

**PROYECTO DE PRÁCTICA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA SALGAMOS
JUNTOS ADELANTE**

Arley Cardona Arango

Docente: Viviana Racero

Cooperador: Astrid Álvarez Tobón

Agencia: Clínica Soma

Protección social (Staff de práctica nivel III)

Universidad Católica Luis Amigó

Medellín, 2023

TABLA DE CONTENIDO

1. Contexto institucional.....	7
1.1 Identificación general de la agencia de práctica.....	7
2. Direccionamiento estratégico.....	8
2.1	9
2.2	9
2.3	10
2.4	11
2.5	12
2.6	14
2.7	15
3. Marco legal.....	16
4. Rol del trabajo social.....	19
4.1	23
4.2	25
5. Diagnóstico social.....	24
6. Situación problema.....	26
7. Objetivos.....	29
8. Marco categorial.....	30

9. Metodología.....	35
10. Técnicas para la recolección de la información.....	39
10.1. Guía para la realización de la técnica entrevista.....	43
10.2. Guía para la aplicación de la técnica análisis de experiencias o historia de vida.....	44
11. Matriz categorial.....	45
12. Cronograma de actividades.....	47
13. Tabulación de la información recolectada.....	48
14. Análisis de la información recolectada.....	54
15. Objetivo.....	58
16. Árbol de problemas.....	59
17. Nombre del proyecto.....	60
18. Justificación.....	61
19. Beneficiarios.....	63
20. Objetivos de la propuesta.....	65
21. Metodología de la propuesta.....	66
21.1 Paradigma.....	66

21.2 Teoría.....	66
21.3 Método.....	67
21.4 Modelo.....	67
21.5 Tipología profesional.....	68
21.6 Nivel de intervención.....	68
22. Plan de acción de la propuesta	70
23. Presupuesto total de la propuesta.....	71
24. Cronograma de trabajo	72
25. Anexos.....	73
26. Sistema de evaluación y seguimiento.....	76
26.1 Justificación.....	76
26.2 Objetivo de evaluación.....	76
26.3 Metodología.....	76
27. Matriz de indicadores.....	79
28. Entrevistas.....	81

29. Análisis.	82
30. Conclusiones.....	83
31. Recomendaciones.....	84
32. Referencias.....	85
33. Anexo informe de desarrollo de actividades.....	90

Introducción

El presente proyecto de investigación se elabora inicialmente con dos propósitos, en su primer momento será reconocer el contexto institucional en el cual se está realizando el proceso de práctica profesional, partiendo de un análisis macro en el que se identifican algunos de los agentes que hacen parte del componente macro de la clínica Soma, dando así a conocer un poco de la historia de la institución y posteriormente se detallan las particularidades del campo de práctica, entendido como lo micro; en este momento de la investigación se da una identificación general de la agencia, posteriormente se detalla el direccionamiento estratégico, el marco legal y las principales funciones de nuestra profesión como trabajadores sociales en la institución. Es así como lo menciona el Parque de la Vida & U. de A. (2020):

Caracterizar hace referencia a identificar las particularidades de una población, o grupos de interés, con el fin de segmentarlos en grupos que comparten atributos similares y a partir de allí gestionar acciones para el diseño o adecuación de la oferta institucional, el establecimiento de una estrategia de implementación o mejora de canales de atención en general, la adecuada implementación y evaluación de políticas públicas entre otras.

Posterior a la caracterización institucional, se da paso a un segundo momento del proyecto conocido como el momento de diagnóstico social, entendido como:

Un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y

evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias pre- visibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas. (Ander-Egg, 1999. Pág. 32).

A partir de la conceptualización tanto teórica como metodológica de lo que es un diagnóstico social se da paso al entendimiento de, para qué sirve y por qué es importante, y posteriormente se da paso al reconocimiento de la situación problema que nos permitirá identificar la población objeto de intervención, todo esto mediante la observación no participante.

Posteriormente se dará paso al desarrollo de la propuesta de intervención con la que se pretende abordar la problemática identificada durante el proceso de diagnóstico, todo esto soportado bajo unas bases teórico metodológico que sustentan dicha propuesta y que se desarrollará mediante la propuesta de diferentes actividades que serán desarrolladas posteriormente durante el nivel de práctica II.

Finalmente se dará paso al proceso de evaluación de la propuesta para conocer cuáles han sido los alcances de la propuesta y así poder reconocer posibles puntos de mejora y algunas indicaciones que servirán para seguir aportando al reconocimiento, inclusión, rehabilitación y finalmente la resocialización de usuarios en condición de habitantes de calle.

Momento 1.

1. Contexto Institucional

Se realiza de manera general la presentación de la institución donde se está llevando a cabo el proceso de práctica profesional.

1.1 Identificación general de la agencia de práctica

Nombre del escenario de práctica: Clínica Soma

Nit: 890.903.777-9

Dirección: Cl. 51 #45-93.

Teléfono: (4) 576-8400

Municipio/Barrio/Corregimiento/Vereda: Medellín/ Avenida Oriental con la Playa

Departamento: Antioquia

Director o Gerente: Víctor Manuel Blair Llorens

Teléfono de contacto: 5776-8400 Ext. 8491

Correo electrónico: gerencia@soma.com.co

Nombre del Cooperante y teléfono de contacto: Astrid Álvarez Tobón/ 3016454011

Correo electrónico: trabajosocial@soma.com.co

2. Direccionamiento

Estratégico

Durante esta parte del proyecto encontraremos una pequeña reseña histórica institucional, además de dar a conocer la visión, misión, políticas institucionales y valores corporativos.

2.1 Historia (de la institución)

La Clínica SOMA es una institución prestadora de servicios de salud que inició labores el 28 de enero de 1948, en la antigua Clínica Santa Ana y la comunidad de las Hermanas Carmelitas Misioneras las cuales se hicieron cargo de los servicios generales y el servicio de enfermería. Debido a las necesidades de formación de este último la clínica fundó la escuela de enfermeras, la cual hoy funciona en la Universidad de Antioquia. Igualmente se creó el primer servicio de Anestesiología de Medellín con dedicación exclusiva, además del servicio de laboratorio clínico y de radiología. Posteriormente se inauguró el servicio de urgencias con médicos residentes las 24 horas.

Con el deseo de tener un nuevo espacio los socios se reunieron un día de febrero de 1952, donde se inició el fondo de construcción de la nueva sede, lo que hizo posible que el 19 de marzo de 1958 se inaugura el actual edificio de la Clínica.

2.2 Misión

“En Soma, la experiencia y el amor por lo que hacemos lo entregamos en soluciones para tu bienestar” (Soma, s.f.). Entendiendo que con esta misión clínica se dirige a todo el personal y usuarios como los principales destinatarios y con el fin de poner el nombre de Soma como una marca de reconocimiento no solo a nivel municipal, sino también nacional.

“Resalta la experiencia de la institución (70 años) y su compromiso de hacer las cosas con amor, lo cual se refiere a la labor del personal asistencial y administrativo para cuidar y atender con calidad y calidez”. (Soma, s.f.). Se destaca institucionalmente para cada uno de sus procesos unos planteamientos instituciones como el de “Soluciones para tu bienestar”, el cual hace referencia al respeto entre colaboradores, para con los usuarios y todo el compromiso institucional para identificar y atender sus necesidades, proteger y cuidar su salud, en un marco de humanización. El respeto por los clientes internos (socios, empleados y contratistas) hace referencia al compromiso institucional para responder e identificar necesidades y poder trabajar en un ambiente laboral agradable, desde todo punto de vista humanizado y seguro.

2.3 Visión

“La Clínica Soma en 2025 será reconocida como una institución moderna, con servicios de mediana y alta complejidad, enfocada en la atención integral, humanizada, accesible a todos nuestros clientes y usuarios, apoyada en su excelente capital humano”. (Soma, s.f.). De donde podremos entender una visión institucional en varios términos como los son:

- **En 2025:** Se establece un horizonte temporal a 5 años para el logro final de la visión pero se empezará a trabajar desde 2020.
- **Reconocida:** Un reconocimiento que deberá provenir principalmente de los usuarios, sus acompañantes y familiares, y en segundo lugar de los aliados estratégicos y convenios externos.
- **Institución Moderna:** Remodelar la infraestructura para brindar servicios de calidad, con eficiencia, eficacia y seguridad en los procesos.

- **Servicios de mediana y alta complejidad, enfocada a la atención**

integral: Permitir estar a la vanguardia en la prestación de cada uno de los servicios para brindar atención oportuna y eficiente, que responda a cada una de las necesidades de los usuarios.

- **Humanizada:** Contar con una política y un programa de humanización enfocado a los usuarios, familiares y acompañantes y a nuestros clientes internos.

- **Accesible a todos nuestros clientes y usuarios:** Dar a los usuarios unas estrategias de pago y accesibilidad a cada uno de los servicios prestados por la institución.

- **Apoyada en su excelente capital humano:** Reconocer el excelente capital humano y sus potenciales destrezas para seguir enriqueciendo la atención brindada a cada uno de los usuarios.

2.4 Políticas Institucionales

La Clínica SOMA cuenta con unas políticas generales mediante las cuales se pretende brindar y garantizar a cada uno de sus usuarios, familiares y colaboradores una atención segura, una infraestructura moderna y una eficaz y eficiente atención para dar solución oportuna a sus necesidades. Dentro de sus principales políticas están:

- ✓ **Política de calidad:** Es una de las política de la Clínica SOMA prestar servicios integrales de salud en forma eficiente, confiable, segura y rentable, mediante la prestación de servicios de salud con un equipo humano competente, orientados en la satisfacción de las entidades del Sistema de Seguridad Social de salud y los usuarios.

- ✓ **Política de seguridad:** Es política de la Clínica SOMA ofrecer a los usuarios una atención segura, mediante el reconocimiento de riesgos potenciales en su atención, para proponer estrategias de afrontamiento que minimicen el impacto negativo derivados de las atenciones inseguras.
- ✓ **Política ambiental:** Como Clínica se está comprometido con el desarrollo de estrategias de mitigación del impacto negativo en contra del medio ambiente, derivado de los procesos y contando con la participación activa del personal administrativo y asistencial, los contratistas y los proveedores; todo esto con el propósito de dar cumplimiento a la normatividad ambiental vigente.
- ✓ **Política de Participación Social:** Es política institucional contar con la activa participación de los usuarios y colaboradores en el mejoramiento de los procesos y potenciando en todo momento la inclusión y el reconocimiento del otro para favorecer un continuo mejoramiento institucional. En tal sentido, la Clínica SOMA propiciará espacios de participación social para los usuarios.

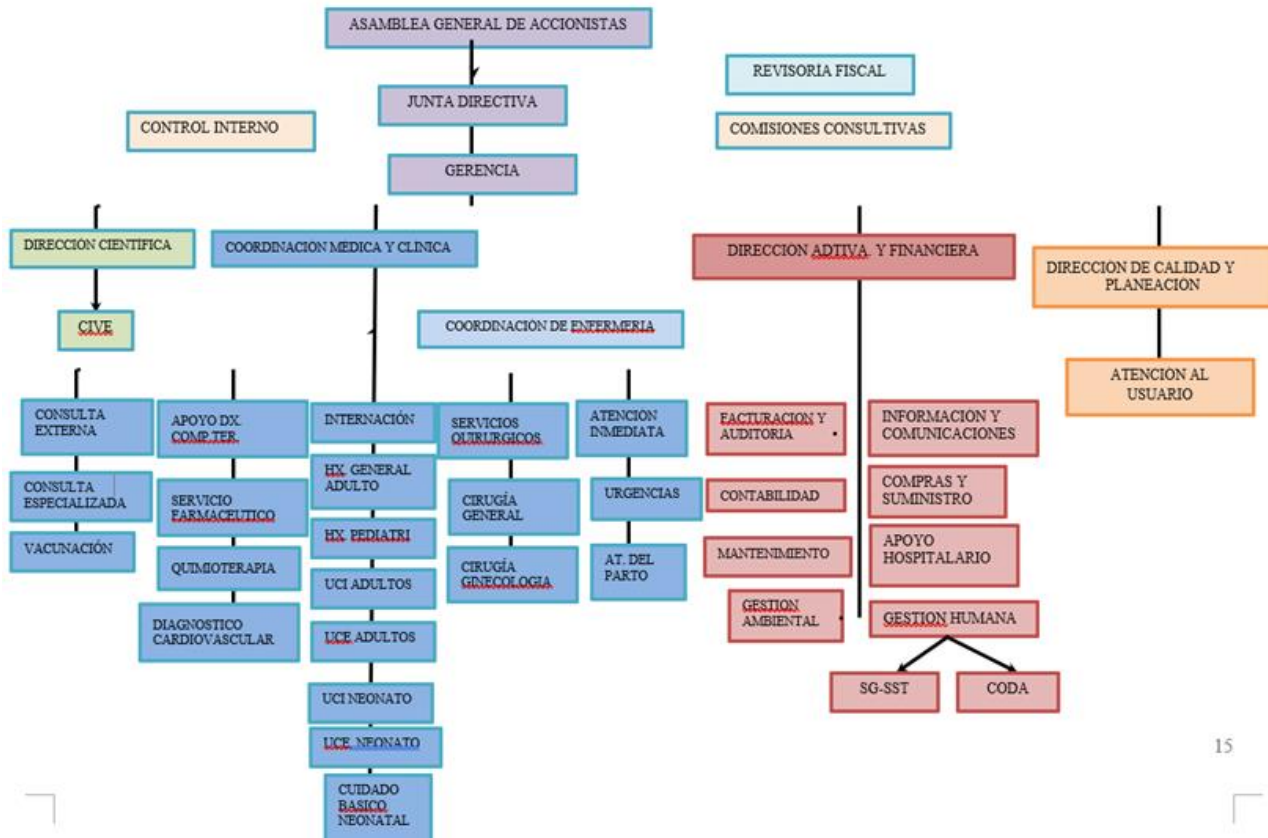
2.5 Valores Corporativos

- **Compromiso con la excelencia:** Es la voluntad inquebrantable de la Clínica como organización, y de todos y cada uno de sus empleados y colaboradores, de hacer las cosas bien desde la primera vez y de aprender para mejorar continuamente.

- **Respeto:** Son seres humanos al servicio de seres humanos, y por eso todas nuestras interacciones y comunicaciones deben caracterizarse por un trato digno, acorde a nuestra condición de seres humanos, poseedores de sentimientos y valores que no se deben lastimar.
- **Liderazgo:** En Soma se destacan por las cosas positivas: un excelente servicio, el amor por lo que hacemos, el respeto por nuestros pacientes y sus familias. Queremos ser los mejores en recuperar la salud para el cuerpo y la paz para el alma de quienes nos visitan.
- **Innovación:** Creen que todo lo bueno puede mejorar y por ello abrimos nuestras mentes y nuestros corazones para proponer y aceptar el cambio, para reconocer que no existe una sola forma de hacer las cosas bien y que la tecnología puede ser un gran aliado de la excelencia.
- **Responsabilidad Social:** Entienden que más allá de nuestra misión tenemos un compromiso con la sociedad a la que pertenecemos y por ello somos respetuosos de las normas, cuidamos del medio ambiente y contribuimos al desarrollo y a la sostenibilidad del país.

Organigrama de la institución:

De la siguiente manera se encuentran distribuidas la organización de acuerdo a la jerarquía institucional.



2.6 Programas, proyectos y servicios

Uno de los proyectos más representativos de la institución es la Fundación SOMA, la cual se encuentra ubicada en el municipio de Chigorodó en la región del Urabá Antioqueño, lugar donde se creó La Unidad Materno Infantil del municipio, beneficiando por medio de su labor a una de las regiones más marginadas en lo que respecta al acceso a servicios médicos, lo que aumenta especialmente sus tasas de mortalidad materna y perinatal.

Los servicios que ofrecen son Obstetricia, Cirugía, Ginecobstetricia, Unidad de Cuidados Neonatales y Hospitalización. Dentro de la fundación se busca desde el año 2009 brindar a la comunidad una atención con solidez, universalidad y equidad; siendo una fundación sin ánimo de lucro para así garantizar establecer una organización sólida y dispuesta para el servicio.

Se consideró reabrir la UNIDAD MATERNO INFANTIL DE CHIGORODÓ, ubicada en el municipio con su mismo nombre, por ser un sitio estratégico y equidistante para los 21 municipios que conforman el Gran Urabá, además de los 3 municipios del Occidente Antioqueño cercanos a esta subregión. Esta entidad de salud que hacía falta, se constituyó con unas condiciones que garantizan su operatividad y cumplimiento de objetivos. (Soma, s.f.)

Dicha fundación representa para la clínica Soma una de sus principales proyectos, mediante el cual se busca impactar significativamente en la recuperación y cuidado de la comunidad materno infantil de los municipios de Chigorodó, pero también del que se pudieran beneficiar todas las comunidades de la región. Mediante la implementación de dicho programa se

ha podido dar respuesta rápida y oportuna a las problemáticas de salud derivadas de la gestación y la potencial muerte materna infantil.

Por otro lado la clínica Soma en la ciudad de Medellín cuenta con los siguientes servicios: Anestesia, Cardiología pediátrica, Cuidado básico neonatal, Cuidado intensivo para adultos, Cuidado intensivo neonatal, Cuidado intermedio para adultos, Cuidado intermedio neonatal, Dermatología, Diagnóstico cardiovascular, Endoscopia digestiva, Esterilización, Farmacia, Fisioterapia, Ginecobstetricia, Infectología, Medicina física y rehabilitación, Medicina general adultos, Medicina general pediátrica, Medicina interna, Neurocirugía, Neurología, Odontología general, Oncología clínica, Ortopedia oncológica, Ortopedia y/o traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Quimioterapia, Trasplante de tejido osteomuscular, Urgencias, Urología, Vacunación.

3. Marco legal

Aquí podremos encontrar todo lo que tiene que ver con el marco legal y la normatividad que regula las actuaciones profesionales para la prestación en servicios de salud y cada uno de los decretos, leyes y normas que regulan nuestro quehacer desde atención al usuario.

Código de ética y buen gobierno

El código de ética y buen gobierno de la Clínica SOMA, tiene plasmada la filosofía, las prácticas y políticas que rigen las actuaciones de los empleados de la institución, especialmente en lo concerniente a las relaciones entre los diferentes grupos de intereses, además contiene las disposiciones y orientaciones que son de vital importancia para el buen funcionamiento de la clínica.

Resolución 001 de 2019

La Clínica Soma (2019), en la Resolución 001 de 2019 adopta la Segunda Versión del Código de Ética y Buen Gobierno, la cual se aprobó el 27 de julio del mismo año. En este documento se expone:

- Origen y naturaleza institucional
- Direccionamiento estratégico
- Principios éticos
- Naturaleza y objetivo del código
- Valores que rigen el actuar en SOMA S.A

- Responsabilidad social y relaciones con el entorno
 - Manejo de información
 - Interacción con los grupos de interés
 - De la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo
 - Políticas, procesos y características de buen gobierno para la gestión Institucional
 - Conflictos de interés
 - Solución de controversias
 - Autocontrol y vigilancia
 - Conducta personal
 - Mecanismos de difusión y socialización del Código de Ética y Buen Gobierno
 - Control de gestión

Dentro de las principales normas y leyes que rigen los servicios brindados en la institución se encuentra el DECRETO 1757 DE 1994 mediante el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto 1298 de 1994, ya que desde nuestra intervención en la oficina de atención al usuario y a los casos interconsultados por los profesionales de la institución se debe garantizar la libre expresión de los usuarios y el entendimiento de los mismos desde sus diferentes problemáticas y sentires. El ACUERDO NÚMERO 029 DE 2011 (28 de diciembre de 2011) “por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza inteligentemente el Plan Obligatorio de Salud” ya que como profesionales de intervención en Trabajo social y al estar en una institución prestadora de salud

se debe garantizar para cada uno de los usuarios que cuenten con las condiciones de salud y a los que se les garantice su prestación de servicios de salud en todo momento sin importar su condición social y mucho menos económica. La LEY 972 (Julio 15) por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida, el DECRETO NÚMERO 2734 DE 2012 Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia ya que desde nuestra intervención se da la atención de usuarios con enfermedades como el VIH y la TBC, donde nuestra función para estos casos es hacer el proceso de contra-referencia a la EPS para su atención y seguimiento a la enfermedad para que se garantice la entrega de su medicación. La LEY 691 DE 2001 (Septiembre 18) mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia ya que durante nuestra intervención y al ser una institución prestadora de servicios de salud que se encuentra en el centro de la ciudad, podemos encontrar población de diferentes etnias y a los que se les debe garantizar la atención y prestación de un servicio óptimo y oportuno; también encontramos la “CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 000004 (24 de Marzo de 2015) Instrucciones para la prestación de los servicios de salud de los adultos mayores”, dado que muchas veces durante el proceso de atención encontramos población adulta mayor a la que debemos intervenir para el reconocimiento de redes de apoyo y donde se da vulneración de sus derechos.

Otra de las leyes que rigen nuestro actuar durante la intervención de Trabajo Social en la institución es la LEY 1098 DE 2006 (NOVIEMBRE 8) “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, ya que durante nuestro actuar en la profesión intervenimos a muchos niños, niñas y adolescentes a los que se les debe garantizar en todo momento el respeto de sus derechos y promover la atención segura.

4. Rol del Trabajo Social

El área de Trabajo Social inició en la clínica Soma en el año 2013 y con la Trabajadora Social María Isabel Tamayo quien realizaba las intervenciones profesionales. Todo esto derivado de la necesidad como institución de poder brindar a los usuarios una atención psicosocial que favoreciera desde todo punto de vista el reconocimiento de los mismos y una atención oportuna de acuerdo a sus necesidades físicas y sociales; pero para esta fecha la institución o más bien el área de Trabajo Social, no tenía un monto asignado para dar atención oportuna a las situaciones de precariedad que requerían de recursos económicos. Ya en el año 2015 ingresa la Trabajadora Social Astrid Helena Álvarez quien se dio a la tarea de gestionar recursos económico para brindar asistencia a las personas que presentaban esta necesidad, y así se empezó a demostrar la importancia que el área requería, de recursos para aportar al bienestar del paciente y su egreso a sus residencias de manera oportuna cuando no cuentan con las posibilidades económicas.

Posterior a la gestión realizada por la trabajadora social y durante casi 9 años de participación de los profesionales en Trabajo Social en la institución se han establecido unas funciones principales para ellos, las cuales procuran dar respuesta a las interconsultas generadas por los profesionales que detectan algún tipo de necesidad a partir de la valoración el grupo psicosocial. Dentro de sus funciones específicas se encuentran:

- Realizar las intervenciones correspondientes para dar respuesta y seguimiento a las interconsultas del área, clasificadas en restablecimiento de derechos, intento suicida, negligencia a menores, redes de apoyo, violencia de género, apoyo de alimentación, apoyo de transporte y solicitud de mensajería.
- Sensibilizar al acompañante para la adherencia a las recomendaciones médicas tanto durante su estancia como al momento del egreso.
- Verificar red de apoyo y nivel de vulneración del paciente, una vez identificada la problemática se gestiona con la Red de apoyo social a quien corresponda, en el caso de abandono se dirige el caso a AMAUTTA (Secretaría de Inclusión Social y Familia) y se reubica el paciente en un albergue. En caso de maltrato se notifica a la Comisaría de Familia o al ICBF.
- Identificar la situación socioeconómica del paciente y de su acompañante. Una vez identificada se evalúa la necesidad y dependiendo de lo hallado se hace el enlace con el servicio de alimentación para su autorización.
- Gestionar con las diferentes instituciones (Alcaldías, Personería, Policía, ICBF, etc.) la problemática encontrada en la población especial (Indígena, desplazado, habitante de calle, adulto mayor, menores de edad, etc.), identificando sus derechos y gestionando de forma temprana el programa al cual debe ser remitido.
- Agilizar el alta para aquellos pacientes en situación de calle o abandono y en los casos de pacientes provenientes de otros municipios que necesitan continuar con tratamiento médico y no cuentan con la capacidad económica para cubrir dicha estancia en la ciudad.

- Notificar los casos de violencia de género y/o abuso sexual a Agencia mujer y CAIVAS
- Orientar al paciente y a su familia en los programas sociales a los cuales puede acceder.
Apoyo en otras actividades definidas por la trabajadora social.
- Orientar al paciente o a la familia en los programas sociales en los cuales tiene derecho y puede acceder.
- Gestionar a través de la OPADI (Oficina para atención a discapacitado – Registraduría Nacional) la plena identidad del paciente, para una vez conocer datos de identificación proceder a la búsqueda de la red de apoyo familiar y a su vez facilitar el proceso de búsqueda en las bases de datos de los diferentes aseguradores obteniendo un responsable directo de la atención y del pago de esta. (Facilita proceso de la facturación de forma indirecta)
- Identificar la situación social y económica del paciente y su acompañante. De ser necesario gestionar transporte con la alcaldía respectiva o en última estancia con las directivas de la clínica que garanticen el regreso a casa del paciente en forma oportuna (egreso oportuno) y en condiciones de seguridad.

4.1 Funciones del practicante de trabajo social

Las funciones del practicante se basan en el acompañamiento de todos los procesos que suceden en el área, representando un apoyo para el trabajador social de la institución. Sus funciones específicas son:

- Realizar intervenciones.
- Imprimir formatos de intervención.

- Hacer nota de las intervenciones.
- Notificar todos los casos a los entes competentes.
- Escanear, fotocopiar o imprimir los documentos solicitados para las actuaciones correspondientes.
- Reconocer y llevar registro de los defensores de familia asignados a los casos notificados a ICBF.
- Solicitar y autorizar alimentaciones a SALAMANCA vía correo electrónico.
- Llevar control de los registros de pago realizados dentro del área y llevarlos a presidencia
- Consolidar la trazabilidad de los casos y contribuir al cierre oportuno de estos una vez hayan egresado de la institución.
- Solicitar cupos en albergues en caso de que sea necesario.
- Solicitar visitas intrahospitalarias de Centro día y AMAUTTA.
- Realizar contra referencia a las EPS para el seguimiento de casos como intento de suicidio, negligencia a menores, VIH y TB o cualquier diagnóstico que necesite agilización de citas médicas o medicamentos.
- Notificación de casos de violencia física, abuso sexual, negligencias, intentos suicidas, tóxicos positivos, TB y VIH a SIVIGILA por medio de correo electrónico.
- Realizar cartas de compromiso para los pacientes.
- Organizar casos por carpetas.
- Mantener el orden respectivo de cada caso.
- Recordar nombre y situación de cada caso.
- Descargar historias clínicas.

4.2 Población participante

El proceso de intervención psicosocial en la clínica Soma se realiza en conjunto entre trabajo social y psicología, todo ello con el fin de garantizar una intervención que permita garantizar desde todo punto de vista la resolución no solo de problemáticas de afectación psicológica, sino también de carácter social. Dentro la principal población para llevar a cabo dicha intervención está la siguiente:

- Adulto mayor.
- Pacientes psiquiátricos.
- Pacientes con Dx. de VIH y TB.
- Habitantes de calle.
- Pacientes sin acompañante o sin red de apoyo.
- Niños, niñas y adolescentes (NNA) con sospecha de abuso sexual, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias o tóxicos positivos, intento suicida, negligencia por parte de los padres, en estado de embarazo o con aborto espontáneo.
- Adultos con intento suicida y débil red de apoyo.
- Madres gestantes con tóxicos positivos.
- Mujeres víctimas de violencia de género.
- Pacientes víctimas de violencia física.
- Padres cuyos hijos no cuenten con carnet de vacunas y de crecimiento y desarrollo completos.
- Acompañantes de los pacientes poco adherentes a los tratamientos.
- NN: Pacientes sin identificar.

MOMENTO 2.

En esta parte del proyecto encontraremos todo lo que tiene que ver con lo que es el diagnóstico social y el planteamiento del problema, tanto desde lo observado en el campo de práctica como desde la postulación de algunos autores.

5. Diagnóstico Social

Para llevar a cabo un proceso de diagnóstico desde el trabajo social se hace necesario llevar a cabo una serie de estudios y procedimientos, mediante los cuales se pueden observar y evidenciar ciertas situaciones que pueden ser consideradas como problemáticas; pero donde es necesario iniciar por un reconocimiento macro de realidad vivida por los usuarios en condición de habitantes de calle, entendiendo desde todo punto de vista el lugar, las situaciones, las relaciones que allí se dan intra y externamente con otras personas, instituciones o comunidad en general. Ezequiel Ander Egg (2014) *“se refiere a los problemas sociales como situaciones de desequilibrio que implican reformulación y constituyen asuntos inquietantes del seno de una sociedad”*. (P.276). Los problemas en sí representan un proceso de desequilibrio para el individuo, familia o comunidad que los viene presentando y representa para la experticia del profesional en trabajo social la necesidad de diagnosticarlos de manera adecuada, para evitar que quienes vienen presentando la afectación la sigan padeciendo.

Para realizar un proceso de reconocimiento, comprensión y análisis de este problema social se hace necesario que mediante un proceso de caracterización que según Horton, Paul, Leslie & Gerald (1955), citados por Suárez (s.f) contiene como dimensiones: una condición que afecta a un número significativo de personas, que la diferencia de los problemas individuales y

grupales, ésta condición debe ser considerada perjudicial para un número considerable de personas, y la creencia en que es posible la solución por medio de una acción colectiva. Todo esto despertando en el profesional del Trabajo Social la manera más adecuada para considerar además de la naturaleza multicausal de los problemas, los escenarios, sus características y el concepto de problematización.

De aquí se entiende entonces que un diagnóstico social consiste en:

Un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas. (Aguilar Idáñez & Ander-Egg, s.f., págs. 31-32).

Partiendo de lo anterior un diagnóstico social implica un proceso de rastreo, observación y reconocimiento de esos procesos que causan disconfort en los usuarios, derivados de procesos complejos en sus relaciones sociales y familiares que conllevan a sufrir de cierta forma en el desarrollo de sus vidas, todo esto realizado mediante la observación de aquellas problemáticas y necesidades que son encontradas en un lugar determinado para comprender cuál ha sido su trayectoria en el tiempo y como han venido siendo afrontadas por los individuos y comunidades a los que les sigue afectando.

6. Situación Problema

Negación de los usuarios en condición de habitantes de calle para llevar a cabo el proceso de resocialización y rehabilitación.

La Clínica Soma al ser una institución prestadora de servicios de salud y por su localización estratégica en el centro de la ciudad de Medellín es muy accesible para todo tipo de población sin importar su raza, su etnia, su credo, su religión y mucho menos condiciones económicas o sociales. Durante muchos años la Clínica ha brindado sus servicios a usuarios que se encuentran en condición de habitantes de calle, reconocimiento entonces a este tipo de población de acuerdo a la definición establecida en la LEY 1641 de 2013 como: *“Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar”*. Entendiendo entonces como situación problema el hecho de que muchos de los usuarios en condición de calle no se acogen a realizar procesos de resocialización ni de rehabilitación; además de las dificultades que a lo largo de la atención en salud se han presentado con los usuarios con esta condición, en muchas ocasiones por el estado en el que llegan o son traídos a nuestro servicios, otro por encontrarse bajo el efecto de sustancias psicoactivas, por enfermedades mentales o por la no afiliación a ningún tipo de seguridad en salud.

El problema de la indigencia en Colombia, ha aumentado considerablemente como consecuencia de factores económicos y sociales como la violencia intrafamiliar, el conflicto armado, el desplazamiento, el desempleo y la dependencia de sustancias

psicoactivas, que llevan a la conformación de grupos marginados que buscan sobrevivir sin mayores recursos para satisfacer sus necesidades. Es en este contexto donde la sociedad y la comunidad misma se ve afectada por las acciones empleadas por los habitantes de calle para lograr su sobrevivencia (su presencia física, el reciclaje, la limosna, entre otros). (J. Nieto & H. Koller, 2015)

Como se mencionó anteriormente la problemática de la indigencia deriva de múltiples problemáticas que han llevado a muchos de los habitantes de la calle a sumergirse en esta situación, derivados de problemas de orden social en que se han tenido que desplazar desde su lugar de origen a una ciudad tan grande como Medellín y en la que por afectaciones en su estado mental han ingresado en el consumo desmedido de sustancias psicoactivas que los vuelven adictos a las mismas y termina condenándolos a habitar en las calles de la ciudad. También se ha identificado que muchos de los habitantes de calle han terminado en esta condición debido a problemáticas familiares y conflictos al interior del hogar que impulsan a los usuarios a vivir en la calle y dejar de lado el seno familiar.

De otro lado podríamos reconocer la dimensión de habitante de calle como lo menciona Ruíz et al, (1998) citado por el Plan Estratégico de Medellín (2017-2025).

Los habitantes de calle son grupos de personas que: Sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, condición social, condición mental u oficio, viven en la calle permanentemente o por periodos prolongados, y con ella establecen una estrecha relación de pertenencia y de identidad, haciendo de la vida de la calle una opción temporal o

permanente, en contextos de una racionalidad y de una dinámica sociocultural que les es propia y particular (p. 23).

Entendiendo entonces que la problemática de los habitantes de calle que ingresan a la institución ha transitado no sólo por un periodo de reconocimiento personal, sino también familiar y social, en el que dichos habitantes han estado en la calle por periodos temporales o prolongados derivados de situaciones problemáticas que los han llevado a deambular por las calles como un medio de vivienda en el que encuentran y establecen relaciones sociales y familiares derivadas del consumo y problemáticas familiares. Es esta situación tomada como problemática para llevar a cabo este proyecto ya que los habitantes de calle por su prolongado consumo presentan periodos de abstinencia al estar internados en esta institución y son pocos los que permiten que se les ayude sobre procesos de resocialización y rehabilitación que favorezcan en el usuario la orientación para llevar a cabo un proyecto de vida posterior al egreso de la institución.

7. Objetivos

Objetivo general: Comprender las causas por las que los usuarios en situación de calle que ingresan a la Clínica Soma no se acogen a procesos de resocialización y rehabilitación posterior al egreso de la institución.

Objetivos específicos:

Identificar las situaciones que predisponen a los habitantes de calle para no querer participar en procesos de resocialización.

Reconocer los factores asociados a la deserción de los habitantes de calle a los procesos de resocialización y rehabilitación.

Describir las razones y situaciones por las cuales los usuarios en condición de habitantes de calle no se acogen a los procesos de resocialización y rehabilitación.

8. Marco Categorical

Para llevar a cabo el proceso diagnóstico y desarrollo del proyecto que deriva de la problemática identificada a raíz de la dificultad que se evidencia en los usuarios que consultan a la institución y que se encuentran en situación de calle para llevar a cabo proceso de rehabilitación y resocialización, se tendrán en cuenta cinco categorías principales como lo son: habitante de calle, farmacodependencia, rehabilitación, motivación y resocialización; entendiendo entonces a:

La noción habitantes en situación de calle es asumida en algunos estudios como el total de los habitantes de calle y de los habitantes en la calle, entendiendo por habitante de calle aquella persona de cualquier edad que, generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida, y por habitante en la calle al menor de 18 años de edad que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo. (Correa, 2007, Pág. 97).

La Clínica Soma en el desarrollo de sus actividades y en las que se promueve el trato digno y humano no solo para con sus colaboradores, sino también con todos los usuarios que consultan a su servicios, ha integrado entre sus múltiples políticas internas y adoptado las externas como reglamento de exigencia por el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar a los usuarios una atención en salud oportuna, donde cuenta con la implementación de la Política pública social para los habitantes de calle del municipio de Medellín, desde junio de 2013 cuando se crea la Ley 1641, de la Política pública social para los habitantes de la calle que

brinda los lineamientos para su construcción a nivel territorial. Política mediante la cual se le brinda a los habitantes en situación de calle una atención completa sin ningún tipo de discriminación, atención psicosocial que garantice desde su ingreso a la institución y para el momento de egreso el poder contar con albergue, bien sea de necesidades especiales, o albergue de recuperación física en el caso que el usuario lo requiera; además, desde la oficina de atención al usuario y a cargo del grupo psicosocial que cuenta con la participación de la trabajadora social, sus practicantes como apoyo y la psicóloga clínica se busca sensibilizar al usuario para que se acoja a un proceso de resocialización y rehabilitación si el mismo así lo desea.

Durante la estancia hospitalaria y desde el trabajo social se brinda a los usuarios un acompañamiento continuo para tratar en la medida de lo posible establecer alguna comunicación y acompañamiento por parte de sus familiares. Acompañamiento familiar y lazos sociales afectivos que han sido rotos a raíz de la adicción a sustancias psicoactivas que los usuarios presentan. Aunado a esto se reconoce el concepto de farmacodependencia según Gentile et al., 2019 como un *“síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una sustancia psicoactiva determinada o de una clase de drogas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importante”*. (P.8).

La farmacodependencia en la que han venido estando inmersos la mayoría de estos usuarios conlleva a un gran retroceso en el proceso de recuperación físico y mental de estos, además en muchas ocasiones y por la complejidad de sus patologías o mal estado de salud al ingreso, los usuarios requieren de una larga estancia hospitalaria a la que en la mayoría de las

oportunidades los usuarios se oponen y rechazan, pero aquí desde trabajo social institución se realiza una valoración psicosocial para brindar acompañamiento al paciente, se realiza un proceso de sensibilización sobre llevar a cabo un proceso de rehabilitación para que el usuario se proyecte sobre un futuro en sociedad, un futuro en el que se cuente con un proyecto de vida sólido y claro.

Para definir otra categoría como lo es la de rehabilitación encontramos a Renard (2013) quien afirma que:

La rehabilitación es un proceso puesto en marcha para las personas y su entorno cercano que presentan deficiencias e incapacidades, sean temporales o permanentes con el fin de restablecer o compensar la pérdida funcional para un funcionamiento óptimo en interacción con el entorno, y de prevenir o disminuir el deterioro funcional. Pg.2

Por tanto, y teniendo en cuenta la definiciones anteriormente expuesta por el autor, la rehabilitación se puede entender como un proceso que se lleva a cabo desde la intervención psicosocial para mejorar las condiciones físicas y psicológicas de una persona, con el fin de prevenir el deterioro funcional y cognitivo. Por eso desde la oficina de atención al usuario de la Clínica Soma donde se cuenta con Trabajo Social y Psicología Clínica se ha articulado este proceso con el contexto de la habitabilidad de calle, ya que es de suma importancia en primer lugar el decidir querer empezar o hacer parte de este proceso debido a las condiciones de vida que se lleva; pero aquí toma gran valor el poder que como profesionales se tiene para lograr sensibilizar a estos usuarios para que conozcan y entiendan que una vez iniciado el proceso de

rehabilitación se empiezan a generar cambios positivos en la vida, además de convertirse en el factor más importante para poder retomar la vida que se ha dejado a un lado.

De otro lado es importante reconocer la categoría de la motivación, ya que de esta depende en cierta medida la adherencia de los usuarios a acogerse a los procesos no solo de rehabilitación, sino también de resocialización.

La motivación se entiende como *“Un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta de la persona hacia metas o fines determinados; es el impulso que mueve a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas”* (Gómez, 2013). De acuerdo a lo anterior podemos decir que la motivación es lo que le da sentido y dirección a las diferentes conductas y comportamientos que tiene un ser humano, de tal forma que cada persona posee y adquiere motivaciones diferentes dependiendo de sus experiencias y sus intereses personales, familiares y sociales, pero donde se hace necesario que como profesionales se les esté motivando a estos usuarios en cada una de las visitas a que reconozcan la importancia que tiene tanto para ellos como individuos, como para sus familias y las comunidades, el que ellos se permitan realizar estos procesos impulsados por esos sentimientos que les impulsan y motivan a hacerlos.

Finalmente y no menos importante durante el proceso de categorización se describe la resocialización, como uno de los procesos a los cuales se con mayor hincapié sin dejar de lado todos los otros puntos; pero este es uno de los puntos cruciales para la intervención, entendiendo ese proceso de resocialización para los usuarios atendidos en condiciones de habitantes de calle como:

Con los habitantes de calle, la resocialización implica: la atención integral, la rehabilitación y la inclusión social. Esto permite que dicha población pueda ejercer sus derechos y deberes como habitantes, tal como lo expresa la política pública. Ligado a esto, se establece el componente de la mitigación, el cual busca disminuir las complicaciones que se generan con la habitabilidad en calle, entre estas se encuentra el consumo excesivo de SPA. Por tanto, lo que se busca con ello es la reducción o regulación de dicho aspecto, sin embargo, no la erradicación de este, a no ser que la persona quiera dejarlo completamente. (Mejía, et al., 2018).

En nuestro quehacer profesional y desde el ingreso de los usuarios con estas condiciones a la clínica participamos en su intervención con un grupo interdisciplinario conformado por trabajo social, psicología clínica, toxicología y psiquiatría en los casos que corresponda, todo esto con el fin de proporcionar al usuario en condición de habitante de calle una intervención integral, óptima y oportuna. Pero aquí, desde nuestro quehacer particular del trabajo social buscamos generar en el usuario un proceso de reconocimiento personal, un proceso de sensibilización sobre la importancia del autocuidado y poder mediante todo esto generar nuevos lazos de ayuda y reconocimiento familiar y social, además de promover desde nuestra intervención en el usuario una motivación para hacer parte de procesos de rehabilitación que mitiguen el impacto negativo que los mismos vienen presentando por el consumo de sustancias alucinógenas y psicoactivas y por la pérdida del autocuidado tanto en su parte física como psicológica.

9. Metodología

Para llevar a cabo un proyecto de intervención social profesional se hace necesario el asentamiento de unas bases teórico-metodológicas y epistemológicas bien definidas y estructuradas que den sustento y aporten a nuestro proyecto diferentes pautas que se convertirán en el horizonte mediante el cual se dará paso al proceso. Para ello se entiende que:

Las transformaciones sociales están acompañadas de cambios en sus imágenes interpretativas, y la teoría como sistema de categorías -de percepción de la realidad- no puede ser ajena a las condiciones históricas y particulares donde ella se produce, porque correría el riesgo de petrificarse. (Vélez, 2003, pág. 17)

Entendiendo así desde el postulado anterior que nuestra actuación profesional ha de generarse a través de múltiples cambios que tanto el sujeto de intervención como la sociedad van presentado a lo largo de la historia, dando paso a una invención de procesos y metodologías que profesionalmente deben irse acomodando y acoplando para trabajar de manera sinérgica en la solución del problema evidenciado.

Ni la teoría, ni la práctica -en sí mismas- comportan “conocimiento”, pero ambas están en posibilidad de aportar a la construcción del mismo, desarrollando procesos subjetivos, abiertos, de traducción y representación de la realidad, capaces de albergar en su interior la duda y el error. (Vélez, 2003, pág. 18)

Aquí se hace alusión a un sinnúmero de posibilidades a la hora de realizar un proyecto de investigación desde el Trabajo Social ya que subjetivamente se vislumbran multiplicidad de posibles causas y efectos en el fenómeno mismo, aportando con nuestra intervención profesional

la posibilidad de orientar y acompañar procesos de mejoramiento que de alguna manera alivianan un poco las cargas del problema identificado, y que por consiguiente gesten en el individuo, grupo o comunidad mediaciones de aceptación y posibiliten el surgimiento de posibles soluciones.

Para llevar a cabo este proyecto de investigación que deriva de una de las principales problemáticas identificadas durante mi ejercicio de caracterización he tomado como punto de partida inicialmente entender el paradigma que dé soporte a mi investigación como ese:

Principio de distinciones, uniones y oposiciones entre nociones claves que dirigen y ordenan el pensamiento. De acuerdo a él se seleccionan o rechazan las ideas y nociones que conforman un discurso o una teoría, y a través del mismo se legitiman y validan ciertas operaciones lógicas (como juntar, separar, diferenciar, integrar) asignando a los discursos y teorías que controla características de necesidad y verdad. (Vélez, 2003, pág. 40)

Por ello he elijo el paradigma **comprensivo-interpretativo**, también conocido como un paradigma histórico hermenéutico mediante el cual se busca ubicar y transformar la las experiencias de vida que han tenido los habitantes de calle frente a los procesos de rehabilitación y resocialización, soportado en una teoría como lo es el construccionismo, cuyo autor principal es Seymer Papert; allí se concibe el sujeto como aquel que aprende a través de la acción haciendo referencia a que el Trabajador Social actúa en el ámbito de las relaciones entre los sujetos sociales y entre el estado, con grupos, familias, individuos, comunidades, etc., en una perspectiva de transformación social. Se ha tomado este paradigma para realizar el ejercicio ya

que es importante rescatar ese valor que como profesionales tienen para promover en un cambio significativo en quien intervenimos de manera que beneficie individualmente, dejando de lado los prejuicios humanos y más bien incentivar y movilizar a los sujetos en intervención a que sean ellos mismos agentes activos y partícipes del cambio que se pretende lograr.

El Trabajo Social evidencia las lógicas, lenguajes, valoraciones e intereses disímiles encontrados que sobre las necesidades y servicios que presentan las organizaciones, instituciones, profesionales y pobladores. Interpretar y develar esas lógicas es algo crucial para el ejercicio profesional contemporáneo, y para ello es necesario romper con los viejos esquemas de conocimiento que se tienen incorporados. (Vélez, 2003, pág. 41)

Es aquí como desde el Trabajo Social se pretende generar en los usuarios en condición de habitantes de calle una movilización a la realización no solo del proceso de rehabilitación sino cómo esto también trata de mejorar su calidad de vida y por ende permitir lograr unos procesos de resocialización y aceptación familiar y social que mitiguen las afectaciones físicas y psicológicas a las que han estado expuestos durante los periodos de vivencia en las calles, por ello creo necesario entender entonces que:

En las prácticas profesionales desarrolladas por el Trabajo Social se mantiene la figura del intermediario, y las relaciones usuario/profesional y necesidad/programa generalmente están mediatizadas por conflictos y tensiones -propios de intereses antagónicos- entre quienes tienen el problema o la necesidad y la institución encargada de resolverlo. (Vélez Restrepo, 2003, pág. 40).

Partiendo de lo anterior se puede inferir que nuestra actuación profesional para la problemática identificada y derivada de la negación de los usuarios en condición de habitantes de calle, parte de la relevancia que como profesional se tiene para identificar, proponer y evaluar los procesos de intervención que se realizan a los usuarios, para promover desde todo punto de vista el cambio y las transformaciones sociales que mitiguen el impacto del problema; aportando en todo momento una intervención disciplinaria eficiente que se acomoda a las complejas situaciones que se vienen presentando quizás durante muchos años para los usuarios, donde todo esto permite el cambio no solo de manera individual, sino también de manera colectiva.

Para la realización de este diagnóstico se ha tomado el enfoque cualitativo, entendido como:

La recolección de datos resulta fundamental, solamente que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico. Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno. (Morales et al., 2013, pág. 396)

A partir de lo citado anteriormente se ha tomado como enfoque para la investigación el cualitativo ya que se quiere entender, comprender e indagar frente a una problemática que se ha venido presentando en la institución debido a la negación que presentan muchos usuarios en condición de habitantes de calle para llevar a cabo proceso de resocialización y rehabilitación, todo esto por múltiples circunstancias que se podrán conocer de mano de ellos mismos quienes harán parte activa de todo el proceso investigativo.

10. Técnicas para la recolección de la información

Las técnicas de recolección de datos, son los procedimientos y actividades que le dan acceso al investigador para obtener la información necesaria para dar cumplimiento a su objetivo de investigación. Además, la técnica señala cómo hacer, para lograr un fin o hechos propuestos; tiene un carácter práctico y operativo. Mientras que un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso que usa el investigador para aproximarse a los fenómenos y sacar de ellos la información para su investigación. (Consultores, B. 2020)

Entendiendo entonces de lo citado anteriormente que para este punto de nuestro proyecto de investigación es de vital importancia no solo llevar un proceso oportuno de recolección de información, sino que también se hace necesario seleccionar y utilizar para llevar a cabo dicho proceso las mejores y más oportunas técnicas de recolección de la información. De aquí deriva la experticia de nuestra profesión para poder seleccionar las mejores técnicas y de este modo recolectar la información eficiente y oportuna, de manera que nos permita de aquí en adelante realizar un proceso fructífero y sin retrocesos en la investigación.

Para mi proceso de recolección de la información con un enfoque cualitativo inicialmente voy a utilizar la técnica de la entrevista, pero antes es necesario conocer conceptualmente de qué táctica.

La entrevista es un encuentro hablado entre dos individuos que comporta interacciones tanto verbales como no verbales. No es un encuentro entre dos personas iguales, puesto que está basado en una diferencia de roles entre los dos participantes. Aquel que se le asigna mayor responsabilidad en la conducción de la entrevista se le

llama entrevistador; al otro, el entrevistado. Aunque el entrevistado puede solicitar la entrevista como consecuencia de sus propias motivaciones o necesidades y así introducir sus objetivos personales en la interacción, los objetivos de la entrevista como un sistema diádico son generalmente determinados por el entrevistador. (Albert Gómez, 2007)

Entendiendo a partir de lo anteriormente citado que dicho instrumento cualitativo para la recolección de información nos permite conseguir mediante el diálogo la información que se necesita para la realización del proyecto, a partir de una serie de preguntas que servirán como base para dar la orientación a nuestro diálogo pero donde no serán el único insumo que tendremos para llevarlo a cabo, es decir se utilizarán unas preguntas orientadoras pero que no se deberán seguir al pie de la letra, sino que se trata de un proceso flexible entre el usuario entrevistado y yo quien seré el entrevistado. Esto quiere decir entonces que utilizaré una técnica de recolección de información con cierta particularidad como lo es la entrevista semiestructurada, ya que:

Son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que "...se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista, de manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario". (Díaz Bravo, et al., 2013)

Otro de los instrumentos utilizados para llevar a cabo mi proceso de recolección de información y mediante un enfoque cualitativo será el análisis de experiencias o historia de vida la cual es conocida técnicamente como:

La historia de vida consiste en un relato de una vida tal y como lo cuenta la persona que la ha vivido. Existen varias modalidades de historias de vida, entre ellas: las de relato único y las de relatos múltiples: cruzados o paralelos. Las técnicas de relato único: se obtienen de una sola persona, es un caso individual. También puede ser una autobiografía que se le encarga a otra persona para que la haga y ella obtiene la información necesaria mediante la conducción de entrevistas a profundidad a la persona interesada. (Guardián Fernández, 2007)

Reconociendo a partir de lo citado anteriormente que esta técnica para la recolección de información nos permitirá conocer de primera mano toda la experiencia vivida de los habitantes en condición de calle, reconocer, escuchar y dialogar con ellos para poder comprender de manera explícita que piensan frente a realizar un proceso de rehabilitación y posteriormente un proceso de rehabilitación, entender por qué no quisieran acogerse a estos procesos, o cuáles son sus sentimientos que presentan frente a dichos procesos; también es importante mediante dicha técnica poder escuchar si alguna vez han realizado alguno de dichos procesos y que nos cuenten cuál ha sido la experiencia que han tenido frente a la realización del proceso.

Para llevar a cabo la realización de esta técnica para la recolección de información se propondrán algunas preguntas orientadoras que faciliten la correcta realización del proceso y podrán ser respuesta de manera escrita o verbal, la idea es que con la respuesta de dichas

preguntas el usuario exprese toda la realidad desde su sentir, permitiéndole a este que interactúe con nosotros de manera espontánea y tranquila, y así crear un ambiente de escucha y entrega por parte del usuario.

Para la aplicar dichos instrumentos es necesario contar con la autorización del usuario mediante su aprobación en el consentimiento informado que encontraremos a continuación:

Consentimiento informado para la aplicación de las técnicas de recolección de información para la realización del diagnóstico social durante la práctica profesional nivel I.

Yo _____ identificado con documento de identidad CC__ TI__
No._____. Declaro que el desarrollo de la entrevista (), análisis de experiencias o historia de vida () que a continuación se presenta, es realizado de manera voluntaria y se me ha dejado claro con anterioridad que no tendrá ningún tipo de implicación en los servicios de salud prestados por la institución para mí. Además se me han dado todas las claridades pertinentes frente al por qué, para qué y con qué fin será llevada cabo, entendiendo que hace parte de un proceso educativo y con el que no se me dará ninguna retribución de tipo económico ni material.

También se ha dejado claro que puedo desistir de realización de la misma en el momento en que yo lo considere.

Firma del usuario_____ Firma del profesional_____

10.1 Guía de entrevista para identificar la negación de los usuarios en condición de habitantes de calle para llevar a cabo proceso de resocialización y rehabilitación.

Fecha: _____

Hora: __:__

Lugar: (Ciudad y sitio en específico): _____

Entrevistador: _____

Nombre del o la Entrevistada: _____

Edad: __ años

Género M: __ **F:** __

Nivel de escolaridad: _____

Introducción

El propósito de la siguiente entrevista es reconocer cuáles han sido las diferentes situaciones que lo han predispuestos a usted para no quererse acoger a procesos de rehabilitación y resocialización, por eso lo he escogido a usted que se encuentra en condición de habitante de calle porque me interesa conocer directamente de usted cuales han sido esas emociones, sentimientos y experiencias vividas durante dichos proceso, o qué pensaría si a usted se le ofreciera la posibilidad de hacer parte de dichos procesos. La información aquí recolectada será utilizada únicamente para un proceso académico y el que me servirá de insumo para poder realizar un diagnóstico preciso y certero frente a dicha problemática.

Preguntas

¿Qué situaciones te llevaron a vivir en las calles?

¿Cuánto tiempo llevas en la calle?

¿Por qué decidiste quedarte en la calle?

¿Consumes alguna droga todos los días y para qué las consumes? ¿Qué pasa cuando no consumes? ¿Qué haces para conseguir las drogas?

¿Has hablado con alguien para que te ayude a alejarte de las drogas?

10.2 Guía para realizar la técnica de análisis de experiencias o historia de vida

La historia de vida consiste en un relato de una vida tal y como lo cuenta la persona que la ha vivido. Existen varias modalidades de historias de vida, entre ellas: las de *relato único* y las de *relatos múltiples: cruzados o paralelos*. Las técnicas de relato único: se obtienen de una sola persona, es un caso individual. También puede ser una autobiografía que se le encarga a otra persona para que la haga y ella obtiene la información necesaria mediante la conducción de entrevistas a profundidad a la persona interesada. (Guardián Fernández, 2007, pág. 204)

A partir de lo citado anteriormente y con el propósito de reconocer esos factores asociados a la deserción de los procesos de rehabilitación y socialización todo basado en el análisis de las experiencias o historias de vida que nos cuentan los usuarios. La idea con la aplicación de esta técnica es guiarnos con unas preguntas introductorias que servirán de base para guiar la técnica, pero teniendo en cuenta que el desarrollo de la misma no se basa solo en la aplicación de preguntas, sino más bien un proceso de diálogo en el que el protagonista será el usuario que nos comparte sus conocimientos y experiencias vividas frente a los procesos de rehabilitación y resocialización.

Las preguntas que tendré en cuenta para el desarrollo de esta técnica serán:

¿Conoces de qué se tratan los procesos de resocialización? Sí ___ No___ ¿Por qué?

¿Has hecho parte de algún proceso de resocialización? Sí___ No___ ¿Por qué? ¿Hace cuánto?

¿Dónde? ¿Durante cuánto tiempo?

¿Tienes algún proyecto de vida? ¿Cuál?

11. MATRIZ CATEGORIAL

CATEGORIA	AUTOR	PREGUNTA
Habitante de calle	<p>La noción habitantes en situación de calle es asumida en algunos estudios como el total de los habitantes de calle y de los habitantes en la calle, entendiendo por habitante de calle aquella persona de cualquier edad que, generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida, y por habitante en la calle al menor de 18 años de edad que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo. (Correa Arango, 2007).</p>	<p>¿Qué situaciones te llevaron a vivir en las calles?</p> <p>¿Cuánto tiempo llevas en la calle?</p> <p>¿Por qué decidiste quedarte en la calle?</p> <p>¿Qué ayuda has buscado para dejar de vivir en la calle?</p>
Farmacodependencia	<p>“Síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una sustancia psicoactiva determinada o de una clase de drogas, frente a otros comportamientos</p>	<p>-¿Consumes alguna drogas todos los días y para que las consumes? ¿Qué pasa cuando no consumes? ¿Qué heces para conseguir las drogas?</p> <p>¿Has hablado con alguien para que te ayude a alejarte de las drogas?</p>

	considerados habitualmente como más importante”. Gentile et al., 2019 (P.8).	
Rehabilitación	Renard (2013) menciona que la rehabilitación es un proceso puesto en marcha para las personas y su entorno cercano que presentan deficiencias e incapacidades, sean temporales o permanentes con el fin de restablecer o compensar la pérdida funcional para un funcionamiento óptimo en interacción con el entorno, y de prevenir o disminuir el deterioro funcional. Pg.2	
Motivación	“Un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta de la persona hacia metas o fines determinados; es el impulso que mueve a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas” (Gómez, 2013).	

<p>Resocialización</p>	<p>Con los habitantes de calle, la resocialización implica: la atención integral, la rehabilitación y la inclusión social. Esto permite que dicha población pueda ejercer sus derechos y deberes como habitantes, tal como lo expresa la política pública. Ligado a esto, se establece el componente de la mitigación, el cual busca disminuir las complicaciones que se generan con la habitabilidad en calle, entre estas se encuentra el consumo excesivo de SPA. Por tanto, lo que se busca con ello es la reducción o regulación de dicho aspecto, sin embargo, no la erradicación de este, a no ser que la persona quiera dejarlo completamente. (Mejía Gaviria, et al., 2018).</p>	<p>-¿Conoces de qué se tratan los procesos de resocialización? Sí__ No__ ¿Por qué?</p> <p>-¿Has hecho parte de algún proceso de resocialización? Sí__ No__ ¿Por qué? ¿Hace cuánto? ¿Dónde? ¿Durante cuánto tiempo?</p> <p>-¿Te gustaría hacer parte de nuevo de un proceso de resocialización?</p> <p>¿Tienes algún proyecto de vida? ¿Cuál?</p>
-------------------------------	---	--

12. Cronograma De Actividades

En este apartado

encontraremos de lo que se trata el cronograma de actividades donde se menciona cuál será la técnica de recolección de la información utilizada, en qué fecha se aplicará, con qué recursos contamos o que recursos serán utilizados para su aplicación y la población participante para la aplicación de la técnica.

TECNICA	FECHA	RECURSO	PARTICIPANTES
Entrevista	Lunes 18 y martes 19 de marzo de 2022	-Consentimiento informado. -Cualquier dispositivo para grabación de voz. -Agenda para escribir los datos recolectados. -Lapicero.	Usuarios en condición de habitantes de calle que consulten en la Clínica Soma.

13. Tabulación De La

Información

ENTREVISTA CON HABITANTES DE CALLE CLINICA SOMA

ENTREVISTADO	PREGUNTAS	¿Cuánto tiempo llevas en la calle?	¿Por qué decidiste quedarte en la calle? O ¿Qué situaciones te llevaron a vivir en las calles?	¿Consumes alguna droga todos los días y para que las consumes? ¿Qué pasa cuando no consumes? ¿Qué heces para conseguir las drogas?	¿Has buscado ayuda para alejarse de las drogas?	-¿Conoces de qué se tratan los procesos de rehabilitación y resocialización? Sí __ No__ ¿Por qué?	¿Te gustaría hacer parte de nuevo de un proceso de rehabilitación y resocialización?
Mario Adolfo Barrios Isaza cc. 98.593.477		Doctor la verdad yo estoy en la calle desde hace como 2 años, no me acuerdo muy bien, debe ser la droga y todo eso lo que no me deja acordar bien,	Bobo que es un doctor, allá encontré los vicios y algunas personas que consumen con uno que lo escuchan y no se siente uno tan solo, estar con los muchachos en	Yo lo que consumo todos los días es bazuco y a veces también lo alcohol, de ese que venden por ahí en las cigarrerías, eso sabe muy maluco doctor	Si doctor, yo he estado en una granja de las de centro día, allá estuve como un mes pero la verdad yo me aburrí, eso todos los días lo ponen a uno hacer las mismas cosas, y	Claro doctor, la vez pasada que estuve en centro día en esa granja que le cuento allá lo primero que hicieron fue explicarnos que eso era un proceso voluntario, que allá no nos tenían	A mi si me gustaría volver a hacer el proceso, es que eso es lo que quiero cuando yo salga de esta enfermedad, yo la verdad ya estoy cansando de vivir en la calle, yo quiero trabajar y

		<p>yo era supervisor de seguridad, soy técnico de máquinas de confección y una vez que probé el bazuco me quedé ahí.</p>	<p>la calle hay veces se siente uno más acompañado que por la misma familia.</p>	<p>pero uno se lo sigue tomando, cuando yo consumo eso como que me relaja, me hace olvidar hasta de que vivo en la calle y que a veces no tengo comida, yo mientras estoy en la calle reciclo cajas, botellas y chatarras para poder comprar los bazucos, los conocidos ya me dejan eso barato porque saben quién es uno.</p>	<p>yo me retiré de allá.</p>	<p>obligados a nada, que ellos nos ayudaban si uno se dejaba, pero que el que no quisiera era libre de irse cuando quisiera.</p>	<p>seguir adelante por mis dos hijas, ya hace mucho no las veo, pero es que uno salirse de estos vicios es muy duro y hay veces por más que uno quiere alejarse de ellos no es capaz y vuelve uno a consumir.</p>
--	--	--	--	---	------------------------------	--	---

<p>Lourdes Murillo cc.43,094,467</p>		<p>Yo no vivo del todo en la calle, yo pago una piecita por allá por Niquitao, aunque paso la mayor parte del tiempo en la calle, así llevo como casi 40 años.</p>	<p>He tenido muchos problemas, me han matado como 4 esposos, a mi hija menor me la quitó el bienestar porque yo me mantenía con ella en la calle consumiendo. Yo me mantengo en la calle buscando reciclaje y vendiendo estampas de la virgen con eso que yo pago la pieza y compro el bazuco, en la calle ya tengo amigos y muchos me</p>	<p>yo consumo bazuco todos los días “eso que llaman la droga del diablo”, ya cuando yo no consumo me enfermo, cuando consumo me relajo y dejo de sentir dificultad respiratoria que es lo que me tiene así hoy, porque cuando yo consumo no me siento tan enferma, cada vez que dejo de consumir me pongo muy mal.</p>	<p>Yo he estado en muchas instituciones de la alcaldía, en congregaciones, en grupos para dejar de consumir, pero la verdad doctor yo ya no quiero dejar de consumir, a mí eso ya me hace mucha falta y el día que no consumo yo siento que me estoy muriendo más rápido, ya una vez estuve en Revive, en los testigos de JeHová, en una cosa que se llama séptimo día y otra vez fui a una iglesia</p>	<p>Claro doctor, yo sí sé de qué se trata y también soy consciente que para uno hacer esos procesos tiene que tener voluntad y quererlo hacer, las veces que yo he estado en esas cosas le explican a uno que le van ayudar a dejar las drogas, que haciendo actividades, leyendo, orando y cosas así,</p>	<p>Vea yo la verdad ya no quiero hacer ningún tipo de proceso, yo quiero estar en la calle haciendo lo que me gusta, pero me preocupa es lo del oxígeno, lo único que a mí me gustaría es tener un lugar donde pueda tener mi oxígeno, porque en la pieza donde yo vivo allá no me dejan gastar mucha luz.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

			<p>conocen, pregunta por la negra y verá que ellos ya saben quién soy, por eso mantengo más en la calle, ya en la casa no tengo a nadie y mis hijas mayores tienen esposo y no viven conmigo.</p>	<p>Yo vendo dulces, reciclo y vendo estampitas de la virgen y con eso es que compro mi bazuco.</p>	<p>pentecostés, pero nada me ha servido, yo ya las drogas y la calle no la dejo.</p>		
<p>Luis Humberto Puerta Zapata cc 33,67458</p>		<p>Pues yo no es que viva en la calle como tal, yo vendo confites en una chaza y con eso me pago</p>	<p>Yo decidí quedarme viviendo por aquí en la calle y en esa piecita porque con mi familia tenía</p>	<p>Si doctor yo fumo marihuana dos o tres veces por semana, la verdad no me hace falta</p>	<p>Yo la verdad nunca he sentido la necesidad de buscar ayuda, porque la verdad ese vicio no me hace falta, yo</p>	<p>Pues nunca he escuchado de esos procesos, seguro porque nunca he buscado ningún tipo de ayuda.</p>	<p>La verdad sería bueno si con eso uno pudiera vivir mejor, aunque yo no es que viva tan mal en la calle y en la pieza donde</p>

		<p>una piecita donde vivir, pero pues si mantengo mucho tiempo en la calle y como también fumo marihuana si hay veces se me pasa el día y me quedo en la calle, yo soy de caldas, allá está mi esposa y los hijos, pero como yo fumo marihuana ya ellos nos quisieron vivir más conmigo, ya hace como 10 años o más que yo vivo</p>	<p>muchos problemas, mientras que estando en la calle nadie me molesta porque me gusta fumar marihuana.</p>	<p>fumar todos los días, pero la fumo porque eso me relaja, eso me hace olvidar de los problemas, me hace olvidar que estoy solo, la verdad con eso siento mucha tranquilidad. Cuando no consumo la verdad tampoco es que me haga falta, si puedo fumar bien y sino también. Yo vendo confites y hago mandados y</p>	<p>fumo es como para olvidarme de los problemas y ya, no es que yo sea adicto a la marihuana.</p>		<p>vivo, yo allá como pobre tengo lo que necesito, aunque le soy sincero que a veces si le hace falta a uno también la familia.</p>
--	--	---	---	--	---	--	---

		por allá en Niquitao sólo.		con eso me compro un bareto que vale dos mil y eso me dura hasta una semana.			
Erika Patricia Vallejo Delgado cc 52,824,282		Yo en la calle ya llevo como 3 años, pero desde hace 10 años soy consumidora de muchas sustancias, primero empecé con alcohol, después ya probé la marihuana, después el bazuco y la pega.	La verdad es que estoy en la calle por las drogas, esas son las que me tienen así, aparte de los problemas que tenía con mi familia por el consumo, entonces decidí mejor quedarme viviendo en la calle.	Hay doctor yo todos los días consumo bazuco, algunas veces pega y marihuana, eso a mí me mantiene tranquila, no pienso en nada ni en mi familia que está lejos, ya cuando yo no consumo ni sé que meda, es un desespero, unas ganas de	Yo si he buscado ayuda, pero la verdad doctor es que uno vuelve y consume y se va para la calle, allá ya se vuelve uno nada y sigue en las mismas.	Yo si conozco de que se tratan los procesos, yo ya he estado en varios proceso de rehabilitación para poder volver a tener una vida sana al lado de la familia, yo he estado en Carisma como mes y medio, en Hogares Claret estuve como 8 mes y en Juanambú también he estado, yo	Yo sueño con poderme rehabilitar y que mi familia me vuelva a aceptar para vivir con ellos, yo tengo tres hijos, uno está en España, mi hija en Bogotá y otro no sé dónde vive, yo a mi hija la llamo de vez en cuando, pero me gustaría que de aquí me manden para un lugar donde me ayuden a salirme

				<p>salir corriendo a consumir y como que duele todo el cuerpo. Para comprar la droga yo reciclo cosas de la calle o vendo mi cuerpo, hay señores que me buscan, y los amigos que saben que yo lo hago ya me dicen cuando me van a buscar, pero la verdad doctor es que a mi casi no me gusta eso de venderme a los hombre.</p>		<p>quisiera que me volvieran a llevar para allá y rehabilitarme y salirme de la calle.</p>	<p>de esta droga que me hace tanto daño.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

14. Análisis de la información recolectada

Inicialmente durante el proceso de aplicación de las entrevistas se evidenció en los usuarios una actitud de tranquilidad y respecto frente al proceso, además todos firmaron el consentimiento informado sin ningún problema y siempre estuvieron prestos para colaborar con la respuesta a cada una de las preguntas.

Con los usuarios entrevistados encontramos que particularmente se encuentran entre un rango de edad que oscila entre los 40 y 60 años de edad, evidenciando entonces que muchos de ellos han estado en la calle durante dos o tres años y que en su mayoría han llegado a convertirse en habitantes de calle, derivado de las problemáticas familiares que los han llevado a tomar la calle como alternativa de vida y donde dicen sentirse “no juzgados”.

Durante el proceso de entrevista cada uno de los usuarios entrevistados se han reconocido como habitantes de calle a partir de la dificultad para regresar a casa, ya que la adicción a cierto tipo de sustancia psicoactiva o alucinógena les ha causado una dependencia que según ellos no pueden controlar y que por consiguiente no permite que se puedan estabilizar de nuevo en sus hogares o núcleos familiares.

Es por eso que según Zapata L. (2020) el consumo de sustancia deriva de:

El inicio de consumo de los habitantes de calle está fuertemente relacionado con la ruptura de los vínculos significativos, las familias disfuncionales y los ambientes hostiles, del mismo modo, el abandono afectivo, la negligencia o permisividad por parte del cuidador o los padres, hace que el riesgo de consumo sea más alto.

Infiriendo a partir de lo anterior y derivado de la entrevista que muchos los usuarios se encuentran en las calles o han tomado este medio como forma de vida derivado de diversas problemáticas familiares como el abandono afectivo, las relaciones hostiles y muchos otros derivados de haber probado en cierto momento una sustancia bien sea por voluntad propia o por proceso de socialización como lo representa en algún momento la invitación de un amigo a probarlas o durante alguna fiesta.

Algunos de los usuarios entrevistados manifiestan que han roto por completo los lazos familiares y que solo hablan con algunos miembros de su familia en ciertos momentos a través de llamadas telefónicas, ya que sus familias no les permiten entrar a sus casas por miedo a que se lleven algunas pertenencias para venderlas y seguir consumiendo, otros derivan de la pérdida del autocuidado que caracteriza a este tipo de usuarios y con el que son caracterizados por la sociedad.

Es así como se hace necesario comprender los procesos de precariedad para llevar a cabo el cuidado personal y la higiene por estos usuarios, y donde se debemos comprender de qué se trata la higiene personal, entendida como:

La higiene trata sobre las medidas para prevenir y mantener un buen estado de salud. La práctica de las normas de higiene, con el transcurso del tiempo, se hace un hábito. De allí la relación inseparable de Los Hábitos de Higiene. (A. D'Emilio, 2005).

Muchos de los procesos de higiene y pérdida del autocuidado en estos usuarios deriva de los procesos de consumo que inhiben en ellos el reconocimiento de la necesidad de verse y sentirse limpio y muchos otros reconocen que esto ha pasado porque al vivir en la calle no

cuentan con un espacio donde se pueden realizar un baño diario y mucho menos cuentan con espacios para lavar su ropa y muchos otros solo se la cambian cuando alguien les regala una prenda de vestir o unos zapatos limpios y en buen estado.

De otro lado y durante el proceso de entrevista se pudo reconocer que en su mayoría los usuarios han resignificado el espacio de la calle como uno donde han encontrado apoyo, escucha y quizás donde pueden compartir parte de sus días con otros habitantes de la calle a los que han convertido en sus familia, es así entonces como:

La calle es resignificada por aquellas personas en situación de calle que la convierten en un espacio de permanencia cotidiana y en un espacio para realizar actividades relegadas a la esfera privada, tales como el aseo personal, la alimentación, la sexualidad, entre otras. Es así que, la calle se vuelve un espacio de identidad y reconocimiento. (Hernández, 2007).

La calle se ha convertido para estos usuarios en un espacio de socialización y entendimiento, derivado todo esto del rechazo al que han sido sometidos por parte de sus familias, pero donde cabe anotar que muchas de estas situaciones se han desencadenado a raíz del consumo que presentan estos usuarios de diferentes sustancias que los desconectan de cierta forma de una realidad social y familiar, pero que convierte a ese consumo en un proceso de daño físico y psicológico, o en otras ocasiones predispone a esto usuarios a sufrir accidentes en las calles, accidentes automovilísticos y en otras ocasiones a pelean entre ellos mismos por un espacio, por droga o por una pareja sentimental. Entonces ese consumo se puede entender como un factor destructivo derivado de:

El consumo de drogas es uno de los factores con mayor poder destructivo en lo que al estado de salud de los que viven en las calles se refiere, ya que sus efectos tienen consecuencias devastadoras, tanto a nivel físico como psíquico, y aumentan significativamente las posibilidades de que se vean envueltos en situaciones que atentan contra su integridad como: peleas, agresiones y atropellos de automóviles.

A partir de lo anterior y posterior a la entrevista realizada con los usuarios se puede inferir que una de las principales drogas usadas por ellos durante su proceso de habitación de la calle es el bazuco, conocido este como:

En el argot de los adictos, se le llama bazuko, baserolo, susuki, zuko, y es, como droga, una de las más tóxicas que se pueden ingerir. Es, en esencia, extracto crudo de las hojas de coca sin refinar. Su procesamiento es tan elemental que generalmente se produce a nivel doméstico: se macera la coca liberando la savia, se rocía con bicarbonato, se disuelve en gasolina y se filtra. A menudo se utilizan también ácido sulfúrico, cloroformo, éter y kerosene. El resultado es una base de coca, altamente venenosa y peligrosa por cuanto no se sabe a ciencia cierta qué sustancias la componen. (Donadio, 2022).

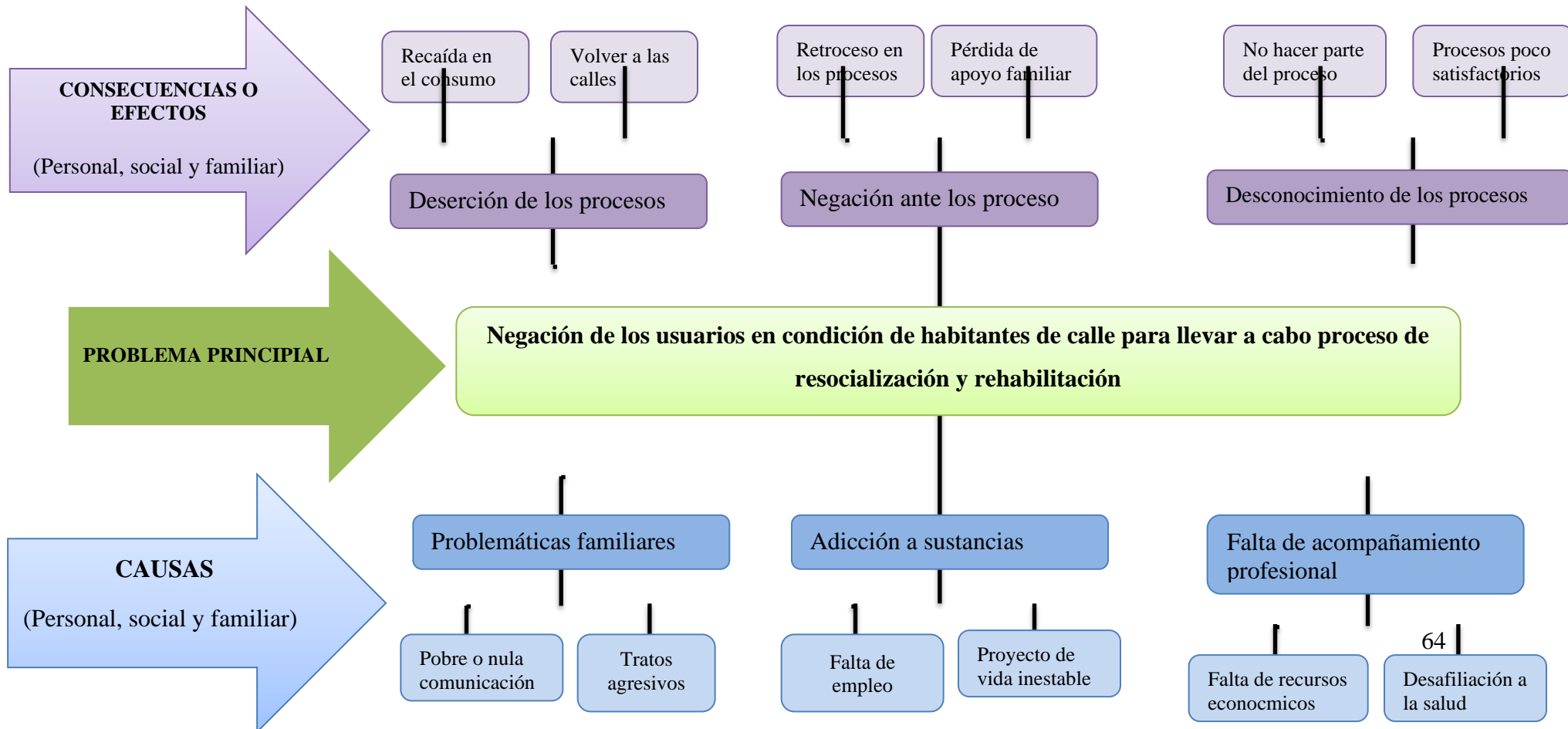
Esta es una de las drogas más utilizadas por la mayoría de los usuarios entrevistados, esto derivado de la facilidad de acceso a la misma, no solo por su expendio sino también por sus costo en el mercado, muchos de estos refieren que consumir les ha permitido olvidarse de la condición en la que viven y muchas otras veces olvidar que se encuentran solos en las calles.

15. Objetivo De Intervención

Gestionar estrategias de intervención social a pacientes interconsultados en condición de vulneración por situaciones sociodemográficas en el área de atención al usuario de la clínica Soma en el periodo 2022- 2023.

16. Árbol de Problemas

Aquí encontraremos con lo que es el árbol de problemas en cual encontraremos en la parte del tronco nuestra principal problemática o la problemática central de nuestra diagnóstico, en la parte de la raíz encontramos lo que son las causas del problema y en las ramas encontramos lo que son las consecuencias de ese problemas y sus efectos.



MOMENTO 3

A partir de este momento encontraremos todo lo que tiene que ver con el plan de intervención con el cual se pretende abordar la problemática identificada durante el momento 2, es decir ese problema principal que se identificó como el más relevante durante el proceso de diagnóstico.

17. Nombre del proyecto

Construcción colectiva salgamos juntos adelante.

18. Justificación

Justificar un proyecto de intervención es exponer las razones por las que se quiere llevar a cabo. Además, todo proyecto debe realizarse con una finalidad definida. Motivo que amerita explicar por qué es conveniente el proyecto y qué o cuáles son los beneficios que se esperan con el conocimiento obtenido. La argumentación debe hacer hincapié en los beneficios que se van a obtener y en los usos que se van a hacer de los conocimientos. Criterios contenidos en el documento de justificación:

El presente proyecto se ha realizado con el fin de fortalecer la intervención realizada a los usuarios en condición de habitantes de calle que consultan a la clínica Soma sin importar su motivos de consulta, identificando durante todo el proceso de atención que muchos de estos llegan a la institución bajo efecto de múltiples sustancias psicoactivas y alucinógenas que predisponen a los usuarios frente a la atención del personal tanto asistencial como administrativo, pero donde es pertinente brindar una atención multidisciplinar con la que se le pueda brindar a dichos usuarios una atención no solo oportuna, sino eficiente, con calidad y que vele por recuperar la salud e integridad de dichos usuarios.

Si bien el estado de higiene y conciencia en que llegan estos usuarios representan para el personal asistencial de la institución un peligro de contagio a posibles enfermedades y riesgos físicos, mediante la aplicación de este proyecto se pretende generar en este tipo usuarios desde el momento en que ingresan a la institución un proceso sensibilización frente a lo relevante que sería para ellos el posterior a su egreso realizar procesos no solo de rehabilitación, sino también

procesos de resocialización que posibilite para ellos continuar con una vida en familia, en sociedad y ante todo la posibilidad de visionar un proyecto de vida, todo esto dado que se ha evidenciado que muchos de los usuarios que presentan esta condición de vivir en la calle en su mayoría o más bien un alto porcentaje de los mismos tiene un grado de educación académica y otros antes de consumir alguna sustancia habían contado con alguna profesión u oficio.

Es de entender que este tipo de población representa un gran número de habitantes de nuestras comunidades y donde se verán beneficiados con la estimulación a que participen de procesos de rehabilitación y resocialización que podrían ser brindados por la alcaldía de Medellín u otras organizaciones que se dedican a prestar un servicio social para la transformación de vidas y posibilitar la experiencia del querer y el poder ser alguien diferente y dejar de lado el consumo de sustancia y mucho más vivir en las calles donde se ven expuestos a enfermedades, a ser agredidos y maltratados por otros usuarios en su misma condición, a ser arrollados por algún tipo de vehículo al encontrarse bajos los efectos de sustancia alucinógenas o psicoactivas y al padecer no sólo del rechazo familiar, sino también al rechazo social.

Los principales beneficiarios de la aplicación de este proyecto serán como se había mencionado anteriormente los usuarios en condición de habitantes de calle, pero también se posibilita con la aplicación de este la transformación social de todos y cada uno de los usuarios que se encuentren incluidos dentro de este tipo de población, además de la transformación social que con el cambio que ellos den se le estará dando a la sociedad y por ende a sus familias. Lograr que un usuario en condición de calle se dé la oportunidad de ingresar a algún proceso de rehabilitación significa para mí promover el futuro social y la vida del mismo, aportando desde

mi quehacer profesional a la transformación de la vida y futuro del mismo, todo esto mediado inicialmente por el acompañamiento de profesionales desde el área clínica y por consiguiente del área psicosocial, para que se dé un proceso de acompañamiento consecuente con la necesidad que tiene el usuario y de esta manera garantizar que se logre sacar a uno más de las calles de nuestra comunidad.

19. Beneficiarios

Como potenciales beneficiarios de la implementación de este proyecto tenemos a los usuarios en condición de habitantes de calle que consultan a la Clínica Soma, entendiendo que son una población vulnerables y con la que se debe trabajar de manera cuidadosa y progresiva, entendiendo que en su gran mayoría al momento del ingreso a esta institución se encuentran en precarias condiciones higiénicas, bajo efecto de sustancias psicoactivas y alucinógenas y muchos otros con enfermedades que pueden ser contagiosas para el personal asistencial.

Estos usuarios han perdido casi que por completo el autocuidado y debido a su consumo han dejado de lado el aseo diario u otros al encontrarse en las calles no cuentan con un lugar digno para realizarse un aseo diario, también se ha evidenciado durante el proceso de diagnóstico que algunas de las femeninas que consultan a esta institución bajo la misma condición padecen de enfermedades de transmisión sexual que han contraído debido a que se han vendido a otras personas con el afán de obtener cierto monto de dinero para comprar las sustancias que consumen y que de no hacerlo presentan altos grados de ansiedad derivado del síndrome de abstinencia que padecen en este momento. Es por esto que estos usuarios se beneficiarán de la aplicación de este proyecto ya que lo que se quiere es sensibilizar y acompañar a estos usuarios

para que no se nieguen a realizar dichos procesos y si es el caso de que algunos han tenido malas experiencias con anteriores procesos se les pueda acompañar para que se realice en un lugar diferentes y quizás con otras medidas y procesos más adecuados para su problemática.

El poder acompañar a estos usuarios y que ellos se acojan de manera satisfactoria nos permitirá a futuro el poder acompañar a otros usuarios por fuera de la institución que también se quieran acoger a realizar procesos de rehabilitación y por consiguiente de resocialización, transformando esto a la sociedad que se ha visto quebrada por la mendicidad, la delincuencia y alto consumo de sustancias que conducen posteriormente a vivir en las calles de nuestra comunidad.

20. Objetivos de la propuesta

20.1 Objetivo general

Formular estrategias de sensibilización a los usuarios habitantes de calle desde el abordaje Psicosocial para que se acojan a los procesos de rehabilitación que oferta la Clínica SOMA

20.2 Objetivos específicos

- Dar a conocer los procesos de rehabilitación y resocialización a usuarios en condición de habitantes de calle.
- Consolidar las rutas de orientación social que el área de atención al usuario pueda ofrecer a los diferentes pacientes interconsultados de acuerdo con su condición sociodemográfica y psicosocial.

21. Metodología de la propuesta

En este punto encontraremos el proceso científico y metodológico que apoya la propuesta de intervención.

21.1 Paradigma: Para la propuesta de intervención se utilizara el paradigma socio crítico, también conocido como un paradigma critico social el cual busca emancipar y movilizar, dado que lo que se quiere con lograr con esta propuesta de intervención es movilizar a los habitantes de calle, movilizarlos para que reconozcan la importancia de realizar procesos de rehabilitación y resocialización con el fin de lograr tener una mejora en la calidad de vida que actualmente vienen teniendo.

En este paradigma se concibe al sujeto principal protagonista del cambio, es por eso que se dice que cuando el hombre se transforma, produce un cambio en la sociedad, y en consecuencia también produce un cambio en la naturaleza; pero teniendo en cuenta que todo esto se podría hacer posible con la ayuda del trabajador social como agente de cambios positivos en la sociedad.

21.2 Teoría: Se tomará como teoría para la propuesta al Materialismo Histórico Dialectico, cuyo autor es Jared Diamond y fue propuesta por Marx, donde se tiene una concepción de la realidad donde se propone que el avance de la humanidad no depende de fuerzas metafísicas ni la historia, por el contrario es la humanidad la que la teje; siendo esta teoría utilizará para transformar la realidad de vida de estos usuarios partiendo de sus experiencias, sus realidades de vida y con su compromiso y

21.3

empeño para poder lograr la realización de proceso de rehabilitación y resocialización.

21.4 Método: Para el desarrollo de esta propuesta de intervención se ha tomado como base el método de caso social individual, entiendo al método como: *“Elementos constitutivos de la metodología son tímidos reflejos de las épocas, y el surgimiento y consolidación de uno u otro tiene que ver con las visiones, concepciones, intereses, demandas y necesidades (sociales y profesionales) prevaletentes en cada momento”*. (Vélez, 2003, pág. 65)

Referente al apartado anterior los métodos son esos elementos que dan asentamiento como base al ejercicio profesional y mediante los cuales se da un horizonte al sentido de la intervención, pero teniendo en cuenta también que estos se han de ir modificando secuencialmente de acuerdo a los intereses o necesidades tanto del profesional como de los individuos que se han de intervenir.

21.5 Modelo: Como modelo de intervención se implementara el de intervención en crisis ya que:

Es un modelo terapéutico individual y breve ajustado a unas pautas previamente elaboradas, utiliza el contrato como mecanismo para definir los compromisos de la relación que se establece entre las partes y las tareas prácticas para facilitar el reajuste individual, propósito central del tratamiento. (Vélez, 2003, pág. 76)

Se ha tomado este modelo para llevar a cabo la propuesta de intervención ya que se interviendra con un tipo de población que presenta unos rasgos de comportamiento particular y en el que el consumo de diferentes sustancias psicoactivas y alucinógenas han hecho un daño a nivel psiquico y fisico, por eso mediante la colaboración de profesionales en psicología se

abordara a estos individuos con el fin de implementar planes de acción que mejoren su calidad de vida y que posibiliten para ellos la realización del proceso de rehabilitación y resocialización.

21.6 Tipología promocional:

Está orientada a potenciar las capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta que las personas, grupos y comunidades -afectadas por determinadas situaciones- despliegan para asumir los cambios y superar las dificultades. (Vélez, 2003, pág. 71)

Se implementará esta tipología de intervención ya que se pretende promocionar, dar a conocer, sensibilizar y orientar a los usuarios en condición de habitantes de calle para que se acojan a realizar dichos procesos; además mediante esta intervención se pretende potenciar en cada uno de los individuos sus habilidades sociales para posibilitar la inclusión de los mismos en las comunidades y cada una de sus familias.

21.7 Nivel de intervención directo:

Se ha entendido como aquella en la cual el profesional establece un contacto “cara a cara” con las personas, grupos o colectividades afectadas por una situación dada, respondiendo a demandas específicas formuladas abiertamente y donde el clima de la relación se constituye en elemento favorable para la modificación de la situación problemática o de la gestión a realizar. (Vélez, 2003, pág. 73).

Esta intervención se va realizar con un nivel de intervención directo, ya que como se menciona en lo citado anteriormente se va trabajar de manera directa con cada uno de los individuos con un proceso de intervención cara cara, donde se contará con la ayuda del grupo psicosocial de la institución para llevar a cabo una intervención más completa y donde se pueda contar con un punto de vista más amplio y mirar la realidad que vienen viviendo este tipo de usuarios desde diferentes perspectivas.

22. Plan de acción de la propuesta:

En este punto de la intervención se desarrolla toda la propuesta y se describirán cada una de las actividades que se pretenden desarrollar por cada uno de los objetivos propuestos.

Objetivo complementario	Estrategia	Actividades a desarrollar	Recursos	Meta	Fuentes de Verificación	Responsable
Generar espacios de sensibilización sobre el cuidado de sí para el habitante de calle desde el acompañamiento que ofrece la Clínica SOMA.	Campaña educativa construyendo futuro.	<ul style="list-style-type: none"> *Charla educativa *Conversatorio de sensibilización *Cine foro educacional *Cartografía corporal * La inspiración de mi vida *Tejiendo redes *Periódico familiar 	<ul style="list-style-type: none"> *Cartulinas * Marcadores * Lápices *Hojas de block *Computador, celular o Tablet *Recurso humano (practicante de Trabajo Social-psicólogo) *Revistas, periódicos o libros 	Lograr que los usuarios en condición de habitante de calle se acojan a procesos de resocialización y rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> *Fotos *Videos * Cartulinas utilizadas *Encuestas realizadas. *Listas de asistencia 	Grupo interdisciplinario (Practicante de Trabajo Social, Psicólogo).
Promover la vinculación del habitante de calle a los procesos de rehabilitación y socialización que lidera la Clínica SOMA.	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio positivo.	<ul style="list-style-type: none"> *Taller educativo *Conversatorio motivacional *Música de ensueño *Dialogo participativo *Desayuno emotivo *Cuéntame de ti *Lectura colectiva 	<ul style="list-style-type: none"> *Cartulinas * Marcadores *Fichas técnica. *Trabajador Social. *Refrigerios * Lápices *Hojas de block *Refrigerios *Celular, Tablet o Pc *Revistas, periódicos o libros 	Conseguir que los usuarios reconozcan de que se tratan las adicciones a las sustancias y fomentar en ellos la motivación a realizar proceso de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> *Fotos * Listados de asistencia *Videos * Cartulinas utilizadas 	Grupo interdisciplinario (Practicante de Trabajo Social, Psicólogo).

23. Presupuesto total de la propuesta

Actividad	Recurso	Valor Unidad	Valor total	Quien asume
Talleres	5 Lapiceros	\$ 1.400	\$7.000	Institución
	5 Marcadores	\$ 3.000	\$15.000	
	1 Practicante T.S.			
	5 Pliegos de cartulina	\$ 2.800	\$14.000	
Charlas educativas	5 Pliegos de cartulina	\$2.800	\$14.000	Institución
	5 Marcadores	Se reutilizan	-----	
	1 Practicante de T.S.			
	1 Profesional en Psicología			
Cine foro	1 Computador o Tablet	Lo tiene la institución		Institución-Practicante
	1 Practicante de T.S.			
Técnica interactiva	5 Pliegos de cartulina	\$2.800	\$14.000	Institución
	5 Marcadores	Se reutilizan	-----	
	20 Fichas técnicas	\$1.200	\$24.000	
	1 Practicante de T.S.			
Conversatorios	20 hojas de block	\$300	\$6.000	Institución
	5 Lápiz	\$1.500	\$7.500	
	1 Practicante de T.S.			
Desayuno emotivo	5 Refrigerios	\$5.000	\$50.000	Institución
Periódico familiar	Periódicos o revistas usados			Practicante
	1 Practicante trabajo S.			
Tejiendo redes	2 Rollos de lana	\$4.000	\$8.000	Institución
	1 Practicante de Trabajo S.			
Lectura colectiva	Periódicos, libros, revistas			Practicante
	1 Practicante de Trabajo S.			
Dialogo participativo	1 Practicante de Trabajo S.			Practicante

Valor total de la propuesta: \$134.500

24. Cronograma de trabajo

	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7							
Actividades	PROGRAMACIÓN																															
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
CAMPAÑA EDUCATIVA CONSTRUYENDO FUTURO.																																
Charla educativa	■													■													■					
Conversatorio de sensibilización				■	■						■												■									
Cine foro educacional				■											■													■				
Cartografía corporal		■														■							■									
La inspiración de mi vida											■								■								■					
Tejiendo redes			■												■																	
Periódico familiar						■																	■									
BOLSA DE OPORTUNIDADES Y MOMENTOS DE CAMBIO																																
Taller educativo				■															■								■					
Conversatorio motivacional							■								■								■							■		
Música de ensueño	■							■																■								
Dialogo participativo												■								■												
Desayuno emotivo			■								■																					
Cuéntame de ti							■													■												
Lectura colectiva				■												■							■									

25. Anexos

En esta parte del proyecto se realiza una breve descripción de cada una de las actividades que se realizarán durante este periodo y el siguiente de la práctica profesional.

- **Charla educativa:** visitar a los usuarios en su unidad hospitalaria para realizarles la invitación a que conozcan de que se tratan los procesos de rehabilitación y resocialización y así sensibilizarlos para que hagan parte de estos procesos.
- **Conversatorio de sensibilización:** Se realizarán encuentros con los usuarios para que ellos expongan sus sentires frente a los procesos de rehabilitación y sensibilización.
- **Cine foro educacional:** Se realizará la presentación de algunos videos cortos o alguna película como El precio del poder en las que se muestran algunos ejemplos sobre los procesos de rehabilitación.
- **Cartografía corporal:** Inicialmente se les dará a conocer en que consiste la técnica y cuál será el fin con el que la realizaremos con ellos.
- **La inspiración de mi vida:** Durante esta actividad se realizarán encuentros con los usuarios para conversar acerca de qué o quién los inspira en sus vidas y mediante esto poderlos persuadir un poco frente la importancia de acogerse a los procesos de rehabilitación.
- **Tejiendo redes:** Esta es una actividad mediante la cual con el usuarios realizaremos un pequeño momento de encuentro para mediante la manipulación de la lana simular la red familiar, dándoles a ellos a conocer lo importante que es

en este momento la resocialización que se podría lograr mediante la rehabilitación.

- **Periódico familiar:** Para esta actividad utilizaremos periódicos, revistas o libros de los que se puedan recortar algunas imágenes para plasmar la familiar y conocer de cada uno de ellos la importancia que la misma tiene para ellos.
- **Taller educativo:** se realizarán talleres cortos con los usuarios para darles a conocer de qué se tratan los procesos de rehabilitación y resocialización; también para conocer de ellos si tiene alguna experiencia frente a estos procesos.
- **Conversatorio motivacional:** Se realizarán encuentros con los usuarios para que ellos expongan sus sentires frente a estos procesos y conocer de su parte que los motiva a realizarlos o no.
- **Música de ensueño:** Todos en algún momento de la vida escuchamos una canción que nos trae algún tipo de recuerdo, por eso en esta actividad se les permitirá a los usuarios escuchar alguna canción de su género o cantante favorito y conocer que les suscita esta al escucharla.
- **Diálogo participativo:** Se sacarán algunos espacios para conversar con los usuarios frente a los procesos de rehabilitación y resocialización y de ser posibles se pedirá la autorización para una pequeña reunión con ellos en la institución, todo si sus patologías o diagnósticos de ingreso lo permite.

- **Desayuno emotivo:** Durante esta actividad lo que se presente es compartir un pequeño refrigerio y con el darles un mensaje a los usuarios y motivarlos a que se den la oportunidad de realizar los procesos de rehabilitación y resocialización.
- **Cuéntame de ti:** Esta actividad se trata de un momento de acercamiento a los usuarios para brindarles un momento de escucha, un momento de dialogo y compartir de sueños, experiencias y percepciones que tienen de la rehabilitación.
- **Lectura colectiva:** Esta será una actividad de lectura reflexiva, bien sea que los usuarios puedan leer un fragmento de algo o el practicante lo haga, para luego compartir el mensaje que les queda y no dejar de motivarlos en todo momento para que reconozcan la importancia de realizar el proceso de rehabilitación.

26. Evaluación de la propuesta

A continuación encontraremos todo lo que tiene que ver con la propuesta de evaluación.

26.1 Justificación: Para llevar a cabo toda propuesta de intervención es importante también realizar un proceso de evaluación, ya que con esto logramos evidenciar cuales han sido los frutos de los procesos que se han podido llevar a cabo o por el contrario denotar cuales han sido las posibles falencias que se han tenido con el desarrollo de la propuesta y así poder conocer de primera instancia cuál podrían ser las mejor formas de minimizar el daño y por consiguiente potenciar el beneficio que se quiere lograr con la aplicación de la propuesta.

26.2 Objetivo de evaluación: Evaluar la propuesta de intervención construcción colectiva salgamos juntos adelante durante los periodos de 2022-2 y 2023-1 mediante técnicas e instrumentos que den cuenta del cumplimiento de las actividades propuestas.

26.3 Metodología:

Para evaluar esta propuesta de intervención es necesario principalmente contextualizar de que se trata un proceso de evaluación que de acuerdo a Espinoza (1983: 53) citado por Fernández (2015), “*consistirá en diseñar el proceso evaluativo que vamos a seguir para valorar una determinada intervención profesional*”. Todo esto con el fin de lograr identificar si nuestro ejercicio de intervención fue pertinente, o si por el contrario se hace necesario repensar y reestructurar el proyecto que se viene implementando para intervenir en esa determinada problemática que se ha identificado posterior a un proceso riguroso de diagnóstico.

Por otro lado Amezcua (1997) citado por Fernández (2015), menciona que el proceso de evaluación debe tener claras las siguientes consideraciones para iniciar el proceso:

Clarificar los objetivos del programa. Determinar los sujetos de la evaluación.
Determinar los sujetos de evaluación. Determinar a quiénes se presentarán los resultados.
Determinar el tipo de evaluación que se realizará. Determinar quién hará la valuación.
Especificar cómo se recogerán los datos. Calidad del instrumento de recogida de datos.
Determinar cómo se analizarán los resultados. Recursos técnicos para realizar la evaluación y cronología de la valuación. Pg. 226

Es por eso que para el proceso de evaluación y seguimiento del proyecto se utilizara el instrumento observación participante la cual:

Enfatiza el contacto entre observador y observado y cuyo objetivo va mucho más allá de la simple descripción pretende captar el sentido la intención última de los hechos que protagonizan las personas observadas lo que requiere necesariamente un contacto que provea al investigador de la mayor cantidad de información disponible para alcanzar la comprensión del hecho observado. (Fernández García, 2015).

Mediante esta técnica lo que se pretende es reconocer de manera directa la aceptación o por el contrario la negación que los usuarios en condición de calle presentan frente a realizar procesos de rehabilitación y resocialización, teniendo en cuenta desde todo punto de vista la importancia que tiene el poderles no solo observar sino también escuchar sus puntos de vista, sus percepciones, sus sentimiento y ante todo las acciones, personas o sentimientos que les motiva a realizarlos o no.

Es importante mediante esta técnica el diálogo constante, la escucha activa y una visión puesta en lo que estos usuarios tienen para decirnos frente a estos procesos, todo esto nos aportará las pistas necesarias para determinar de qué manera seguiremos apoyándolos y acompañándolos para que se motiven a rehabilitarse y resocializarse, ahora impulsados y motivados por nuestro acompañamiento y proceso de sensibilización que representa un momento crucial para que este tipo de población se acoja a nuestra propuesta de intervención.

27. Matriz de indicadores

Objetivo específico #1: Dar a conocer los procesos de rehabilitación y resocialización a usuarios en condición de habitantes de calle.

Actividad: Campaña educativa construyendo futuro.

Meta: Lograr que los usuarios en condición de habitante de calle se acojan a procesos de resocialización y rehabilitación.

Indicador Cuantitativo:

% de usuarios atendidos en la clínica soma en condición de habitantes de calle que participaron en la campaña educativa construyendo futuro durante el periodo de 2022-2 y 2023-1.

El % de pacientes hospitalizados en la clínica Soma durante el periodo 2022-2-2023-1 que se caracteriza como habitantes de calle convocados a participar en la campaña educativa construyendo futuro.

Indicador Cualitativo: Percepción de los usuarios en condición de habitantes de calle hospitalizados en la clínica Soma frente a la campaña construyendo futuro realizada durante el periodo del 2022-2 y 2023-1.

Usuarios en condición de habitantes de calle hospitalizados en la clínica Soma que participan de la campaña construyendo futuro durante el periodo del 2022-2 y 2023-1.

Fuente de verificación cuantitativo: *Fotos , Listas de asistencia

Fuente de verificación cualitativo: Entrevista

Objetivo específico #2: Consolidar las rutas de orientación social que el área de atención al usuario pueda ofrecer a los diferentes pacientes interconsultados de acuerdo con su condición sociodemográfica y psicosocial.

Actividad: Bolsa de oportunidades y momentos de cambio positivo.

Meta: Conseguir que los usuarios reconozcan de que se tratan las adicciones a las sustancias y fomentar en ellos la motivación a realizar proceso de rehabilitación.

Indicador Cuantitativo:

% de usuarios en condición de habitantes de calle que se encuentran hospitalizados en la Clínica Soma que participaron de la bolsa de oportunidades y momentos de cambio positivo durante el periodo de 2022-2 y 2023-1.

% de usuarios en condición de habitantes de calle que se encuentran hospitalizados en la Clínica Soma convocados a participar de la bolsa de oportunidades y momentos de cambio positivo durante el periodo de 2022-2 y 2023-1.

Indicador Cualitativo

Opinión de los usuarios en condición de habitantes de calle frente a los procesos de rehabilitación y socialización que lidera la Clínica Soma durante el periodo del 2022-2 y 2023.

Usuarios en condición de habitantes de calle que se encuentran hospitalizados en la clínica que se lograron vincular a la bolsa de oportunidades y momentos de cambio positivo durante el periodo de 2022-2 y 2023-1.

Fuente de verificación Cuantitativo: Listas de asistencia, cartulinas utilizadas

Fuente de verificación cualitativa: Entrevistas.

28. ENTREVISTAS

Nombre	Edad	¿Harías parte de un proceso de rehabilitación? si, no y por qué?	¿Qué lo/a motiva realizar un proceso de rehabilitación? familia, amigos, voluntad propia.	¿Por qué quiere hacer parte del proceso?
Mario Adolfo Barrios Isaza	48	Claro que si me gustaría hacer parte de un proceso de rehabilitación, la verdad ya he estado en muchos lugares y me gustaría salirme del consumo, ya no me siento bien estando en la calle y que todos me miren mal.	Mi motivación más grande para hacer el proceso de rehabilitación son mis dos hijas, yo por ellas quiero salir adelante, rehabilitarme, conseguir un trabajo y poderles dar a ellas todo lo que no he hecho durante tantos años.	Siempre he querido realizar el proceso, yo no quiero estar más en la calle, yo quiero estar bien con mis hijas y poderlas apoyar para que salgan adelante.
Lourdes Murillo	56	La verdad yo ya no quiero hacer nada de eso, ya he estado en muchos lugares y muchas cosas y no quiero más eso, yo quiero ya estar tranquila con mis cosas y tener un lugar con oxígeno y nada más.	Mi motivación más grande en la vida sin mis hijas, yo por ellas he hecho muchas cosas, pero yo ya estoy cansada de luchar, de hacer procesos de rehabilitación y ya no quiero hacer más nada.	Yo no quiero hacer más procesos de rehabilitación, a mí el bazuco me mantiene tranquila, ya eso no me hace daño.

Luis Humberto Puerta Zapata	59	A mi si me gustaría hacer el proceso de y poder dejar del todo consumir marihuana, yo creo que así puedo conseguir un trabajo estable y tener una mejor relación con mi familia y mis hijos.	Mi mayor motivación para hacer un proceso de estos es mi familia, ellos realmente son todo para mí, aunque uno hay veces por el consumo y por situaciones no logra estar bien con ellos.	Yo quiero hacer parte del proceso para tener una mejor calidad de vida, ser más aceptado por la sociedad y mi familia.
Erika Patricia Vallejo Delgado	43	Yo si quiero hacer el proceso, si me pueden ayudar desde aquí yo les agradecería mucho, yo quiero estar bien para que mis hijos vuelvan a estar conmigo.	Primeramente yo quisiera estar bien y luego por mi familia, ellos son los que más han sufrido por mi consumo y por todo lo que he tenido que vivir en la calle.	Quiero hacer parte del proceso porque cada día estoy más enferma, necesito ayuda para salirme de este infierno que son las drogas y vivir en las calles.

29. ANÁLISIS

Se logra identificar que durante el proceso de práctica, formulación del proyecto y aplicaciones de los instrumentos que nos servirán como propuesta para evaluar los indicadores cualitativos de la propuesta se pudo realizar de manera correcta y de forma adecuada, aunque con la población que se escogió para realizar dicha propuesta resulta un poco complejo establecer ciertos tipo de contacto, ya que por su condición vienen a la institución con ciertos prejuicios frente a los procesos.

Durante la realización de la aplicación de la evaluación de los cuatro usuarios con los que se realizó el proyecto, se puede notar que en su gran mayoría coinciden que la principal fuente de inspiración para llevar a cabo el proceso de rehabilitación es su familia, o más bien su hijos, se puede evidenciar que tres de ellos son padres comentan que por el consumo de sustancias psicoactivas donde prevalece el consumo de bazuco han perdido sus hogares, de cierta manera el autocuidado y por consiguiente presentan pérdida de las relaciones familiares y sociales. Todo esto los ha llevado a convertirse en habitantes de calle con múltiples problemáticas sociales y muchos de ellos con enfermedades respiratorias debido al consumo pesado de bazuco.

Por otra parte cabe resaltar la empatía que se ha podido observar en la mayoría de ellos para acogerse a la aplicación de cada uno de los pasos del proyecto y han visto de manera positiva la posibilidad de realizar procesos de rehabilitación. Es importante también reconocer la disposición que presentan los usuarios para realizar las actividades que sirvieron como procesos de educación frente a los procesos, como medios para darles a conocer de qué se tratan dichos procesos y conocer de primera mano cuáles son sus percepciones frente a la realización de los mismos.

30. CONCLUSIONES

Se puede concluir que los usuarios en condición de calles están un poco estigmatizados por la situaciones de consumo que presentan, además de sus condiciones de higiene y aseo que presentan no son las más adecuadas por lo que son muy rechazados por la sociedad, muchos de ellos son abandonados y rechazados por citaciones de delincuencia a las que se vienen viendo involucrados en algunos momentos por su necesidad de adquirir alimentos.

El proceso de práctica y mucho más poderlo realizar con una población vulnerable como lo son los usuarios en condición de habitantes calle me ha permitido ser mucho más recursivo y creativo frente la creación de la propuesta de intervención que durante año y medio he venido desarrollando, todo este proceso me ha permitido crecer como profesional y poder plantear estrategias de intervención que favorezcan desde todo punto de vista la vinculación de estos usuarios a procesos de rehabilitación y resocialización.

La elaboración de un proyecto y ejecución del mismo requiere de nuestra entrega y compromiso, ya que en muchas ocasiones no es bien recibido por los usuarios debido a muchos sesgos que los mismos tienen frente a ciertos procesos como por ejemplo el de rehabilitación. Se pudo concluir que si bien la mayoría de los usuarios se muestran receptivos frente a la realización del proceso, pero que en muchas ocasiones somos nosotros mismos los profesionales los que no sabemos llegar a ellos de la mejor manera, algunos se tornan esquivos y con un poco de desagrado frente a los procesos.

31. RECOMENDACIONES

Como principal recomendación se da a la institución el seguir promoviendo la inclusión de dicha población en diferentes actividades y procesos que motiven a estos usuarios a rehabilitarse, a que sus familias realicen un mejor acompañamiento para mejorar la inclusión y resocialización de los habitantes de calle.

Otra recomendación que se tiene es que la institución brinde un mejor acompañamiento a los estudiantes cuando se están desarrollando este tipo de procesos como lo son la implementación y aplicaciones de proyectos de práctica que no solo benefician a la institución educativa, sino también a la clínica y por consiguiente a los usuarios para que se puedan aplicar cada una de las actividades propuestas en el proyecto.

Referencias

- Acuerdo número 029 de 2011. Por el cual se constituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. 28 de agosto de 2011.
- Albert Gómez, M. J. (2007). *LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA: CLAVES TEÓRICAS*. Madrid. España: McGraw Hill.
- Ander-Egg, M. J. A. I. (1999). *Diagnóstico social Conceptos y metodología*. Grupo Editorial Lumen Hymantitas Buenos Aires - México. Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/46751536.pdf>
- Ander, E. (2014). 25 Edición. *Diccionario de trabajo social*. 1ed. Córdoba: Brujas. E-Book. (Versión original 1986). Recuperado de:
<https://www.digitaliapublishing.com/visor/35440> Marzo 15 de 2022.
- CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 000004. Instrucciones para la prestación de los servicios de salud de los Adultos Mayores. 20 de marzo de 2015. D. O. No. 49.463.
- Consultores, B. (02 de marzo 2020). *Técnicas de recolección de datos para realizar un trabajo de investigación*. Online-tesis. <https://online-tesis.com/tecnicas-de-recoleccion-de-datos-para-realizar-un-trabajo-de-investigacion>
- Correa Arango, M. E. (2007). PARA UNA NUEVA COMPRENSIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y LA ATENCIÓN SOCIAL A LOS HABITANTES DE CALLE. *Revista Eleuthera*, 91-102.
- Díaz Bravo, L. P., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). Investigación en educación médica. *Scielo*, 162-167.

Decreto número 2734 de 2012. Por
el cual se reglamentan las medidas

de atención a las mujeres víctimas de violencia. 27 de diciembre de 2012. D. O. 48.657.

Decreto 1757 de 1994. Por al cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a los dispuesto en el numeral 11 del artículo 4° del Decreto-ley 1298 de 1994. 3 de agosto de 1994. D. O. No. 41.477.

De Datos, C. de P. (s.f.). *MANUAL DE POLITICAS DE TRATAMIENTO Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES*. Clínica Soma. Recuperado de: <https://soma.com.co/pdf/politicas-tratamiento-y-proteccion-datos-personales.pdf>

De Comunicaciones MY, L. (s.f.). *Clínica Soma los especialistas de toda la vida*. Página Web Clínica Soma. Recuperado de: <https://soma.com.co/>

D'Emilio, A. L. (2005). *LOS HÁBITOS DE HIGIENE*. Unicef Venezuela.

<https://www.unicef.org/venezuela/media/1186/file/Los%20h%C3%A1bitos%20de%20higiene.pdf>

Donadio, A. (2022). BAZUCO, EL VICIO DEL DIABLO. *Semana*. Recuperado de:

<https://www.semana.com/especiales/articulo/bazuco-el-vicio-del-diablo/3272-3/>

Gentile, et al.,(2019). *Caracterización de pacientes farmacodependiente en estancia hospitalaria que son atendidos en el hospital universitario cari mental de la ciudad de barranquilla, durante el período abril 2019 – mayo 2019*. Universidad del Norte.

<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9089/139706.pdf?sequence=1&i>

[sAllowed](#)

Gómez, E, (2013), “Qué es la motivación y qué podemos hacer para aumentarla todos los días”.

Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-10-18/que-es-la-motivacion-y-que-podemos-hacer-para-aumentarla-todos-los-dias_42710/

Guardián Fernández, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la investigación Socio-Educativa*.

San José, Costa Rica: IDER.

Hernández, JM (2007). *LOS FACTORES QUE LLEVAN A LA SITUACION DE*

CALLE. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA. Tomado de:

<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/23906/1/Los-factores-que-llevan-a-la-situacion-de-calle.pdf>

Horton, Paul y Leslie, Gerald. (1955). *De Sociology of social problem*. New York: Appiclon-

Century- Cropts. Recuperado de: <http://sf.oxfordjournals.org/content/36/2/187.extract>

J. Nieto, C., & H. Koller, S. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y

Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *ELSEVIER*, 2.162-2.181.

Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. 8 de

noviembre de 2006. D. O. No. 46.446.

Llorens, V. M. B.

(2019). *Resolución 001 de 2019*.

Soma.Com. Recuperado Marzo 25, 2022, de <https://soma.com.co/wp-content/uploads/2020/07/RESOLUCI%C3%93N-001-DE-2019-ADOPTA-C%C3%93DIGO-DE-%C3%89TICA-Y-BUEN-GOBIERNO-V2.pdf>

Ley 972 de 2005. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. 15 de julio de 2005. D. O. No. 45.970.

Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. 18 de septiembre de 2018. D. O. No. 44.558.

Mejía Gaviria, C. et al., (2018). Factores de logro para la resocialización y reducción del consumo en habitantes de la calle. *Drugs and Addictive Behavior*, 182-199.

Morales Mesa, S. A., García Chacón, B. E., & Pulido Varón, H. S. (2013). Trabajo de campo y Técnicas de recolección de información. En P. Baptista Lucio, C. Fernández Collado, & R. Hernández Sampierini, *Metodología de la investigación* (págs. 77-96). MÉxico D.F.: MC GRAW HILL.

Parque de la Vida & U. de A. (2020). *PROYECTO HABITANTE DE CALLE*. Facultad de Medicina. Recuperado de:
<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/InclusionSocial/Programas/Shared%20Content/Documentos/2020/Georreferenciaci%C3%B3n%20y%20caracterizaci%C3%B3n%20HC%202020-1%20V1.pdf>

PLAN ESTRATEGICO 2017 –

2025. Política pública social para

los habitantes de la calle del municipio de Medellín. Octubre de 2017.

<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/InclusionSocial/Programas/Shared%20Content/Documentos/2020/PLAN%20ESTRATEGICO%20PP%20HAB%20CALLE%202017-2025.pdf>

Renard, P, (2013), “La rehabilitación física y funcional”, p.2, Recuperado de:

http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DM10Brief.pdf

Suarez, F. (s.f). *Problemas sociales y problemas de programas sociales masivos*.

Centro Interamericano para el Desarrollo Social CIDES. P.1-11. Recuperado de:

<http://archivo.cepal.org/pdfs/1989/S8900328.pdf>

Soma, C. (s.f). *Organigrama*. Soma.Com. Recuperado Marzo 26, 2022, de

<https://soma.com.co/wp-content/uploads/2020/10/FO-PE-04-ORGANIGRAMA-V17.pdf>

Fernández García, T. (2015). *Trabajo social con casos*. Difusora Larousse - Alianza Editorial.

<https://elibro-net.luisamigo.proxybk.com/es/lc/funlam/titulos/45422>

Vélez Restrepo, O. L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires : Espacio .

ANEXO INFORME DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Actividad #1	Campaña educativa construyendo futuro: Charla educativa
Desarrollo de la actividad	Durante el desarrollo de esta actividad se visitó a los usuarios en su unidad hospitalaria para realizarles la invitación a que conozcan de que se tratan los procesos de rehabilitación y resocialización y así sensibilizarlos para que hagan parte de estos procesos, para que se acojan y se adhieran a realizarlos con la motivación de la inclusión de la social nuevamente.
Logros	Se logra que los usuarios en condición de habitantes de calle y consumo de sustancias psicoactivas reconocieran de que se tratan los proceso de rehabilitación y resocialización.
Acciones de mejora	La principal acción de mejora frente a esta actividad radica en la posibilidad de poder acompañar a los usuarios durante más tiempo, pero derivado de su fluctuante estancia hospitalaria es imposible.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/1q1QB22XuyOX3kxHaAPquq-UBWUusu5n7?usp=sharing
Actividad #2	Campaña educativa construyendo futuro: Conversatorio de sensibilización.
Desarrollo de la actividad	Para el desarrollo de esta actividad se realizaron encuentros con los usuarios para que mediante el dialogo pudieran exponer sus sentires frente a los procesos de rehabilitación y sensibilización.
Logros	El principal logro de esta actividad fue la conexión que se logró establecer con los usuarios, todo esto posibilitando el dialogo, el encuentro y la participación durante el conversatorio.
Acciones de mejora	Mayor eficacia en la adherencia al proceso y aumento de la vinculación de los usuarios a la actividad, mejorar el acercamiento a los usuarios.
Evidencia	Lista de asistencia y fotos.

	https://drive.google.com/drive/folders/1Pgsa_aUvhMVyW-jvsg8Bou0--IaxHusq?usp=sharing
Actividad #3	Campaña educativa construyendo futuro: Cine foro educacional.
Desarrollo de la actividad	Durante la realización de la actividad se presentan algunos videos cortos o alguna película como El precio del poder en las que se muestran algunos ejemplos sobre los procesos de rehabilitación.
Logros	Con la presentación de estos cortometrajes se logra mostrar un ejemplo más real de los que son los procesos de rehabilitación, esto motiva a los usuarios a querer hacer parte de ellos.
Acciones de mejora	Cambio de mentalidad, mejorar los procesos de comunicación y promover la asertividad.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/1NvyTXzIxPGsFZ5AvKZPr06MGKEco_u0M1?usp=sharing
Actividad #4	Campaña educativa construyendo futuro: Cartografía corporal
Desarrollo de la actividad	La actividad consistió Inicialmente en explicar de qué se trata la técnica y cuál será el fin con el que la realizaremos con ellos, posteriormente se entrega una hoja de block para que los participantes dibujen la silueta de su cuerpo y así empezar por describir cual es el sentir de los procesos que han vivenciado frente a cada una de las partes de su cuerpo, por ejemplo: en los pies describir que caminos o lugares han recorrido en sus vidas, su ojos describen lo que han visto, lo que han observado frente a los proceso y el cerebro que piensan de los procesos.
Logros	Mediante la aplicación de esta técnica se logra exteriorizar de los participantes los pensamientos que tienen frente a realizar procesos de rehabilitación, también se logra mediante la misma que reconozcan cual valiosas son cada una de las partes de su cuerpo y que por ello es muy importante que se acojan a dichos procesos para mejorar la calidad de vida y propender la socialización y la inclusión familiar.
Acciones de mejora	Mejorar la cooperación de los usuarios, promover el acercamiento y reconocimiento familiar, mejorar el reconocimiento de la profesión y el porqué de la actividad.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/1swo_fKazmLbVliTuHxS_uUIOQrRgh_b2m?usp=sharing
Actividad #5	Campaña educativa construyendo futuro: La inspiración de mi vida.

Desarrollo de la actividad	Durante esta actividad se realizaran encuentros con los usuarios para conversar acerca de qué o quién los inspira en sus vidas y mediante esto poderlos persuadir un poco frente la importancia de acogerse a los procesos de rehabilitación.
Logros	<ul style="list-style-type: none"> ● Se logra dar a conocer de qué se tratan los procesos. ● Se permite el dialogo de saberes. ● Se logra sensibilizar al usuario frente a la importan de realizar los procesos para el fortalecimiento de los vínculos familiares.
Acciones de mejora	Mejorar la interacción con los usuarios para que se posibiliten los espacios de dialogo, todo esto con el fin de promover el reconocimiento de los procesos.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/1Lz-jiYSSkGGFbD7aypK90Kk8QzjVAe65?usp=sharing
Actividad #6	Campaña educativa construyendo futuro: Tejiendo redes
Desarrollo de la actividad	Inicialmente se le entregó al usuarios un pedazo de lana, cordón o algo similar y se explicó en qué consistía la actividad, con la cual se utilizaran como elemento principal los dedos de la mano para empezar a tejer la red familiar o social con la que cuenta el usuarios, posteriormente se les indicó que de acuerdo a la importancia que le dieron a cada uno de sus dedos, de esta misma forma consideran a cada uno de los miembros de esas red.
Logros	Dar a conocer lo importante que es en este momento la rehabilitación como medio para lograr la resocialización. Reconocimiento de cada uno de los miembros de la red familiar o social.
Acciones de mejora	Mejorar las estrategias comunicativas, mejor habilidad para la aplicación de actividades con poblaciones vulnerables.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/11jRq8KljEgE3gL7QqsSpRgnd3G_E-2Y3?usp=sharing

Actividad #7	
Desarrollo de la actividad	
Logros	
Acciones de mejora	
Evidencia	

Actividad #8	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio: Taller educativo
Desarrollo de la actividad	Se inicia exponiendo al usuario de que se trata el taller, se contextualiza con el usuario de que se tratan los procesos de rehabilitación y resocialización para de esta manera sensibilizarlos frente a la importancia y beneficios tanto personales como familiares al realizarlos; también se da un momento de escucha para conocer que experiencias o pensamientos tienen frente a dichos procesos.
Logros	<ul style="list-style-type: none"> *Se logra la aceptación de los usuarios para aplicar la actividad. *Aceptación del proceso por parte del usuario. *Se mejoran las relaciones familiares y se potencia la inclusión social
Acciones de mejora	Potenciar las habilidades comunicativas ya que la población habitante de calle por sus condiciones sociales, personales y de adicción presenta una mayor negación a los procesos.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/1hiODQzgo5RnTHkwyGdeTaTS8CplPVfMw?usp=sharing
Actividad #9	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio: Conversatorio de motivacional.
Desarrollo de la actividad	Para el desarrollo de esta actividad se realizaron encuentros con los usuarios para que mediante el dialogo pudieran exponer sus sentires frente a los procesos de rehabilitación y sensibilización.
Logros	El principal logro de esta actividad fue la conexión que se logró establecer con los usuarios, todo esto posibilitando el dialogo, el encuentro y la participación durante el conversatorio.
Acciones de mejora	Mayor eficacia en la adherencia al proceso y aumento de la vinculación de los usuarios a la actividad, mejorar el acercamiento a los usuarios.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/15ajE7PbhesLR3fHZVug9DnYtFSyXUXiF?usp=sharing
Actividad #10	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio: Música de ensueño
Desarrollo de la actividad	
Logros	
Acciones de mejora	
Evidencia	
Actividad #11	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio: Dialogo participativo
Desarrollo de la actividad	Se saca un espacio para conversar con el usuario frente a los procesos de rehabilitación y resocialización con el fin de incentivar al reconocimiento de los

	mismos, saber que piensan y opinan de dichos procesos y quizás saber si en algún momento han hecho parte de algún tipo de proceso.
Logros	-Acercamiento al usuario y generación de empatía frente al proceso. -Se genera un momento de aceptación frente a la actividad. -Se permite el reconocimiento del ser, del tener y del estar.
Acciones de mejora	Mejorar la forma en que nos acercamos a este tipo de usuarios, ya que por sus condiciones y situaciones muchas veces son celosos con sus vidas; además muchos de ellos han tenido que sobrellevar condiciones de vulnerabilidad y menosprecio social por lo que se tornan un poco esquivos para dialogar.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/18qqqvmcoV1S6iGXtsO7nFa4tZydE-kdG?usp=sharing
Actividad #12	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio: Desayuno emotivo
Desarrollo de la actividad	Durante esta actividad lo que se comparte un pequeño refrigerio y con el fin de darles un mensaje a los usuarios de amor y escucha, mediante el cual se motiva a que se den la oportunidad de realizar los procesos de rehabilitación y resocialización.
Logros	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejor aceptación por parte de los usuarios. ● Reconocimiento de los procesos. ● Escucha activa y entendimiento de ambas partes “profesional usuario”.
Acciones de mejora	Como acción de mejora para esta actividad está la aceptación y apoyo institucional para poder realizar la actividad sin problemas, todo esto derivado del apoyo económico.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/1LXr21FUAWG0HxQMApHu3S9DeEgQEldC?usp=sharing
Actividad #13	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio: Cuéntame de ti
Desarrollo de la actividad	Inicialmente se le plantea al usuario en que consiste la actividad, posteriormente se da un momento de acercamiento a los usuarios para brindarles un momento de escucha, dialogo y compartir de sueños, experiencias y percepciones que tienen de la rehabilitación.
Logros	Se logra dar un momento de reflexión, de escucha y análisis de situaciones y momentos, además de la interacción con el usuario que es uno de los principales acercamientos para posibilitar la realización de los procesos.
Acciones de mejora	Mejorar las habilidades comunicativas y habilidades sociales para la implementación de estrategias de afrontamiento y reconocimiento personal.
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario.

	https://drive.google.com/drive/folders/1z7sgzx-gI7YkbG8zrynq26L6pwqgsMsm?usp=sharing
Actividad #14	Bolsa de oportunidades y momentos de cambio: Lectura colectiva
Desarrollo de la actividad	Se plantea inicialmente la lectura de algo que al usuario le llame la atención, bien sea un cuento, noticia o un pequeño mensaje de reflexión, todo esto con el fin de dar un mensaje al usuario frente a la importancia de que se acojan a los proceso, de que se den la oportunidad de reconocerlos y posibilitar la aceptación de los mismos, para mejorar su calidad de vida y propender por la inclusión familiar y social.
Logros	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconocimiento de los proceso. ● Acogimiento de la actividad. ● Motivación de los usuarios. ● Dialogo participativo.
Acciones de mejora	Mejorar la presentación de las actividades y aumentar el apoyo de la institución para la realización de estos proyectos, ya que no solo se beneficia el usuario de ellos sino también la institución
Evidencia	Lista de asistencia y registro fotográfico con autorización del usuario. https://drive.google.com/drive/folders/1tA_IWIwyjfSBsxiymCF5waPLZm1MjWnF?usp=sharing