo problemático de SPA no solo vulnera la salud física y mental, sino que también reproduce desigualdades sociales y económicas,

limitando la inclusión educativa y laboral. Por tanto, abordarlo desde el Trabajo Social implica asumir un enfoque integral que articule las dimensiones personales, familiares e institucionales, orientado a la promoción de capacidades, la reconstrucción de vínculos sociales y la construcción de proyectos de vida con sentido.

A partir de este análisis, se identificaron tres ámbitos prioritarios de intervención que orientan el objeto configurado: el fortalecimiento emocional, necesario para el reconocimiento y gestión de las emociones asociadas al consumo; el fortalecimiento de las redes de apoyo familiares y sociales, como soporte esencial para la sostenibilidad del proceso de deshabituación; y la construcción de proyectos de vida con sentido, vinculados al desarrollo de capacidades personales, educativas y laborales. Estas prioridades se conciben como ejes articuladores que permiten intervenir de manera integral el fenómeno del consumo problemático de SPA en coherencia con los principios y finalidades del Trabajo Social.

3.1. Descripción del objeto de intervención desde los fundamentos del Trabajo Social

El objeto de intervención configurado a partir del diagnóstico realizado en el programa de deshabituación San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja se centra en el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), comprendido como una problemática social que afecta profundamente la salud mental, las relaciones familiares, el bienestar emocional y la integración social de los pacientes. Esta realidad, observada en las trayectorias vitales y en los procesos de tratamiento, evidencia la necesidad de comprender el fenómeno desde una mirada integral que articule dimensiones personales, sociales e institucionales, permitiendo orientar acciones que favorezcan la rehabilitación y el fortalecimiento de las capacidades humanas.

Desde los fundamentos teóricos del Trabajo Social, el objeto de intervención se concibe como aquella realidad que requiere ser comprendida y transformada mediante procesos de acompañamiento profesional. Como plantea Rozas Pagaza (citado en Martínez & Torrecilla, s. f.), el objeto se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no (p. 234).

En este contexto, el consumo problemático de SPA constituye una de esas realidades que interpelan la acción profesional, al vincular factores estructurales, emocionales y relacionales que demandan acompañamiento continuo, ético y reflexivo.

El objeto de intervención se inscribe dentro de la cuestión social contemporánea del consumo de sustancias, que refleja desigualdades estructurales y procesos de exclusión social sobre los cuales el Trabajo Social actúa. Este objeto se fundamenta en cuatro categorías conceptuales identificadas en el diagnóstico: pacientes, salud mental, consumo problemático de SPA y deshabituación, las cuales orientan la comprensión del fenómeno y las estrategias de intervención.

La categoría paciente hace referencia a las personas en proceso de rehabilitación, comprendidas como sujetos sociales y de derechos, con historia, emociones y potencialidades. Su reconocimiento implica superar visiones asistencialistas y situarlos como protagonistas de su proceso de transformación. En este sentido, Carballada (2012) plantea que “el paciente es ante todo un sujeto social, que necesita ser comprendido desde su contexto, su experiencia y sus vínculos, más allá del síntoma o la enfermedad” (p. 44). En el marco del objeto de intervención, esta categoría es esencial porque orienta la práctica profesional hacia el acompañamiento activo, la escucha empática y la construcción de vínculos significativos que favorezcan la autonomía.

La salud mental se constituye en una dimensión transversal dentro del proceso de deshabituación, al entenderse como un estado de bienestar integral y no únicamente como la ausencia de enfermedad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), “la salud mental es un componente esencial de la salud y el bienestar general, no solo la ausencia de trastornos mentales” (p. 12). En este sentido, la intervención del Trabajo Social busca promover el fortalecimiento emocional, la gestión de las emociones y la reconstrucción de redes de apoyo, contribuyendo al restablecimiento del equilibrio personal y social del paciente.

El consumo problemático de SPA representa el núcleo del objeto de intervención, ya que constituye la manifestación más visible de los procesos de vulnerabilidad social, exclusión y deterioro emocional observados en los pacientes. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2019), “el consumo problemático de sustancias psicoactivas requiere abordajes integrales que reconozcan las condiciones sociales y culturales que lo determinan” (p. 25). Desde esta perspectiva, el fenómeno se entiende como resultado de múltiples factores interrelacionados que inciden en la permanencia del consumo y en la dificultad para sostener procesos de recuperación.

La deshabituación se concibe como un proceso de cambio progresivo que busca restablecer el equilibrio físico, emocional y social del individuo, más allá de la abstinencia. De acuerdo con el Ministerio de Justicia y del Derecho (2015), este proceso “requiere estrategias terapéuticas y comunitarias sostenidas que fortalezcan la capacidad del individuo para mantener su recuperación y reintegrarse a su entorno” (p. 31). Dentro del objeto de intervención, esta categoría resulta fundamental, ya que marca el espacio en el que se acompaña al paciente en la resignificación de su experiencia, el fortalecimiento de sus habilidades personales y la reconstrucción de su proyecto vital.

En definitiva, el objeto de intervención centrado en el consumo problemático de SPA se configura como una oportunidad para promover procesos de transformación que integren las dimensiones sociales, personales, familiares e institucionales. Desde los fundamentos del Trabajo Social, este objeto orienta la acción profesional hacia el fortalecimiento emocional, la reconstrucción de vínculos y la consolidación de su proyecto de vida y de procesos de deshabituación sostenibles que dignifiquen la vida de los pacientes y potencien su autonomía.

3.2. Reflexión crítica del objeto de intervención

El objeto de intervención, en este caso el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), es pertinente para la propuesta de intervención que se plantea en el programa de deshabituación San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, en tanto responde a una realidad social identificada en el diagnóstico institucional. Este fenómeno afecta de manera significativa la salud mental y emocional de los pacientes, así como sus vínculos familiares, sociales e institucionales. Además, se sustenta en tres aspectos priorizados en el proceso diagnóstico: el fortalecimiento emocional, la reconstrucción de redes de apoyo y la proyección personal, los cuales resultan fundamentales para avanzar en los procesos de deshabituación y reintegración social.

En coherencia con los principios del Trabajo Social, el objeto se sitúa en un campo de acción que promueve el cambio, el desarrollo y la cohesión social. La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014) define a la profesión como “una disciplina académica y una práctica basada en la promoción de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto por la diversidad” (párr. 1). En este sentido, el objeto resulta pertinente porque aborda

una problemática social que vulnera la dignidad y el bienestar de las personas, y plantea la intervención profesional como un proceso transformador que busca restituir derechos, fortalecer capacidades y promover la autonomía de los sujetos en proceso de rehabilitación.

Desde esta perspectiva, los pacientes son comprendidos como sujetos sociales que, más allá de su condición clínica, se encuentran inmersos en contextos familiares, económicos y culturales que influyen en su proceso de consumo y recuperación. Así, el objeto no solo pretende intervenir sobre la conducta de consumo, sino acompañar el proceso de reconstrucción de la identidad, la autoestima y las relaciones afectivas, reconociendo las múltiples dimensiones que configuran la experiencia del sujeto.

En cuanto a los alcances, el objeto de intervención posibilita crear espacios de acompañamiento y escucha activa, orientados a fortalecer la gestión emocional, fomentar la participación y reconstruir los vínculos familiares e institucionales. De igual forma, permite articular acciones interdisciplinarias con el equipo terapéutico de la clínica, integrando el componente social a los procesos de atención y seguimiento. Dichas acciones contribuyen al fortalecimiento de las capacidades personales y sociales de los pacientes, promoviendo procesos de transformación sostenibles dentro y fuera del entorno institucional.

Sin embargo, es necesario reconocer ciertas limitaciones en el desarrollo del objeto, asociadas tanto a factores estructurales como institucionales. Entre ellas se destacan la falta de oportunidades laborales y educativas tras el egreso, la persistencia del estigma social frente al consumo, y las limitaciones de recursos humanos y de tiempo para un acompañamiento prolongado. A nivel institucional, también se evidencian desafíos en la articulación interinstitucional y en la creación de estrategias comunitarias que garanticen la continuidad del proceso terapéutico fuera del contexto clínico. Estas limitaciones demandan una reflexión constante sobre el rol del Trabajo Social en la atención en salud mental, y la necesidad de fortalecer redes de apoyo comunitarias que respalden la sostenibilidad del cambio.

Por ello, el objeto de intervención aquí configurado resulta pertinente y coherente con el quehacer del Trabajo Social, al abordar una problemática que se inscribe en la cuestión social y que refleja la interacción entre sujetos, instituciones y estructuras que reproducen desigualdades y exclusión. En este sentido, como plantea Carballada (2012), la intervención social implica “reconocer las condiciones en que los sujetos viven las expresiones de la cuestión social y actuar en función de su transformación” (p. 40). Así, el objeto de intervención no solo busca incidir en la

reducción del consumo, sino acompañar procesos de reconstrucción personal, emocional y social que promuevan la dignidad, la autonomía y la inclusión de los pacientes en su entorno.

De esta manera, el objeto de intervención se consolida como una apuesta ética y política del Trabajo Social frente a una problemática social compleja, reafirmando la responsabilidad profesional de promover procesos de inclusión, autonomía y transformación social desde una perspectiva de derechos.

3.3. Intencionalidades y principios éticos del objeto de intervención

Como se ha planteado en los apartados anteriores, el objeto de intervención se centra en el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), el cual se aborda desde un enfoque psicosocial, humanista y de derechos, orientado a acompañar los procesos de deshabituación y recuperación integral de los pacientes del programa. Este enfoque busca no solo atender una problemática específica, sino también potenciar el bienestar emocional, fortalecer las relaciones interpersonales y promover la reconstrucción de proyectos de vida sostenibles.

En lo que respecta a las intencionalidades, se parte de la importancia de reconocer a los pacientes como sujetos activos y constructores de su proceso de cambio, lo cual implica propiciar espacios de acompañamiento participativo, escucha y reflexión, donde puedan expresar sus emociones, resignificar su historia y fortalecer su capacidad de agencia. En este sentido, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) sostiene que los programas de rehabilitación deben centrarse en el individuo, promoviendo “procesos de empoderamiento y participación activa que contribuyan al restablecimiento de su autonomía y a su reintegración en la comunidad” (p. 13). Desde esta mirada, el Trabajo Social acompaña dichos procesos fortaleciendo la toma de decisiones autónomas y la reconstrucción del sentido de vida.

Además, las acciones que se desarrollan desde este objeto están dirigidas a fortalecer los vínculos familiares y sociales como elementos fundamentales del proceso terapéutico. La reconstrucción de las redes de apoyo se comprende como una vía para disminuir la vulnerabilidad y favorecer la sostenibilidad del cambio fuera del contexto institucional. En coherencia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) plantea que “la recuperación en salud mental requiere la participación activa del entorno inmediato y el desarrollo de relaciones de apoyo basadas en la empatía, la confianza y el respeto” (p. 47).

Asimismo, se reconoce como propósito esencial la proyección de vida al momento del egreso, entendida como el acompañamiento en la formulación de metas personales, educativas y laborales que posibiliten la continuidad del proceso de recuperación. Desde el Trabajo Social, esta fase representa un momento clave para fortalecer la autonomía, la esperanza y la capacidad de los pacientes de desenvolverse en la vida cotidiana, orientando sus decisiones hacia un bienestar integral y sostenido en el tiempo.

Las acciones mencionadas se fundamentan en los principios éticos del Trabajo Social, los cuales dotan de sentido humano y político al ejercicio profesional. Tal como lo establece el *Código de Ética del Trabajo Social en Colombia* (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2015), el ejercicio profesional se sustenta en el “compromiso con el respeto y la dignidad humana, lo cual se evidencia en las interacciones entre sujetos, instituciones y organizaciones sociales de manera dialógica y crítica, con el fin de potenciar procesos de transformación social” (p. 22).

De este mismo código se retoman los principios de libertad, entendida como “la autodeterminación de las personas en la toma de decisiones y acciones” (p. 26); la igualdad, que señala la garantía de acceso a oportunidades y derechos sin discriminación; el respeto, como el valor que reconoce la dignidad intrínseca de todo ser humano (p. 25); y la confidencialidad, que hace referencia al deber de “otorgar a la información obtenida el carácter de secreto profesional, respetando la privacidad de los sujetos” (p. 28). Igualmente, se destacan los valores de compromiso, prudencia, espíritu de servicio, tolerancia y sentido de pertenencia, los cuales orientan el acompañamiento profesional desde la empatía, la escucha activa y la coherencia ética.

Los principios mencionados se concretan en la práctica institucional mediante acciones cotidianas como la escucha activa, la confidencialidad en los grupos terapéuticos y el reconocimiento del paciente como sujeto de derechos, promoviendo relaciones basadas en el respeto y la confianza.

En definitiva, el objeto de intervención orientado al abordaje del consumo problemático de SPA se configura como un proceso transformador y ético que busca acompañar al paciente en la reconstrucción de su identidad, el fortalecimiento de sus vínculos y la construcción de una vida con sentido y autonomía. El Trabajo Social, desde su compromiso con la dignidad humana y los derechos sociales, contribuye así al bienestar integral y a la recuperación sostenida de las personas en contextos de salud mental.

4. Proyecto de intervención

De acuerdo al contexto anterior, el proyecto se formula con la intención de aportar al proceso de atención y acompañamiento brindado a los pacientes, mediante el diseño de una propuesta orientada al fortalecimiento de factores psicosociales protectores, capacidades personales y habilidades para la vida que favorezcan la consolidación de cambios durante su permanencia en el programa y en la etapa posterior al egreso. Se parte del reconocimiento de que el consumo problemático de SPA constituye una situación compleja que involucra dimensiones individuales, familiares, sociales y comunitarias, lo cual exige intervenciones integrales, éticas y contextualizadas.

La intervención se fundamenta en un enfoque psicosocial propio del Trabajo Social, sustentado en el construccionismo social y el enfoque de derechos, los cuales permiten comprender a los participantes como sujetos activos de su proceso, con capacidad de resignificar sus experiencias y construir nuevas narrativas sobre sí mismos, sus relaciones y su proyecto de vida. Desde esta perspectiva, se reconoce que los procesos de cambio no dependen únicamente de la abstinencia, sino también del fortalecimiento de recursos internos, redes de apoyo y sentidos de proyección personal.

A partir de este enfoque, se diseñan e implementan talleres grupales reflexivos y participativos orientados al reconocimiento de la identidad, la autoconciencia, la regulación emocional, el autocuidado, el fortalecimiento de redes de apoyo y la construcción del proyecto de vida. Estos espacios buscan promover procesos de reflexión individual y colectiva, favorecer la expresión de emociones, experiencias y aprendizajes, y fortalecer factores protectores que contribuyan a la sostenibilidad del proceso de deshabitación y al bienestar integral de los participantes.

La intervención se desarrolla desde una perspectiva crítica del Trabajo Social, que reconoce la importancia de los contextos sociales, las relaciones interpersonales y los discursos en la construcción de la subjetividad y en los procesos de cambio. En este marco, los talleres se constituyen en escenarios de diálogo, reconocimiento mutuo y construcción colectiva de significados, donde los participantes pueden reflexionar sobre su experiencia de consumo y proyectarse hacia nuevas formas de relación consigo mismos y con su entorno.

4.1. Fundamentación teórico conceptual

4.1.1. Referente teórico

El presente proyecto se fundamenta en el construccionismo social, corriente teórica que sostiene que la realidad no es una entidad fija ni objetiva, sino que se construye socialmente a través del lenguaje, las interacciones y las relaciones que las personas establecen en su vida cotidiana. Desde esta perspectiva, los significados que los sujetos atribuyen a sus experiencias no surgen de manera aislada, sino que se configuran en un proceso continuo de intercambio social, histórico y cultural (Berger & Luckmann, 2003).

Kenneth Gergen (2007) plantea que el conocimiento y la identidad se construyen en la relación con los otros, a través de los discursos, las narrativas y los vínculos sociales. Por tanto, problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas no pueden comprenderse únicamente desde una dimensión individual o biológica, sino que deben ser interpretadas considerando los contextos sociales, las dinámicas familiares, las redes relacionales y los significados que cada persona y su entorno otorgan a esta experiencia. En coherencia con este enfoque, el presente proyecto reconoce que el proceso de deshabituación implica una transformación tanto personal como social, donde los vínculos, las narrativas y los entornos cumplen un papel fundamental en la construcción de nuevas formas de comprender la vida, el consumo y la posibilidad de cambio.

Desde el construccionismo social, el lenguaje adquiere una importancia central, ya que es a través de este que las personas narran su historia, resignifican sus experiencias y configuran nuevas posibilidades de acción (Gergen, 2007). En este sentido, el proyecto de intervención se orienta a generar espacios de reflexión, diálogo y construcción colectiva de significados que permitan a los participantes cuestionar narrativas asociadas al consumo, al estigma, al fracaso y a la imposibilidad de cambio, favoreciendo la emergencia de discursos más esperanzadores, fortalecedores y orientados a la transformación personal y social.

4.1.2. Categorías conceptuales

- **Pacientes:** Los pacientes del programa son entendidos como sujetos activos del proceso de internamiento terapéutico, con historias de vida diversas que han estado atravesadas por el

consumo problemático de sustancias. Más allá de su condición clínica, se les reconoce como personas con capacidades, experiencias y potencialidades para transformar su realidad a través de la interacción social y el acompañamiento psicosocial (Durán, 2009, p. 9).

- **Salud mental:** La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad” (párr. 1). En el diagnóstico, la salud mental se entiende como un aspecto integral que trasciende la ausencia de enfermedad e incluye el fortalecimiento emocional, social y relacional de los pacientes en rehabilitación.
- **Consumo problemático de SPA:** El Ministerio de Salud y Protección Social (2013) señala que el consumo problemático de SPA se caracteriza por su impacto negativo en la salud física y mental, en la vida familiar y en la capacidad de cumplir responsabilidades sociales y laborales (p. 14). Esta categoría es fundamental para comprender la problemática central del programa, ya que el consumo genera rupturas en la vida de los pacientes y constituye el punto de partida del proceso de deshabituación.
- **Deshabitación:** Se entiende como el proceso terapéutico y psicosocial mediante el cual la persona se desvincula progresivamente del consumo problemático, no solo logrando la abstinencia, sino también reconstruyendo su proyecto de vida y fortaleciendo su reintegración social. Ruiz y Sánchez (2018) sostienen que “la deshabituación implica un proceso integral en el que se trabaja la autonomía, la resignificación de la experiencia y la construcción de nuevos estilos de vida” (p. 77). En el contexto clínico, esta categoría orienta la comprensión de las actividades del programa como un camino hacia la autonomía y el fortalecimiento personal.
- **Redes de apoyo:** Las redes de apoyo están conformadas por el conjunto de relaciones significativas que brindan acompañamiento emocional, afectivo, material y social a las personas en diferentes momentos de su vida. Estas incluyen la familia, los amigos, la comunidad y las instituciones, y cumplen un papel fundamental en los procesos de afrontamiento, recuperación y adaptación social (Sluzki, 1996).

Las redes de apoyo no solo representan un soporte externo, sino que participan activamente en la construcción de los significados que la persona atribuye a sí misma y a su realidad. La manera en que la familia, la comunidad y la sociedad hablan del consumo, del cambio y de la rehabilitación puede incidir directamente en la motivación, la autoestima y la percepción de futuro de quienes se encuentran en proceso de deshabituación. Por ello, el fortalecimiento de las redes de apoyo se constituye como un eje central de este proyecto.

- **Proyecto de vida:** El proyecto de vida se relaciona con la capacidad que tienen las personas de imaginar, planificar y orientar su futuro en función de sus intereses, valores, habilidades y expectativas. Este proceso se construye de manera dinámica y se ve influido por las condiciones sociales, económicas, emocionales y culturales en las que se desarrolla cada individuo (D'Angelo, 2004).

En contextos de consumo problemático, el proyecto de vida suele fragmentarse o perder sentido, debido a la incertidumbre, la culpa, el estigma y la pérdida de vínculos significativos. Desde el enfoque construccionista, este proyecto no se construye de manera individual, sino en diálogo constante con los otros, a partir de las oportunidades, los discursos y las relaciones que conforman el entorno social. Por ello, la intervención propuesta busca acompañar a los pacientes en la construcción de nuevas metas personales, familiares, educativas y laborales.

Finalmente, la fundamentación teórico conceptual de este proyecto se sostiene en el construccionismo social, el cual permite comprender el consumo problemático de sustancias psicoactivas y el proceso de deshabituación como fenómenos atravesados por las relaciones sociales, las narrativas y los contextos de vida. A partir de esta base, los conceptos de redes de apoyo, proyecto de vida y salud mental orientan el diseño de estrategias de intervención centradas en la resignificación de experiencias, el fortalecimiento de vínculos y la construcción de nuevas posibilidades de vida para las personas que participan en el Programa San Juan Grande.

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo general

Fortalecer los procesos de deshabituación de los pacientes del Programa San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, a través de una intervención psicosocial orientada a la resignificación de experiencias, el fortalecimiento de redes de apoyo, la promoción de la salud mental y la construcción de un proyecto de vida con sentido.

4.2.2. Objetivos específicos

- Promover espacios de reflexión individual y colectiva que fortalezcan la identidad, la autoconciencia y la motivación para el cambio.
- Fortalecer habilidades de los pacientes, mediante estrategias orientadas a la regulación emocional, el afrontamiento de situaciones de riesgo y la toma de decisiones conscientes.
- Fomentar el reconocimiento y fortalecimiento de las redes de apoyo y del proyecto de vida, que lleven a favorecer la sostenibilidad del proceso de deshabituación.

4.3. Metodología

4.3.1. Enfoque metodológico

La intervención se desarrollará desde un enfoque psicosocial, ya que este integra las dimensiones emocionales, cognitivas, relacionales, familiares y sociales, en este caso de los pacientes que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) y que se encuentran en proceso de deshabituación en el Programa. Este enfoque permite comprender el consumo no solo como una conducta individual, sino como una problemática vinculada a las relaciones sociales, las experiencias de vida, el contexto familiar y comunitario, así como a los significados que los pacientes han construido a lo largo de su historia.

A partir del marco teórico del construccionismo social, se reconoce que la realidad del consumo, la adicción y la recuperación se construyen mediante las interacciones, las narrativas y

los vínculos que rodean a los sujetos, por lo que la intervención prioriza la resignificación de experiencias, el fortalecimiento de relaciones significativas y la construcción de nuevos sentidos de vida.

Así mismo, se adopta un enfoque interdisciplinario, comprendiendo que el consumo problemático de sustancias psicoactivas y el proceso de deshabituación requieren la participación articulada de diferentes profesionales. En este sentido, la intervención desde Trabajo Social se desarrolla en coordinación con el equipo de psicología, psiquiatría, Terapia ocupacional, pastoral, enfermería y demás profesionales del Programa San Juan Grande, con el fin de aportar a una atención integral, coherente y centrada en el bienestar de los pacientes

Además, adopta un enfoque de derechos, que reconoce a las personas en proceso de deshabituación como sujetos de derechos, con dignidad, autonomía y capacidad de transformación.

4.3.2. Técnicas a implementar

Para el desarrollo del proyecto se implementarán técnicas de la intervención psicosocial desde Trabajo Social, tales como:

- **Talleres psicosociales vivenciales**, con actividades reflexivas, simbólicas e interactivas.
- **Observación participante y notas de seguimiento** para registrar comportamientos, avances, actitudes y aprendizajes durante las sesiones y el acompañamiento del proyecto de vida.

4.3.2.1. Reflexiono, me reconozco y resignifico mi experiencia

Este primer momento responde al objetivo específico de promover espacios de reflexión individual y colectiva que fortalezcan la identidad, la autoconciencia y la motivación para el cambio. Durante esta fase se busca generar un ambiente de confianza que permita a los participantes reconocer su historia de vida, su proceso de consumo y los significados que han construido en torno a este, favoreciendo la resignificación de sus experiencias

Este momento permitirá fortalecer el reconocimiento de sí mismos, la identificación de emociones y la motivación para continuar en el proceso de deshabituación.

4.3.2.2. Desarrollo habilidades para cuidarme y tomar decisiones conscientes

Este momento se articula con el segundo objetivo específico, orientado a fortalecer habilidades mediante estrategias de regulación emocional, afrontamiento de situaciones de riesgo y toma de decisiones conscientes.

Aquí se trabajará la adquisición y fortalecimiento de herramientas prácticas que puedan ser empleadas por los participantes dentro del programa y en su vida cotidiana, favoreciendo la prevención de recaídas y el autocuidado.

Las acciones propuestas son:

- Taller de reconocimiento y gestión emocional (identificación, expresión y regulación de emociones).
- Dinámicas de afrontamiento de situaciones de riesgo y prevención de recaídas.
- Ejercicios de toma de decisiones conscientes mediante análisis de escenarios reales y simulados.
- Actividades de fortalecimiento de la autoestima y reconocimiento de capacidades personales.

Estas estrategias se desarrollarán a través de metodologías participativas, vivenciales y creativas, que favorezcan la reflexión y la apropiación significativa de las herramientas trabajadas.

4.3.2.3. Reconozco mis redes y fortalezco mi proyecto de vida

Este momento responde al tercer objetivo específico, orientado a fomentar el reconocimiento y fortalecimiento de las redes de apoyo y del proyecto de vida, reconociendo que este último ya hace parte de las acciones desarrolladas por otras áreas dentro del programa. Desde Trabajo Social, este espacio se entenderá como un proceso de acompañamiento y fortalecimiento complementario.

Las acciones que se desarrollarán incluyen:

- Construcción del mapa de redes de apoyo, identificando vínculos protectores, vínculos de riesgo e instituciones de apoyo.

- Reflexión guiada sobre la importancia de las redes en el sostenimiento del proceso de deshabituación.
- Elaboración de compromisos personales frente a su proyecto de vida y su proceso de recuperación.
- Articulación y retroalimentación con el área del programa encargada del proyecto de vida.

Este momento busca fortalecer la sostenibilidad del proceso de deshabituación, promoviendo una visión de futuro con sentido, mayor conciencia de los apoyos disponibles y una proyección de vida más clara.

4.4. Sistema de seguimiento y evaluación

4.4.1. Seguimiento

El seguimiento del presente proyecto de intervención será de carácter formativo y participativo, orientado a monitorear el desarrollo de los talleres programados, el cumplimiento del número de sesiones propuestas y la participación de los pacientes en cada uno de los espacios grupales. Se concibe como un proceso continuo y transversal que acompaña la ejecución de los talleres orientados al reconocimiento personal, la regulación emocional, el fortalecimiento de redes de apoyo y la proyección de vida.

Este seguimiento se realizará mediante la observación participante, el registro en notas de campo, las retroalimentaciones verbales de los pacientes y los formatos de cierre de actividades, permitiendo verificar el avance en la implementación de las actividades realizadas.

4.4.2. Evaluación

La evaluación del proyecto estará orientada a valorar el cumplimiento de los objetivos planteados a partir de los indicadores definidos, especialmente en relación con el número de talleres ejecutados y su desarrollo conforme a lo planificado. Se analizará el alcance de las metas establecidas, así como el nivel de participación y apropiación de los contenidos trabajados durante las sesiones.

Para ello, se tendrán en cuenta como fuentes de verificación las notas de campo, los registros de talleres, las preguntas de cierre, las actividades escritas, las socializaciones grupales y la retroalimentación verbal de los participantes. La evaluación permitirá determinar el grado de cumplimiento del proyecto en términos de ejecución y proceso, en coherencia con los indicadores cuantitativos establecidos en la matriz.

4.4.3. Indicadores

Tabla 1
Indicadores

Objetivo	Indicador	Meta	Tipo	Fuente de verificación
Promover espacios de reflexión individual y colectiva que fortalezcan la identidad, la autoconciencia y la motivación para el cambio.	Número de talleres grupales realizados orientados al reconocimiento personal, la autoconciencia y la motivación para el cambio.	2 talleres	Cuantitativo/ proceso	Notas de campo, registros de talleres, retroalimentación verbal, formatos de actividades
Fortalecer habilidades de los pacientes, mediante estrategias orientadas a la regulación emocional, el afrontamiento de situaciones de riesgo y la toma de decisiones conscientes.	Número de talleres ejecutados sobre regulación emocional, autocuidado y habilidades para la vida.	3 talleres	Cuantitativo / proceso	Notas de campo, registros de talleres, preguntas de cierre, ejercicios escritos.

Fomentar el reconocimiento y fortalecimiento de las redes de apoyo y del proyecto de vida, que lleven a favorecer la sostenibilidad del proceso de deshabituación.	Número de talleres desarrollados orientados al fortalecimiento de redes de apoyo y la proyección del proyecto de vida.	3 talleres	Cuantitativo / proceso	Notas de campo, actividades escritas, socializaciones grupales, retroalimentación verbal.
--	--	------------	------------------------	---

5. Resultados

5.1. Resultados generales de la práctica

Durante el desarrollo de la práctica profesional en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, se dio cumplimiento a las actividades planteadas por la institución, respondiendo a las funciones asignadas desde el rol de Trabajo Social en el área de Salud Mental. La participación en los talleres grupales del Programa de Deshabituación de Consumo se realizó de manera constante y comprometida, tanto con pacientes en modalidad de internamiento como ambulatoria, lo que permitió favorecer espacios de reflexión, aprendizaje y fortalecimiento de habilidades socioemocionales. Además, se acompañaron los egresos de los pacientes que culminaron su proceso con éxito, espacios que fueron muy significativos por lo que representan para la clínica, el equipo terapéutico, las familias y los pacientes.

Asimismo, se participó en los procesos de ingreso de nuevos pacientes, en el acompañamiento individual y familiar en los momentos que se requería y en el seguimiento familiar como parte fundamental de los procesos, aportando a la articulación entre la institución, los usuarios y sus redes de apoyo, reconociendo la importancia del trabajo interdisciplinario para dar respuesta a las solicitudes y apoyos que requieren los pacientes y sus familias.

En el Programa de Rehabilitación Integral (PRI), se apoyó con el seguimiento familiar, así como el acompañamiento a las solicitudes de permisos terapéuticos, contribuyendo al seguimiento necesario para la continuidad de los procesos institucionales. De igual manera, se participó en la atención de interconsultas provenientes de los diferentes servicios que ofrece la Clínica, lo que permitió un mayor acercamiento a casos con problemáticas sociales, familiares y económicas, aportando desde el quehacer del Trabajo Social a que la estancia de cada paciente en la institución fuera más humana. No obstante, se reconoce que este fue el espacio en el que se tuvo una menor intervención directa, en comparación con el énfasis principal de la práctica en los programas de Salud Mental.

En términos generales, la práctica profesional permitió cumplir con la totalidad de los compromisos y responsabilidades asignadas, alcanzando los objetivos propuestos y aportando de manera significativa tanto al proceso formativo como practicante de Trabajo Social, como al fortalecimiento de la atención integral brindada a los usuarios de la Clínica y a sus familias.

Los talleres desarrollados se organizaron de acuerdo con los objetivos específicos del proyecto, asignando cada actividad a un objetivo particular, lo que permitió una intervención estructurada, coherente y progresiva orientada al fortalecimiento de factores psicosociales en el proceso de deshabituación.

5.2. Resultados cuantitativos

En relación con los resultados cuantitativos, se evidencia el cumplimiento del 100 % de los indicadores establecidos para cada uno de los objetivos del proyecto. La totalidad de los talleres programados fue ejecutada durante el periodo de práctica profesional, lo que permitió dar cumplimiento al plan de trabajo propuesto y garantizar el desarrollo de los espacios psicosociales orientados al acompañamiento de los pacientes del programa de deshabituación.

Tabla 2

Resultados de los indicadores

Objetivo	Indicador	Meta	Resultado	Formula	Cumplimiento
Promover espacios de reflexión individual y colectiva que fortalezcan la identidad, la autoconciencia y la motivación para el cambio.	Número de talleres grupales realizados orientados al reconocimiento personal, la autoconciencia y la motivación para el cambio.	2 talleres	2 talleres	$\left(\frac{\text{Número de talleres ejecutados}}{\text{Número de talleres programados}} \right) \times 100 \rightarrow \left(\frac{2}{2} \right) \times 100$	100%

Fortalecer habilidades de los pacientes, mediante estrategias orientadas a la regulación emocional, el afrontamiento de situaciones de riesgo y la toma de decisiones conscientes.	Número de talleres ejecutados sobre regulación emocional, autocuidado y habilidades para la vida.	3 talleres	3 talleres	$(3 / 3) \times 100$	100%
Fomentar el reconocimiento y fortalecimiento de las redes de apoyo y del proyecto de vida, que lleven a favorecer la sostenibilidad del proceso de deshabituación.	Número de talleres desarrollados orientados al fortalecimiento de redes de apoyo y la proyección del proyecto de vida.	3 talleres	3 talleres	$(3 / 3) \times 100$	100%

5.3. Resultados cualitativos

- Taller1. *Reconociendo mi historia y mi momento actual*

Este taller se desarrolló como un espacio inicial de acercamiento y reconocimiento personal, cuyo propósito fue invitar a los participantes a reflexionar sobre su historia de vida, su situación actual y los aspectos significativos que influyen en su proceso de deshabituación. A través de actividades reflexivas y de diálogo grupal, se abordaron temas relacionados con la

familia, las amistades, las experiencias vividas y las metas personales, permitiendo que cada participante se ubicara en su momento vital.

Durante el desarrollo del taller, los pacientes compartieron experiencias personales relacionadas con sus vínculos familiares y sociales, reconociendo tanto apoyos como dificultades presentes en su historia. Se evidenció apertura para expresar sentimientos asociados a la culpa, el arrepentimiento, la esperanza y el deseo de cambio, así como la necesidad de reconstruir relaciones y redefinir metas a corto y mediano plazo.

Como aprendizaje principal, los participantes reconocieron la importancia de mirarse a sí mismos desde una perspectiva más consciente y reflexiva, comprendiendo que su proceso de cambio implica no solo dejar el consumo, sino también revisar su historia, sus relaciones y las decisiones que desean tomar de ahora en adelante.

- Taller 2: *Reconociéndome*

Este taller tuvo como propósito fomentar el autoconocimiento y la reflexión personal como base para el cambio, fortaleciendo la autoestima y reconociendo que la forma en que cada persona se percibe a sí misma influye de manera significativa en las decisiones que toma a lo largo de su vida. El espacio se desarrolló mediante diversas actividades reflexivas y participativas orientadas a que los pacientes identificaran sus valores, fortalezas, aprendizajes y proyecciones personales.

Durante el desarrollo del taller, actividades como *mi árbol personal*, la *línea de vida* y el *círculo de fortalezas* permitieron a los participantes reconocer aspectos importantes de su historia, identificar valores y habilidades, y reflexionar sobre los momentos que han marcado su vida. Estas dinámicas facilitaron la expresión de experiencias personales, aprendizajes significativos y sueños a futuro, generando un ambiente de escucha y respeto dentro del grupo.

La actividad del *espejo humano* se constituyó como uno de los momentos más significativos y movilizadores del taller. Para muchos participantes, esta fue una experiencia particularmente potente, ya que evidenció la dificultad que tienen para reconocer aspectos positivos de sí mismos. Varios pacientes manifestaron que les costó mirarse y decirse cosas valiosas, debido a que a lo largo de sus vidas han recibido con mayor frecuencia señalamientos sobre lo negativo, cargando con sentimientos de culpa asociados al consumo y a errores del

pasado. Esta culpa ha reforzado creencias de no ser personas valiosas o de considerarse “malas personas”, lo cual dificulta el autorreconocimiento y la construcción de una imagen positiva de sí mismos.

A pesar de esta dificultad inicial, el ejercicio permitió que muchos participantes lograran reconocer cualidades, logros y fortalezas que no percibían anteriormente. El hecho de escuchar sus propias palabras reflejadas por otro compañero favoreció un proceso de confrontación y validación, permitiendo cuestionar esas narrativas negativas y abrir la posibilidad de mirarse desde una perspectiva más compasiva y humana.

Como aprendizaje central, el taller permitió reconocer la importancia de generar espacios de autoconocimiento que ayuden a resignificar la culpa y fortalecer la autoestima, entendiendo que el proceso de deshabituación no solo implica dejar el consumo, sino también reconstruir la relación consigo mismos desde el respeto, el amor propio y la dignidad personal. Este ejercicio aportó de manera significativa al fortalecimiento de la motivación para el cambio y al compromiso con el trabajo personal que cada participante decidió asumir

- Taller 3: *Auto cuidado y manejo emocional*.

Este taller tuvo como propósito favorecer el reconocimiento y la regulación de las emociones como un primer paso para el autocuidado y la toma de decisiones conscientes. A través de dinámicas participativas como el *semáforo emocional*, los participantes lograron identificar su estado emocional al inicio del encuentro, comprendiendo que reconocer cómo se sienten es fundamental para poder cuidarse y manejar sus emociones de manera más saludable.

Posteriormente, mediante la actividad *mi mochila de autocuidado*, los pacientes identificaron hábitos, acciones y recursos personales que les ayudan a sentirse mejor, así como aquellas situaciones o conductas que les generan malestar y que desean transformar. El ejercicio permitió reflexionar sobre la importancia de elegir conscientemente qué cargar en su vida cotidiana y qué aspectos necesitan soltar para su bienestar emocional.

El *termómetro de las emociones* facilitó la identificación de la intensidad emocional y la reflexión grupal sobre las formas en que usualmente afrontan emociones como la tristeza, el enojo, el miedo o el estrés. A partir de representaciones corporales y diálogos grupales, los

participantes compartieron estrategias de afrontamiento y reconocieron nuevas alternativas para manejar emociones intensas.

Como aprendizaje principal, los pacientes comprendieron y reconocieron que las emociones no son negativas en sí mismas, sino señales que requieren ser escuchadas y gestionadas, reconociendo el autocuidado emocional como una herramienta clave para su vida.

- Taller 4: *Tejiendo habilidades para vivir mejor*

Este taller se enfocó en el fortalecimiento de habilidades para la vida, tales como la comunicación, la toma de decisiones, el manejo de conflictos y el autocuidado, a través de actividades lúdicas y reflexivas como el *STOP de habilidades para la vida* y el *Bingo del autocuidado*.

Durante el desarrollo del taller se evidenció que los participantes identifican la toma de decisiones y el manejo de situaciones cotidianas como uno de los mayores retos en su proceso de rehabilitación. Varios pacientes manifestaron dificultades para decir “no”, manejar desacuerdos sin recurrir a la agresión o enfrentar situaciones de presión sin actuar de manera impulsiva.

Un hallazgo relevante fue el reconocimiento de que muchas situaciones asociadas al consumo estuvieron relacionadas con decisiones poco conscientes y dificultades en la comunicación. A partir del intercambio grupal, los pacientes reflexionaron sobre alternativas de afrontamiento y destacaron la importancia de fortalecer habilidades personales y sociales para prevenir recaídas.

Asimismo, se evidenció el valor del grupo como espacio de aprendizaje colectivo, donde escuchar las experiencias de otros permitió ampliar la mirada sobre las propias dificultades y reconocer que el cambio no es un proceso individual aislado, sino que también se construye en relación con los demás.

- Taller 5: *Me cuido, me disfruto*

Este taller tuvo como propósito promover el autocuidado desde una perspectiva integral, incorporando el disfrute, el descanso y el bienestar emocional como componentes fundamentales del proceso de cambio. A través de actividades corporales, dinámicas grupales y ejercicios

reflexivos como *La isla del autocuidado* y la *Receta del disfrute*, los participantes exploraron distintas formas de cuidado personal.

Uno de los hallazgos más significativos fue que, para muchos pacientes, el autocuidado estaba inicialmente asociado únicamente a normas institucionales o a la abstinencia, dejando de lado el disfrute y el bienestar emocional. Varios expresaron que les cuesta permitirse disfrutar debido a sentimientos de culpa o a la idea de que “no se lo merecen”.

A lo largo del taller, se evidenció un cambio en la comprensión del autocuidado, ampliándolo hacia prácticas cotidianas sencillas que generan bienestar, como escuchar música, compartir con otros, descansar o reírse. Los pacientes manifestaron sorpresa al reconocer que el disfrute también puede ser una forma legítima de cuidado y una estrategia para fortalecer la motivación en su proceso de deshabituación.

Como aprendizaje central, los participantes reconocieron el autocuidado como un acto de amor propio y responsabilidad personal, identificando compromisos concretos que desean incorporar en su vida diaria para favorecer su bienestar emocional.

- Taller 6: Reconocimiento del otro

Este taller tuvo como propósito fomentar la empatía, el respeto y el reconocimiento del otro como sujeto con historia, cualidades y experiencias propias, entendiendo que la forma en que las personas se relacionan influye directamente en la construcción y el cuidado de sus redes de apoyo. A través de actividades lúdicas y reflexivas, se buscó fortalecer vínculos más sanos y conscientes, como base para la sostenibilidad del proceso de deshabituación.

Durante el desarrollo del taller, las dinámicas permitieron identificar elementos comunes entre los participantes, generando un ambiente de cercanía y confianza. Esta actividad facilitó que los pacientes reconocieran que, pese a sus diferencias, comparten vivencias, emociones y experiencias similares, lo cual contribuyó a disminuir barreras, prejuicios y tensiones dentro del grupo. Este primer acercamiento permitió comprender que las redes de apoyo se construyen desde el reconocimiento mutuo y la posibilidad de sentirse parte de un colectivo.

Uno de los hallazgos más significativos se evidenció en la actividad de la *silueta de talentos y cualidades*, donde los participantes manifestaron sorpresa al leer las cualidades que otros reconocían en ellos. Varios pacientes expresaron que no suelen recibir comentarios

positivos y que les cuesta verse desde una perspectiva valiosa, lo que refleja una autoimagen deteriorada y una tendencia a enfocarse en lo negativo. Este ejercicio permitió visibilizar cómo el reconocimiento del otro fortalece la autoestima y favorece vínculos más protectores, necesarios para construir redes de apoyo sanas y significativas.

En la actividad “*El puente invisible*”, se promovió un encuentro más profundo entre los participantes, quienes compartieron aspectos personales, gustos, recuerdos y proyecciones. Al presentar a su compañero frente al grupo, se observó un esfuerzo consciente por resaltar cualidades positivas y logros personales, fortaleciendo la empatía y la capacidad de cuidar al otro desde la palabra y la escucha. Este ejercicio permitió reflexionar sobre la importancia de elegir conscientemente las personas con quienes se tejen vínculos y de asumir la responsabilidad de cuidar las relaciones que hacen parte de su red de apoyo.

Como aprendizaje central, los participantes reconocieron que el proceso de deshabituación no puede transitarse de manera aislada y que la calidad de los vínculos que construyen y mantienen influye directamente en su bienestar emocional y en la sostenibilidad del cambio. Aprender a reconocer, respetar y valorar al otro se identificó como un paso fundamental para tejer redes de apoyo más sanas, basadas en el cuidado mutuo, la confianza y el acompañamiento, elementos clave para prevenir recaídas y fortalecer el proceso de recuperación.

- Taller 7: tejiendo redes

Este taller tuvo como propósito favorecer el reconocimiento, fortalecimiento y cuidado de las redes de apoyo de los participantes, comprendiendo que el proceso de deshabituación requiere acompañamiento y vínculos significativos que aporten contención, orientación y apoyo emocional. Desde el inicio del espacio se enfatizó que las redes no se limitan únicamente a la familia, sino que incluyen personas, grupos e instituciones que pueden convertirse en soporte durante el proceso de cambio.

A través de actividades reflexivas y simbólicas, los participantes identificaron las personas e instituciones que hacen parte de su red de apoyo, reconociendo el lugar que cada una ocupa en su vida. Durante este ejercicio se evidenció que, para varios pacientes, el concepto de red estaba inicialmente reducido a una o dos personas, principalmente la familia cercana,

mientras que otros manifestaron dificultades para reconocer apoyos significativos, expresando sentimientos de soledad o distanciamiento relacional.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la ambivalencia presente en las relaciones, especialmente con algunos miembros de la familia o amistades asociadas al consumo. Varios participantes mencionaron que, aunque estas personas forman parte de su red, no siempre representan un apoyo positivo para su proceso. Este reconocimiento permitió abrir una reflexión importante en torno a la necesidad de cuidar las redes, identificar cuáles vínculos aportan al bienestar y cuáles requieren límites o transformaciones para evitar riesgos de recaída.

Asimismo, se evidenció una mayor conciencia sobre la responsabilidad personal en la construcción de redes sanas. Los pacientes reflexionaron sobre la importancia de fortalecer la comunicación, pedir ayuda cuando la necesitan y asumir compromisos frente a sus relaciones, entendiendo que las redes de apoyo no solo se reciben, sino que también se cuidan y se construyen desde la reciprocidad y el respeto.

Como aprendizaje central, los participantes reconocieron que contar con redes de apoyo claras y saludables es un factor clave para la sostenibilidad del proceso de deshabituación. Identificar apoyos protectores, resignificar relaciones y comprometerse con el cuidado de los vínculos les permitió comprender que no están solos en su proceso y que el acompañamiento social es un elemento fundamental para sostener el cambio y prevenir recaídas.

- Taller 8: *creando mi futuro*

Este taller tuvo como propósito promover la reflexión sobre el proyecto de vida y la proyección a futuro de los participantes, reconociendo que visualizar metas y sueños constituye un elemento clave para dar sentido al proceso de deshabituación y fortalecer la motivación para el cambio. El espacio se desarrolló a partir de actividades creativas y reflexivas que invitaron a los pacientes a imaginar y plasmar aquello que desean construir en su vida a corto, mediano y largo plazo.

Durante el desarrollo del taller, los participantes expresaron inicialmente dificultad para proyectarse hacia el futuro, manifestando incertidumbre, miedo o dudas frente a su capacidad de sostener el proceso. Algunos pacientes señalaron que durante mucho tiempo vivieron centrados en el día a día o en la satisfacción inmediata, sin detenerse a pensar en metas personales o planes

a largo plazo. Este hallazgo permitió evidenciar cómo el consumo ha afectado la capacidad de proyectarse y de construir sentido de vida.

A medida que avanzó la actividad, se observó una apertura progresiva a la reflexión y a la construcción de sueños personales. Los pacientes plasmaron aspiraciones relacionadas con la familia, el trabajo, el estudio, la estabilidad emocional y la reconstrucción de vínculos significativos. Un aspecto relevante fue que muchos de estos sueños se asociaron directamente al deseo de fortalecer relaciones familiares, recuperar la confianza de seres queridos y rodearse de personas que aporten de manera positiva a su proceso, evidenciando la conexión entre proyecto de vida y redes de apoyo.

Un hallazgo significativo fue el reconocimiento de que los sueños no pueden construirse de manera aislada. Los participantes expresaron que para avanzar hacia sus metas necesitan apoyo, acompañamiento y vínculos sanos que los sostengan en momentos de dificultad. Esta reflexión permitió integrar el proyecto de vida con el cuidado de las redes de apoyo, comprendiendo que proyectarse hacia el futuro implica también elegir conscientemente las relaciones que hacen parte de su camino.

Como aprendizaje central, los participantes reconocieron que visualizar un proyecto de vida les brinda motivación, esperanza y sentido al proceso de deshabituación. Asimismo, comprendieron que el fortalecimiento de redes de apoyo y la construcción de metas realistas y significativas son elementos fundamentales para la sostenibilidad del cambio, permitiéndoles proyectarse más allá del consumo y asumir compromisos personales con su bienestar y su futuro.

De manera general, los resultados del proyecto evidencian que la intervención psicosocial desarrollada a través de talleres grupales permitió generar procesos significativos de reflexión, participación y aprendizaje en los pacientes del programa de deshabituación. A lo largo de los espacios implementados se observaron avances en el reconocimiento personal, la regulación emocional, el fortalecimiento de habilidades para la vida, el cuidado de los vínculos y la proyección del proyecto de vida.

Los resultados cuantitativos dan cuenta del cumplimiento del plan de trabajo propuesto, mientras que los resultados cualitativos permiten comprender los cambios subjetivos, relacionales y actitudinales que emergieron durante el proceso. En conjunto, la intervención favoreció la construcción de sentidos más positivos sobre sí mismos, la resignificación de la culpa, el

reconocimiento del autocuidado como un acto de responsabilidad personal y la comprensión de la importancia de las redes de apoyo para la sostenibilidad del proceso de deshabitación.

6. aprendizajes adquiridos en la práctica

El proceso de práctica profesional en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, específicamente en el Programa de Deshabitación San Juan Grande, representó una experiencia significativa tanto a nivel profesional como personal. Este escenario permitió comprender con mayor profundidad la complejidad del consumo problemático de sustancias psicoactivas, entendiendo que no se trata simplemente de una conducta aislada, sino de una enfermedad mental que hace parte del campo de la salud mental. Este aprendizaje transformó la manera de mirar a los pacientes, reconociendo la importancia de abordar el consumo desde el respeto, la empatía y el acompañamiento integral, comprendiendo que la deshabitación implica aprender a reconocer y manejar la enfermedad dentro de un proceso continuo de cuidado.

Asimismo, la experiencia permitió reafirmar la relevancia de la salud mental como eje transversal del bienestar, comprendiendo que los factores emocionales, familiares y sociales inciden directamente en la sostenibilidad del cambio. Desde esta mirada, el acompañamiento psicosocial adquiere un papel fundamental en la resignificación de experiencias y en la construcción de proyectos de vida con sentido.

Uno de los aprendizajes más valiosos fue reconocer que el proceso formativo no es unilateral. A través de las historias, reflexiones y vivencias compartidas, los pacientes se convirtieron en una fuente constante de aprendizaje. De ellos se aprendió sobre resiliencia, honestidad, vulnerabilidad y capacidad de transformación, entendiendo que el ejercicio profesional también implica dejarse interpelar y crecer a partir del encuentro con el otro.

En el plano personal, la práctica permitió fortalecer habilidades para desenvolverse con mayor seguridad en escenarios grupales, liderar talleres y hablar frente a un número considerable de personas. Este proceso contribuyó al fortalecimiento de la confianza profesional, la expresión clara de ideas y la apropiación del rol como trabajadora social en formación.

En conjunto, esta experiencia no solo aportó herramientas técnicas y metodológicas, sino que consolidó una comprensión más humana y consciente del ejercicio profesional en el campo de la salud mental.

7. Propuestas para cualificar el campo de intervención profesional

El acompañamiento que se realiza a los pacientes en el Programa de Deshabitación San Juan Grande de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja se caracteriza por ser un proceso integral, humanizado y estructurado. Desde mi perspectiva, el tratamiento que ofrece la institución es sólido y positivo, especialmente por el trabajo interdisciplinario que acompaña el programa. La articulación entre las diferentes áreas profesionales permite abordar el consumo problemático de sustancias psicoactivas desde múltiples dimensiones, lo cual no siempre se evidencia en otros centros de atención. Esta mirada integral constituye una fortaleza significativa del campo de intervención.

No obstante, a partir de la experiencia desarrollada durante la práctica, se identifican algunas oportunidades de fortalecimiento. Una de ellas se relaciona con el trabajo psicosocial en torno a la culpa y la autoimagen deteriorada con la que muchos pacientes ingresan al programa. Se evidenció que varios de ellos cargan sentimientos profundos de culpa que dificultan la resignificación de sus experiencias y limitan su avance en el proceso terapéutico. En este sentido, se propone fortalecer de manera más intencionada y constante las estrategias orientadas a la resignificación de la historia personal y la reconstrucción de una narrativa más digna sobre sí mismos.

De igual manera, se considera pertinente trabajar el proyecto de vida de forma más continua y transversal durante el proceso de tratamiento. Aunque esta dimensión se aborda dentro del programa, muchos pacientes expresan temor e incertidumbre frente a lo que harán después del egreso. El miedo al retorno al entorno social y a las posibles recaídas genera ansiedad y afecta la confianza en sus capacidades. Por ello, se propone consolidar espacios más sistemáticos que integren la proyección a futuro, el fortalecimiento de habilidades y la preparación emocional para la reintegración social.

Finalmente, se identifica como oportunidad de mejora la ampliación del servicio de psicología y psiquiatría, teniendo en cuenta que el consumo problemático es una enfermedad mental que requiere seguimiento clínico constante. El fortalecimiento de estos servicios podría contribuir a una atención más oportuna, a un acompañamiento más individualizado y a un abordaje más integral de los trastornos asociados.

8. Contribuciones de la práctica a la formación profesional

La práctica profesional constituyó un aporte fundamental a la formación como trabajadora social, al permitir la articulación entre los fundamentos teóricos adquiridos durante la carrera y su aplicación en un escenario clínico real. Este acercamiento al Trabajo Social en el ámbito de la salud mental representó una experiencia formativa significativa, ya que el ejercicio en contextos clínicos no se aborda de manera amplia en las asignaturas del programa, lo que hizo de este espacio un escenario privilegiado para ampliar la comprensión del campo profesional.

La experiencia fortaleció competencias metodológicas relacionadas con la formulación de diagnósticos participativos, el diseño e implementación de intervenciones grupales y la sistematización de procesos, pero, sobre todo, consolidó la capacidad de lectura social de situaciones complejas. Fue posible comprender el consumo problemático de sustancias psicoactivas no solo desde su dimensión individual, sino en relación con las condiciones familiares, sociales e institucionales que influyen en su desarrollo y en la sostenibilidad de los procesos de deshabituación.

En este sentido, la práctica permitió desarrollar un análisis crítico frente a las barreras estructurales que inciden en los procesos de cambio, tales como la estigmatización social, las limitaciones económicas, la fragilidad de las redes de apoyo y la incertidumbre frente a la reintegración social posterior al egreso. Esta mirada contribuyó a consolidar una postura profesional más contextualizada, capaz de situar las problemáticas individuales dentro de un entramado social más amplio.

De igual manera, la experiencia fortaleció la apropiación de la ética profesional como eje transversal del ejercicio del Trabajo Social. El respeto por la dignidad humana, la confidencialidad, la no estigmatización y el reconocimiento del otro como sujeto de derechos orientaron el acompañamiento desarrollado. En un escenario de salud mental, donde los pacientes suelen cargar con múltiples juicios sociales, la ética no se reduce a un principio normativo, sino que se convierte en una práctica cotidiana que guía cada intervención.

En conjunto, la práctica contribuyó a la consolidación de la identidad profesional, reafirmando el compromiso con una intervención crítica, ética y humanizada, y ampliando la comprensión del papel del Trabajo Social en escenarios clínicos y de salud mental.

9. Aportes de la estudiante

9.1. Proceso de intervención desarrollado

Mi participación en el proceso de intervención se centró en el diseño, implementación y evaluación de una propuesta psicosocial orientada al fortalecimiento de los procesos de deshabituación, en coherencia con el diagnóstico realizado previamente. A través de la planeación y ejecución de talleres grupales enfocados en el reconocimiento personal, la regulación emocional, el fortalecimiento de habilidades para la vida, la resignificación de experiencias, el proyecto de vida y las redes de apoyo, aporté un componente reflexivo y estructurado que complementó el tratamiento terapéutico del programa.

Además de la ejecución de los espacios grupales, elaboré materiales pedagógicos, guías metodológicas y recursos lúdico-reflexivos que facilitaron la participación activa de los pacientes, promoviendo procesos de diálogo, expresión emocional y construcción colectiva de sentido. Estos aportes fortalecieron el componente psicosocial del programa, generando espacios que permitieron a los usuarios pensarse más allá del consumo y proyectarse hacia el futuro.

Mi intervención también incluyó la sistematización de los resultados cualitativos de los talleres, lo cual permitió identificar avances, resistencias y necesidades emergentes dentro del grupo, aportando insumos para la comprensión integral de los procesos de los pacientes.

9.2 Dinámica institucional

En relación con la dinámica institucional, mi participación se articuló de manera constante con el equipo interdisciplinario del programa, favoreciendo el diálogo y la complementariedad entre el componente social y el componente clínico. Apoyé procesos de interconsulta y acompañamiento según las necesidades identificadas, contribuyendo a una lectura más amplia de las situaciones familiares y sociales que incidían en los procesos de los pacientes.

Asimismo, acompañé actividades colectivas del área de salud mental, fortaleciendo la integración grupal y promoviendo espacios de participación activa. Esta articulación permitió consolidar un rol profesional dentro del equipo, aportando una mirada social que enriqueció el abordaje integral del tratamiento.

9.3. Comprensión del problema objeto de intervención

Uno de los aportes más significativos fue la incorporación de una mirada crítica e integral frente al consumo problemático de sustancias psicoactivas, reconociéndolo como una enfermedad mental atravesada por múltiples factores estructurales, familiares y sociales. Desde esta perspectiva, el análisis no se centró únicamente en la conducta de consumo, sino en las condiciones que sostienen o dificultan los procesos de cambio, tales como la fragilidad de las redes de apoyo, la estigmatización social, la culpa persistente y la incertidumbre frente al egreso.

Este ejercicio permitió aportar al equipo una comprensión más contextualizada del proceso de deshabituación, resaltando la importancia de fortalecer la resignificación de experiencias y el proyecto de vida como ejes fundamentales para la sostenibilidad del cambio.

9.4. Contexto en el que se dio la intervención

En el contexto institucional, mi práctica contribuyó al fortalecimiento del área de salud mental mediante el impulso de espacios formativos y expresivos que ampliaron las posibilidades de intervención más allá de las actividades obligatorias del programa. Las propuestas desarrolladas facilitaron escenarios alternativos de reflexión, disfrute consciente y construcción colectiva, permitiendo a los pacientes reconocerse como sujetos con capacidades, sueños y potencialidades.

Estos aportes enriquecieron el ambiente terapéutico, favoreciendo dinámicas grupales más participativas y consolidando un acompañamiento que integró la dimensión emocional, relacional y proyectiva del proceso de deshabituación.

10. conclusiones

El proceso de práctica profesional desarrollado en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja representó mucho más que el cumplimiento de un requisito académico; fue una experiencia profundamente transformadora que permitió comprender la complejidad de la salud mental y del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde una mirada humana, ética y contextualizada. A lo largo del proceso, se reafirmó que la deshabituación no es únicamente la interrupción del consumo, sino un camino de resignificación, reconstrucción de vínculos y reencuentro con el sentido de vida.

La intervención psicosocial implementada evidenció la importancia de generar espacios reflexivos que permitan a los pacientes mirarse más allá de la culpa y del error, reconociéndose como sujetos con capacidades, historia y posibilidad de cambio. El fortalecimiento de redes de apoyo, el trabajo en torno al proyecto de vida y la promoción del autocuidado emocional se consolidaron como pilares fundamentales para la sostenibilidad del proceso terapéutico.

La experiencia también permitió reafirmar el lugar del Trabajo Social en escenarios clínicos, no solo como disciplina que gestiona recursos o acompaña procesos administrativos, sino como profesión que aporta una lectura social profunda, una mirada crítica frente a las barreras estructurales y, sobre todo, una intervención basada en la dignidad humana y la ética del cuidado.

Este proceso deja una gratitud sincera hacia la institución y el equipo interdisciplinario que acompañó la formación, pero especialmente hacia los pacientes, quienes, con su historia, palabras y esfuerzo, hicieron posible cada espacio construido. Ellos enseñaron que el cambio es posible cuando se construye en relación, cuando se nombra el dolor y cuando se encuentra sentido incluso en medio de la dificultad.

Cerrar este camino implica reconocer que, verdaderamente, más allá del consumo existen historias que pueden resignificarse, redes que pueden fortalecerse y sentidos que pueden reconstruirse. Esta práctica no solo aportó herramientas profesionales, sino que reafirmó una convicción profunda: el acompañamiento psicosocial es un acto de humanidad, y tejer redes y sentidos es también tejer esperanza.

Referencias

- Alcaldía de La Ceja. (2023a). *100 días de promoción de la salud y del cuidado*. Alcaldía de La Ceja. <https://www.laceja-antioquia.gov.co/publicaciones/722/100-dias-de-promocion-de-la-salud-y-del-cuidado/>
- Alcaldía de La Ceja. (2023b). *Alcaldía de La Ceja lanza Línea Integral del Cuidado en Salud Mental*. Alcaldía de La Ceja. <https://laceja-antioquia.gov.co/publicaciones/699/alcaldia-de-la-ceja-lanza-linea-integral-del-cuidado-en-salud-mental/>
- Alcaldía de La Ceja. (2023c). *Con centros de escucha, La Ceja fortalece atención en salud mental*. Alcaldía de La Ceja. <https://laceja-antioquia.gov.co/publicaciones/529/con-centros-de-escucha-la-ceja-fortalece-atencion-en-salud-mental/>
- Alcaldía de La Ceja. (s.f.). *Página institucional*. Alcaldía de La Ceja. <https://www.laceja-antioquia.gov.co/>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivo 3: Salud y bienestar*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Ander-Egg, E. (2003). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Bruner, J. (1997). *La educación, puerta de la cultura*. Visor.
- Cámara de Representantes de Colombia. (2023). *Crisis de salud mental en Colombia: Un panorama desalentador*. Congreso de la república de Colombia. <https://www.camara.gov.co/crisis-de-salud-mental-en-colombia-un-panorama-desalentador>
- Carballeda, A. (2012). *Intervención en lo social: Una introducción a sus estrategias y metodologías*. Paidós.
- Clínica San Juan de Dios de La Ceja. (2025). *Historia institucional y programas de salud mental*. Clínica San Juan de Dios de La Ceja. <https://clnicasanjuandedios.com/>
- Coll, C. (1996). *Constructivismo y educación escolar*. Paidós.
- Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Proyecciones de población por municipio, 2024*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>
- Colombia. Congreso de la República. (2012). *Ley 1566 de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen 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, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental*. Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

- Colombia. Congreso de la República. (2025). *Ley 2460 de 2025, por la cual se adoptan medidas para fortalecer la atención en salud mental en Colombia*. Diario oficial.
<https://www1.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=260636>
- Colombia. Congreso de la República. (2000). *Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal colombiano*. Diario oficial.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388>
- Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. (2015). *Lineamientos de política pública para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas*. Diario oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Diario oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamientos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas*. Diario oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Diario oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Diario oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *66% de colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental*. Diario oficial.
<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*. Diario oficial. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx>
- Consejo Nacional de Trabajo Social [CNTS]. (2015). *Código de ética del Trabajo Social en Colombia*. CNTS.
- Consejo Nacional de Trabajo Social [CNTS]. (2018). *Código de ética del Trabajo Social en Colombia*. CNTS.
- Consejo Nacional de Trabajo Social [CNTS]. (2019). *Código de ética del profesional en Trabajo Social en Colombia*. CNTS.
- Cruz Roja Española. (s.f.). *Salud mental*. Cruz Roja. <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/salud-mental>
- D'Angelo, H. (2004). *Proyecto de vida y desarrollo integral humano*. Editorial Pueblo y Educación.
- Departamento Nacional de Planeación. (2020). *Documento CONPES 3992: Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*. Consejo Nacional de Política Económica y Social.
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

- Durán, M. (2009). *Educación y desarrollo humano*. Editorial Magisterio.
- 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>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014). *Definición global del Trabajo Social*. <https://www.ifsw.org>
- Galeano, M. E. (2004). *Diseños de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Galeano, M. E. (2011). *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada*. La Carreta Editores.
- Gergen, K. J. (2007). *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Paidós.
- Gobernación de Antioquia. (2023). *Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y competitividad municipal*.
- Gobernación de Antioquia. (2023). *La Gobernación de Antioquia fortalece las acciones por la salud mental de los antioqueños*. <https://antioquia.gov.co/prensa/historico-de-prensa-2/20707-la-gobernacion-de-antioquia-fortalece-las-acciones-por-la-salud-mental-de-los-antioquenos>
- Gobernación de Antioquia. (2023). *Programa Salud para el Alma: Informe de gestión 2023*. <https://www.antioquia.gov.co/salud-para-el-alma>
- Gobernación de Antioquia. (2024). *Plan de Desarrollo Departamental 2024–2027*. <https://www.antioquia.gov.co/plan-desarrollo-2024-2027>
- Gobernación de Antioquia. (2024). *Plan de Desarrollo Por Antioquia Firme 2024–2027*. <https://acortar.link/rpxzPD>
- 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
- Infobae. (2025). *Cifras alarmantes: Estos son los problemas de salud mental más frecuentes en Bogotá*. <https://www.infobae.com/colombia/2025/02/12/cifras-alarmanentes-estos-son-los-problemas-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-bogota/>
- Martínez, M., & Torrecilla, A. (s.f.). *Aportes a la construcción del objeto de intervención en Trabajo Social*. Universidad Nacional de La Plata.
- Mi Oriente. (2023). *La Ceja fortalece sus estrategias para mejorar la salud mental de sus habitantes*. <https://mioriente.com/altiplano/la-ceja-estrategias-salud-mental.html>
- Objetivo 3: Salud y Bienestar. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Asamblea general de las Naciones Unidas (2015). Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

- Observatorio de Salud de Bogotá. (2019). *Consumo abusivo o problemático de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.* Secretaría Distrital de Salud. <https://saludata.saludcapital.gov.co>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Normas internacionales sobre tratamiento del uso de drogas.* UNODC.
- Ojeda, P., & Zuñiga, C. (2020). El diagnóstico participativo en la investigación social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(2), 261–274.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas y salud mental.* OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre salud mental y consumo de sustancias.* OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe sobre la salud mental en el mundo.* OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- 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>
- 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.* https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud mental.* <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Ortegón, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico.* CEPAL–ILPES.
- Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. (2022). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
- Política Nacional de Salud Mental. (2018). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones 2022–2040. (2022). Asamblea Departamental de Antioquia. <https://asambleadeantioquia.gov.co/...>
- Protección y promoción de derechos humanos en salud mental. (s.f.). Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/proteccion-promocion-derechos-humanos-salud-mental>
- Ruiz, A., & Sánchez, L. (2018). *Procesos de rehabilitación y deshabituación en contextos clínicos.* Universidad Nacional de Colombia.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2023). *Informe de salud mental Oriente Antioqueño 2023*. <https://www.dssa.gov.co>

Sluzki, C. E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.

Anexos

Anexo 1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	1 MES				2 MES				3 MES				4 MES				5 MES				6 MES			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Contextualización																								
Diagnóstico																								
Objeto de intervención																								
Proyecto de intervención																								
Ejecución del proyecto																								
Seguimiento y evaluación																								
Avances de ejecución de proyecto																								
Entrega final: Proyecto de intervención																								

Anexo 2 Presupuesto

RECURSOS	VALOR ESTIMADO
TRANSPORTE	\$880.000
IMPRESIONES	\$100.000
MATERIALES DIDÁCTICOS	\$300.000
HOJAS DE BLOCK	\$50.000
ESPACIOS DE TALLER	\$0
COMPUTADOR Y CONEXIÓN	\$150.000
RECURSOS HUMANOS	\$0
TOTAL:	1'480.000

Anexo 3 Fotografías





Anexo 4 Consentimiento informado**PROYECTO****Más allá del consumo: tejiendo redes y sentidos en procesos de deshabituación.**

Persona responsable: Valentina Serna González.

Certifico que yo, _____, con documento de identidad _____ he sido invitada/o a participar de este proyecto sobre _____ que está realizando la practicante de Trabajo Social de la universidad de Antioquia, quien acompaña el programa del cual hago parte en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja.

- Se me ha explicado cada uno de los objetivos del proyecto
- Tengo claro que la información suministrada por mis compañeros y por mi persona será usada únicamente para fines investigativos y en favor de los pacientes y el programa del que hacemos parte.

Me informaron que:

- La colaboración en este estudio es completamente voluntaria; es decir, puedo negarme a participar o a responder las preguntas que quiera, sin que esto ocasione ningún tipo de sanción.
- De tener alguna duda, o considerar que hay algo inadecuado por parte de quien está realizando el proceso, puedo comunicarme con: Valentina Serna González.

Dado lo anterior, certifico que acepto participar en el presente estudio.

Firma:	Documento de identidad:
--------	-------------------------