

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA SECCIÓN DE
PSICOLOGÍA MILITAR DE LA QUINTA BRIGADA DE LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA**

SILVIA CATALINA OVIEDO ROJAS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2009

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA SECCIÓN DE
PSICOLOGÍA MILITAR DE LA QUINTA BRIGADA DE LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA**

SILVIA CATALINA OVIEDO ROJAS

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial
para optar al título de: Trabajadora Social.**

Directora:

ADRIANA VEGA MARTÍNEZ

Trabajadora Social

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2009

AGRADECIMIENTOS

Uno de los mayores logros fue haber obtenido el título profesional y está no hubiese sido posible sin la ayuda de Dios y la Virgen, y por la FE que tuve en ellos.

De igual forma al apoyo incondicional de mis padres por haber compartido año tras año el desarrollo emocional y profesional a partir de la Academia.

A mi familia por todas sus oraciones para tener siempre sabiduría y paciencia. Adicionalmente a Andrés, Mauricio, José Luis, Kelly, Paola, Tatiana. por las expresiones de cariño, amor, sinceridad, amistad y tolerancia que tuvieron conmigo cuando la ansiedad se apoderaba de mi cuerpo.

A María Bibiana Calderón quién con su dulzura, serenidad y dureza, resultó ser quién me formara y enseñara a madurar profesionalmente en las diferentes esferas de la vida.

A todos ellos gracias de todo Corazón por demostrarme que con amor y entrega se sale adelante sin importar los obstáculos y adversidades.

Sin embargo todo este proceso pudo llegar a su fin por el empuje y el apoyo de mi Directora de proyecto Adriana Vega.

En conclusión a todos y cada uno de los que compartieron conmigo este logro dando sus aportes, inquietudes, críticas pero sobretodo AMOR

Mil Gracias a Todos.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	13
1. SUSTENTOS TEÓRICOS DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	18
1.1.1 Prevención Primaria	26
1.1.2 Prevención Secundaria.	26
1.1.3 Prevención Terciaria	27
2. LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA COLOMBIANA	34
2.1 LA SALUD Y EL RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN DE LAS FUERZAS MILITARES	44
2.1.1 Derechos.	48
2.1.2 Deberes.	49
3. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA: EJERCITO NACIONAL	51
3.1 PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL	53
3.1.1 Visión.	53
3.1.2 Misión.	53
3.1.3 Valores Institucionales.	53
3.1.4 Principios.	54
3.1.5 Valores del Sector Defensa.	54
3.2 MODELO DE PLANEACIÓN DESDE LA PERPECTIVA DEL ÁREA DE PSICOLOGIA MILITAR	57
3.2.1 Visión	57
3.2.2 Misión.	57
3.3 OBJETIVOS DE LA SECCION DE PSICOLOGIA MILITAR	57
3.3.1 Corto Plazo	57
3.3.2 Mediano Plazo.	58
3.3.3 Largo Plazo.	58

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	61
4.1 LA INDECLINABLE VOLUNTAD DEL SOLDADO: PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL	61
4.2 OBJETIVOS DE INTERVENCION PROFESIONAL	71
4.3 DIAGNOSTICO INICIAL	71
4.3.1 Plan operativo de trabajo 1	77
4.3.2 Plan Operativo de Trabajo 2.	81
4.3.3 Plan Operativo de Trabajo 3.	85
5. CONCLUSIONES	98
6. RECOMENDACIONES	100
7. INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA MILITAR DE LA QUINTA BRIGADA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA	101
7.1 JUSTIFICACION	101
7.2 FASES DEL PROCESO	102
7.2.2 Fase 2: Definición del rol del Trabajador Social dentro del Cantón de la Quinta Brigada	104
7.2.3 Fase 3: Identificación del Cargo de Trabajo Social.	105
7.2.4 Fase 4: Definición del perfil del Trabajador Social dentro del cantón militar de la Quinta Brigada	107
7.2.5 Fase 5: Aspectos innovadores y exitosos de la propuesta.	110
7.2.6 Presupuesto.	111
BIBLIOGRAFIA	113
ANEXOS	116

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Muestra poblacional	64
Cuadro 2. Matriz Dofa	74
Cuadro 3. Estrategias de la Matriz DOFA	76
Cuadro 4. Plan Operativo de Trabajo 1	77
Cuadro 5. Plan Operativo de Trabajo 2.	81
Cuadro 6. Plan Operativo de Trabajo 3.	85
Cuadro 7. Modelo de Desarrollo del Plan Maestro de las Fuerzas Militares	103

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo actores participantes en el manejo de la salud y enfermedad	19
Figura 2. Modelo de Leavell y Clark. 1965 – Predisposición al daño – Salud Enfermedad	25
Figura 3. Organigrama Institucional	52
Figura 4. Organigrama Ubicación Psicología Militar	56
Figura 5. Total de la población de soldados regulares incorporados para el año 2008	64
Figura 6. Tipología Familiar	65
Figura 7. Nivel de escolaridad que determina el acceso laboral	66
Figura 8. Área laboral	66
Figura 9. Líneas Básicas de Intervención	68

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Diagnóstico de Salud Mental	117
Anexo B. Actividades Realizadas	119
Anexo C. Formato de Programas de Prevención realizados en la sección de Psicología Militar dirigidos a los diferentes batallones, sirviendo como apoyo durante el proceso de práctica	122

GLOSARIO

ATEP: Atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

BAEEV 7: Batallón Especial Energético Vial

BAGRA: Batallón Nueva Granada

BASPC 5. Batallón Apoyo y Servicio para el Combate.

BILUD: Batallón Luciano Del Húyar

BIRIC: Batallón Antonio Ricaurte

BIREY: Batallón Rafael Reyes

CIE: Centro de Instrucción y Entrenamiento

CRM: Centros de Reclusión Militar

DISAN: Dirección de Sanidad

DGSM: Dirección General de Sanidad Militar

ENCAPS: Encuesta Nacional de Conocimientos, Actitudes y Practicas en Salud.

ENDRSSR: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva.

EPS: Empresa Promotora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado.

FFMM: Fuerzas Militares.

GAULA: Grupo de Acción Unificado para la Libertad Personal.

HOSMIR: Hospital Militar.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAB: Plan de Atención Básica.

PAS: Plan Adicional de Salud.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

POS-C: Plan Obligatorio de Salud Contributivo.

POS- S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

PSICMIL: Psicología Militar.

PYP: Promoción y Prevención.

RP: Rehabilitación Psicosocial.

SGP: Sistema General de Pensiones

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SGRP: Sistema General de Riesgos Profesionales.

SLR: Soldado Regular.

SLP: Soldado Profesional.

SPA: Sustancias Psicoactivas.

SRM: Salas de Reflexión o Reclusión Militar.

SSFM: Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

SSMP: Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.

SSPN: Subsistema de Salud de la Policía Nacional

SSSI: Sistema de Seguridad Social Integral.

TRAMBUL: Tratamiento Ambulatorio.

UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization.

RESUMEN

TITULO:INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA MILITAR DE LA QUINTA BRIGADA DE BUCARAMANGA.*

AUTOR:

Silvia Catalina Oviedo Rojas**

PALABRAS CLAVES:

Salud Mental, Ejército Nacional, Soldados, Promoción, Prevención y rehabilitación.

DESCRIPCIÓN:

Las condiciones de la realidad social, que afectan e influyen en la salud de la población castrense, permite reconocer que el Ejército Nacional ha logrado poner en funcionamiento programas de promoción, prevención y rehabilitación de la Salud Mental, para los militares especialmente para los conscriptos o soldados.

Con la intervención realizada para el segundo periodo del año 2008, en el Cantón Militar de la Quinta Brigada, se fortaleció la gestión que realiza Psicología Militar, planteando como objetivos elevar la calidad de vida de sus integrantes a través de la construcción de proyectos de vida que favorezcan no solo la toma de decisiones, el núcleo familiar y social que le rodea y así generar una nueva cultura de valores que vayan de la mano con la percepción y la vivencia de la salud, que dependen más que por circunstancias dadas en el medio, por la capacidad de respuesta de cada hombre, facilitando un proceso de cambio en la actitud, pensamientos y creencias a cerca de la Salud Mental.

Para lograr alcanzar los objetivos, se desarrollo un plan operativo manejando estrategias de intervención, mediante la promoción de la salud mental, generando espacios de participación donde los soldados en fases de instrucción tuvieran la oportunidad de reconocerse como seres humanos y a la vez a los de su ámbito familiar, social y laboral.

Adicionalmente se capacito a los conscriptos impulsando el autocuidado y mantenimiento de la salud mental. Conjuntamente se realizaban entrevistas psicosociales a toda la población civil en proceso de incorporación y reclutamiento a las filas del Ejército y consultas individualizadas a familiares y civiles miembros de la Institución.

Como resultado de la intervención se propone la creación del área de Trabajo Social , para fortalecer las acciones y estrategias dirigidas por la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, trabajando conjuntamente con el grupo interdisciplinario y así reconciliar e involucrar a cada miembro de la institución como piezas fundamentales para la construcción de una sociedad más igualitaria, reflexiva y unida

* Trabajo de Grado

** Facultad Facultad de Ciencias Humanas. Trabajo social.Director: Adriana Vega Martínez

ABSTRACT

TITLE:

PROFESSIONAL SOCIAL WORK INTERVENTION IN THE MILITARY SECTION OF PSYCHOLOGY OF THE FIFTH BRIGADE BUCARAMANGA.*

AUTHOR:

SILVIA CATALINA OVIEDO ROJAS **

KEY WORDS: Mental Health, National Army, Soldiers, promotion, prevention and rehabilitation.

DESCRIPTION:

The conditions of social reality, which affect and influence the health of the military population, can acknowledge that the Army has managed to run promotion programs, prevention and rehabilitation of mental health, especially for military conscripts or soldiers.

With the intervention for the second period of 2008, the Guangzhou Military of the Fifth Brigade, strengthened the efforts of Military Psychology, set targets to raise the quality of life for its members through the construction of life projects not only conducive to decision making, social and family around you and create a new culture of values that go hand in hand with the perception and experience of health, rather than depending on the circumstances by the responsiveness of each man, facilitating a process of change in attitudes, thoughts and beliefs about Mental Health.

To achieve those goals, developing a business plan driving intervention strategies through the promotion of mental health, creating opportunities for participation in phases where the soldiers had the opportunity of education to be recognized as human beings but also to his family, social and labor. Additionally trained conscripts and promoting self-health maintenance mental. Psychosocial interviews were conducted jointly with the entire civilian population in the process of incorporation and recruitment to the ranks of the army and individual consultations to families and civilian members of the Institution.

As a result of the intervention is proposed to establish the area of Social Work to strengthen the strategies and actions directed by the Department of Health's National Army, working with him and reconcile inter-group and involve every member of the institution as part fundamental to building a more egalitarian society, reflexive and united.

* Work of Degree

** Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director: Adriana Vega Martinez. Social Worker.

INTRODUCCION

Los conflictos aparecen en todas las esferas de la sociedad mundial, insertándose en los diferentes espacios sociales del individuo y le afectan directa e indirectamente en sus actividades, en su vida familiar, en su vida laboral, poniendo en riesgo no solo al sujeto, sino quienes conviven con él y por ende a su entorno.

Por consiguiente entonces el impacto que sobre la salud mental de la sociedad pueden presentar diferentes eventos que afectan las relaciones sociales y humanas. Entre estos, sin duda alguna la guerra o conflicto armado que vive el país actualmente, que “causa las consecuencias mas profundas reflejadas en una crisis socioeconómica y de catástrofe y por lo tanto que arrastra la irracionalidad y deshumanización”¹.

Dentro de la población más expuesta, se encuentra el medio castrense a cuyos integrantes se les adiciona el conflicto propio de cada país y si se hablase de Colombia, es mayor el problema y el riesgo al que se enfrentan los militares, a quienes puede afectar de manera profunda, incluso hasta llevarlos a presentar alteraciones de conducta al poner en conflicto sus valores y principios, que se entreguen alrededor de los factores de riesgo.

Teniendo en cuenta las actuales condiciones de esta realidad social, es importante reconocer que la Fuerzas Militares han logrado poner en funcionamiento programas de promoción, prevención y rehabilitación de salud mental para sus integrantes. No se puede asegurar que el conflicto sea permanente y estático, como tampoco se puede ocultar el impacto que genera toda esta situación de desigualdad y violencia. Esto afecta indiscutiblemente la calidad de las relaciones

¹ BARÓ, Ignacio. Psicología social de la Guerra. Lecturas Universitarias v. 4. Ev. 2 ed. San Salvador: UCA, 1992.

humanas de los miembros de esta Fuerza, por esto, los programas establecidos se han extendido a las familias de los militares, en un intento de reforzar y mejorar el entorno, para optimizar la calidad de salud mental del individuo y su núcleo familiar.

La propuesta de intervención de Trabajo Social dentro del Cantón Militar de la Quinta Brigada del Ejército Nacional, propone fortalecer la gestión que realiza la Sección de Psicología Militar con el apoyo interdisciplinario incluyendo la asesoría brindada por el Trabajador Social, contribuyendo al buen desempeño de la Salud Mental interviniendo de manera particular una realidad institucional que enmarca el quehacer profesional dentro de una acción orientada a generar procesos de cambio institucionales, movilizándolo el desarrollo individual y colectivo hacia los escenarios sociales donde la expresión de conductas se conjuga con las condiciones del entorno, sin deteriorar la calidad de vida manifestada en la experiencia de procesos sanos.

De esta manera el lector encontrará dentro del primer capítulo los sustentos teóricos que dan aproximación y explicación al proceso de la salud-enfermedad, los modelos de prevención y rehabilitación además de los factores de riesgo y factores protectores de la salud mental, como base para conocer el sentido y desarrollo de los capítulos siguientes.

En el segundo capítulo se hace referencia a la salud desde la perspectiva colombiana, los planes y beneficios de la población, todo lo concerniente a la Ley 100 de 1993 como norma del Sistema de Seguridad Social en Salud y lo referente al régimen de excepción de las Fuerzas Militares.

Los tópicos tratados en el tercer capítulo, dan cuenta de la caracterización de la institución, donde se llevó a cabo la experiencia en la formación profesional con su respectiva ubicación, reseña histórica, estructura organizacional, plataforma

estratégica, modelos de prevención desde la perspectiva del área de Psicología Militar y finalmente los antecedentes que se tuvieron con esta practica.

La descripción del contexto local y de la experiencia, los factores internos y externos que favorecen al momento de una intervención, las estrategias de intervención, el plan operativo llevado a cabo para cumplir con las metas propuestas junto con la justificación del mismo proceso, la metodología utilizada terminando con un análisis y evaluación del proceso de intervención, son los elementos del cuarto capítulo.

El quinto y sexto capítulo refieren las conclusiones y recomendaciones que se tuvieron en cuenta durante todo el desarrollo del proceso; finalmente el séptimo capítulo enuncia la propuesta: Intervención Profesional de Trabajo Social en la sección de psicología militar de la Quinta Brigada de la ciudad de Bucaramanga

1. SUSTENTOS TEÓRICOS DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD

La salud se mide por el shock que una persona pueda recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. "una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente"...

Moshé Feldenkrais

Hablar del tema de la salud, es algo que los últimos tiempos ha venido tomando cada vez más fuerza y significado en el mundo global, debido a la simplificación de la información, a la rapidez con la que se accede a ella y a su fuente y que por tanto, no se ha llegado a un acuerdo sobre el asunto; sin embargo, es fundamental tener claro en que consiste la salud. En términos sencillos es entendida en el mundo globalizado como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social)².

La salud como bienestar refleja la necesidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del entorno, como sensación y percepción placentera y agradable, garantizando así el poder disfrute de una sobrevivencia digna a través de la satisfacción de necesidades básicas, emocionales y sociales de un individuo, para favorecer el desarrollo de su personalidad.

Si se recupera el término "salud" desde la teoría que utilizaban los clásicos, de "superar una dificultad", se obtendría una definición en toda regla, teniendo en cuenta lo que decía Tomas de Aquino: salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo³, es decir, que permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso.

² OMS. Salud y Bienestar Social. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, 1986

³ Tomás de Aquino. *Summa Theologiæ*, I-II^{ae}, q. 50, a. 1, c.

Porque, efectivamente, vivir no es simplemente “estar”, como está una piedra. Vivir implica una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia, diferenciación y relación con su ámbito exterior.

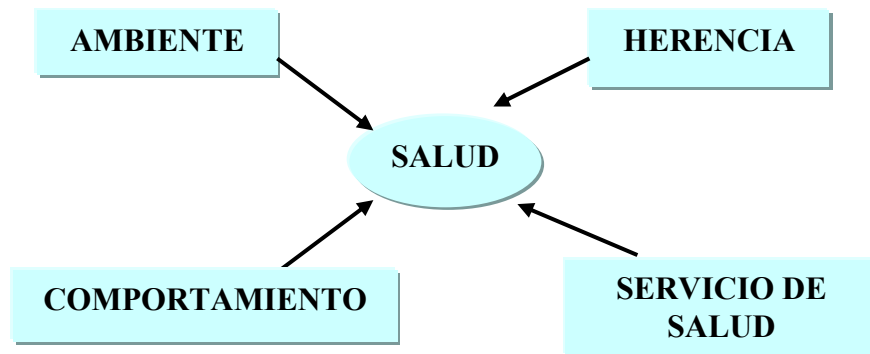
La prueba de toda esta realidad ha llevado a numerosos autores a concluir que la salud es algo subjetivo, que depende solamente de la apreciación del sujeto, aunque viéndolo de otro modo, esta conclusión puede ser errónea: el estado de salud no depende de cómo se sienta el sujeto, sino del modo de vida que lleve, de poder hacer una apreciación objetiva del estado de salud, y esta objetividad, depende de la captación de los problemas que puede presentar el ser humano sobre su vida cotidiana. Dicho de otro modo: el juicio acerca del estado de salud de una persona depende de la captación de su modo de vivir personal.

Por esto, la salud no sería tan importante si no hubiese en relación entre el potencialidad intelectual y de desarrollo en el campo social, necesario para obtener un alto grado de autoestima y desarrollo humano deseable.

Discutir sobre las diferentes definiciones de salud, sería hacer un listado de todas y cada una de las que existen pero, se podría empezar por decir, que la salud es un desequilibrio del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, fortalecer sus propios intereses y los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

Entonces, ¿que puede determinar la salud? Para dar respuesta a esto, Henrick Blue planteó desde 1971, que la salud era el resultado de un gran número de fuerzas o variables las cuales él agrupa en cuatro categorías de factores: ambiente, comportamiento humano, herencia y servicios de salud, (Véase la Figura 1).

Figura 1. Modelo actores participantes en el manejo de la salud y enfermedad



Fuente: Fundamentos de salud pública. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, 1997. p 2.

Este profesor en administración y en planeación de la salud, dio a conocer su propuesta para el manejo de salud- enfermedad con los siguientes actores participantes:

- *Ambiente: El medio ambiente, es el espacio en donde todo ser vivo nace, crece, se reproduce y muere. Ahora bien, las condiciones en que este se desenvuelva y la salud ocupacional, determinan el desarrollo humano deseado y la prevención de las enfermedades Así mismo, está comprobado que las condiciones climáticas, la altura sobre el nivel del mar, la ubicación geográfica, en general el medio ambiente que rodea al ser humano es uno de los más poderosos determinantes de su salud. En consecuencia, para mejorar la calidad de vida y las posibilidades de salud de los componentes de una sociedad, los gobiernos deben promover políticas tendientes a cambiar el medio ambiente hostil por uno favorable al desarrollo humano sostenible.*
- *Herencia: determina las características biológicas de cada ser, su resistencia natural a ciertas enfermedades, o la presencia de trastornos genéticos inclusive incompatibles con la vida, responsables de que el nuevo ser no nazca y el embarazo termine en aborto espontáneo, o con enfermedades heredo familiares como la hemofilia, la diabetes, el mongolismo etc. La herencia supedita especial resistencia o susceptibilidad a ciertas patologías.*
- *Comportamiento: constituye el tercer conjunto de factores que en un momento determinado inciden en la balanza permanente entre un estado de salud y otro de enfermedad. La capacidad que tiene el ser humano de hacer su voluntad, de tener costumbres y comportamientos que generen riesgo o protección para su salud. Para influir en el comportamiento y lograr cambios en este sentido, la OMS promueve los llamados estilos de vida saludables, como complemento en las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para lograrlos, es evidente que el mejor instrumento es la*

educación tendientes a desarrollar actitudes saludables para el individuo, la familia y la comunidad.

- *Servicios de Salud: los servicios de salud y el acceso oportuno a los mismos constituyen el cuarto factor que incide en la salud de las personas. Lo importante de esta teoría es que ha demostrado que en la práctica, la mayoría de los esfuerzos en beneficio de la salud se han concentrado en el aspecto curativo y en la atención de la persona ya enferma. Bersh plantea establecer cuál es el poder que realmente tienen los servicios de salud, para influir en el fenómeno de la salud, es un gran interrogante que continúa desafiándonos sin que podamos resolverlo satisfactoriamente. Sin embargo, no dudamos que nuestros esfuerzos puedan causar en alguna medida un buen efecto, pues las evidencias parciales así lo demuestran⁴.*

Esta perspectiva es la que permite una orientación hacia la relación directa que existe entre la salud y **la enfermedad**, entendiéndose este último termino como un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace especial hincapié en los factores emocionales y sociales, y así lo hace constar en la CIE-10⁵.

Lo anterior permite observar pues el proceso **salud-enfermedad** como un todo donde lo social es factor determinante de enfermedad o posibilidad de bienestar, lo cual es inherente al hombre que es precisamente humano porque es social, determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; sin embargo, si el Estado desea un sistema verdaderamente interesado en la salud de todas las personas (principio de universalidad consagrado en la Constitución Nacional), no debe limitar sus programas a la prestación de servicios médicos. El concepto de Salud, debe ser visto desde la óptica de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno,

⁴ GUZMÁN MORA, Fernando. Bioética: ¿Qué es salud?. [En línea]. Agosto, 2004. [citado en Octubre de 2008]. Disponible en Internet:

<URL:http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/410/pagina/5/que_salud.html>

⁵ La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications

recuperación, rehabilitación y readaptación laboral, todo ello inmerso dentro del desarrollo social y humano sostenible.

A mediados del siglo XIX casi todos los médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban "miasmas"⁶ que llevaban la enfermedad a las personas. Lancisi estableció esta "teoría miasmática", cuyo planteamiento supone que la causa de la enfermedad infecciosa es debida a las emanaciones producidas por las letrinas, alcantarillados y acequias. Se supone que el riesgo de contraer enfermedades infecciosas está relacionado con la exposición a "ambientes miasmáticos" cargados con material mórbido. A las enfermedades infecciosas que poseían este mecanismo de transmisión se les llamó genéricamente "*pestes*".

Otro grupo de médicos, los contagiacionistas sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de "cazadores de microbios". Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la salud pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX⁷.

Es en este siglo cuando mas avance se tiene en los procesos sanitarios en todos los niveles y se definen a través de diferentes modelos. Se comienzan a establecer los criterios esenciales para la aplicación de elementos de prevención primaria, secundaria y terciaria, incorporando el concepto de participación de otros sectores ajenos históricamente al quehacer de salud. (Leavell y Clark 1957)⁸. Se enfatiza además, la creación de instituciones médico sociales adecuadas a la realidad epidemiológica y social la primera de ellas, con este sentido en Colombia

⁶ MÁRQUEZ J. Ciudad, Miasmas y Microbios: La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, 2005. p. 52

⁷ www.geocities.com/edug2406/bacterias.htm

⁸ OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena. [En línea]. Agosto, 2006. [citado en Octubre de 2008]. Disponible en Internet: <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/index.htm>

fue creada a finales de la década de los 70, en el siglo pasado, conocida como la Escuela Colombiana de Medicina, hoy Universidad El Bosque, en donde además de la enseñanza de la curación de enfermedades, se daba gran relevancia a la prevención y la promoción de la salud, las cuales eran introducidas en sus cátedras a los estudiantes, siendo la primera en romper el paradigma de la salud en este país⁹; se aprovecharon las bondades de la introducción de eficientes fármacos y drogas en el control de las principales enfermedades infecciosas. En este contexto existe un progresivo interés en desarrollar estrategias preventivas las que comienzan a ser aplicadas temprana y masivamente en las comunidades, buscando el desarrollo y expresión plena de las capacidades potenciales biológicas, psíquicas y sociales de los individuos.

Por lo tanto, es la relación directa que existe entre el ser humano y su entorno, el cual está en constante cambio y obliga, directa o indirectamente al hombre, a modificar su manera de actuar, sus conductas y/o comportamientos que determinan su estilo de vida, y esto es aplicable en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

Esta satisfacción de las necesidades humanas debe darse en tres contextos interrelacionados: *al individuo, al grupo social y al medio ambiente*, o sea una integración *biopsicosocial*. La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces auto dependencia y participación a nivel personal y colectivo, lo que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar un mejor desarrollo humano. Cuando uno de estos elementos de la salud se modifica, los otros inmediatamente se alteran para así buscar un nuevo equilibrio en el ser humano.

Por lo anterior se obliga a que los programas y proyectos en salud sean diseñados para que, de manera dinámica, puedan tener cambios y ajustes de acuerdo con los nuevos descubrimientos que se publican diariamente en las revistas científicas.

⁹ <http://www.unbosque.edu.co/universidad/presentacion/historia.htm>

Sin embargo, como lo dice Francisco Soto y sus colaboradores en el enfoque teórico para la prevención del sida: “la educación para la salud ha evolucionado rápidamente y en muchos casos sin una base teórica, enfocada más en el aspecto práctico, lo que ha hecho olvidar ciertas premisas fundamentales. Una de ellas, es que el conocimiento, junto con la actitud positiva, favorece conductas específicas de conservación y promoción de salud. El elemento cognitivo es en suma, un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables”¹⁰.

Si una persona entonces, tiene un equilibrio biosicosocial, se puede asegurar que goza de buena salud; por el contrario si una de las tres esferas se logra romper, como anteriormente se mencionaba, surge un desequilibrio que da paso a la aplicación de los modelos de prevención, a los que hacen referencia Leavell y Clark

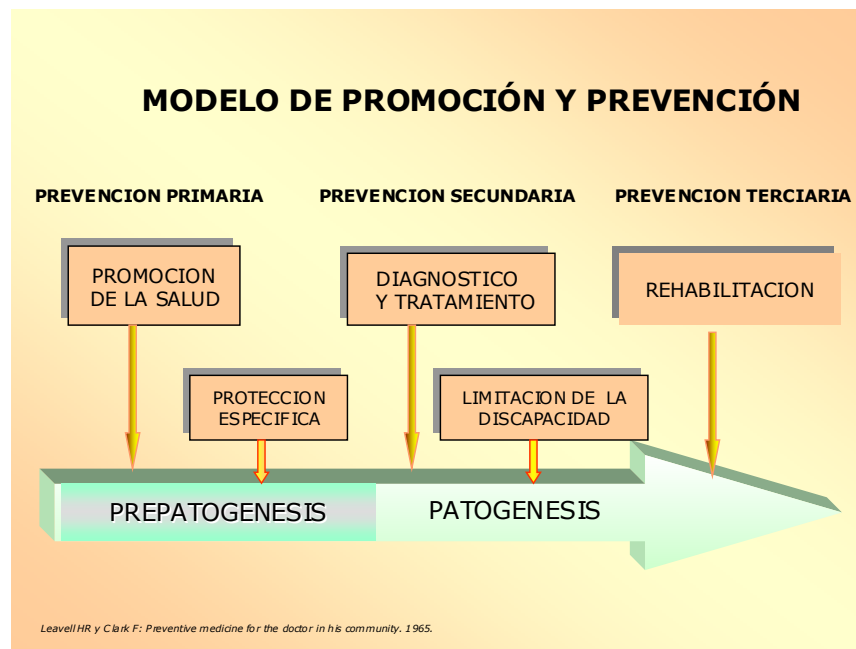
¹⁰ SOTO, F.; LACASTE, J.; PAPENFUSS, R y GUTIÉRREZ, A. El modelo de creencias de salud. un enfoque teórico para la prevención del SIDA. En: Salud Pública. N°4. Julio - Agosto 1997. p. 71, 335 -311.

1.1 LA PREVENCIÓN COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL EN EL TEMA DE LA SALUD

En términos generales el concepto de prevención, se conoce también como Medicina Preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo informar la aparición de una enfermedad o estado "anormal" en el organismo.

Por eso para entender mejor este termino, se hace necesario direccionar el modelo que utiliza Leavell y Clark, donde se puede comprender cada uno de los procesos que lleva una enfermedad en el ser vivo. De esta manera, la predisposición al daño en la salud-enfermedad puede explicarse mediante los niveles de prevención que contrarresta a la misma enfermedad. Por ello se clasifica de la siguiente manera (ver figura 2).

Figura 2. Modelo de Leavell y Clark. 1965 – Predisposición al daño – Salud Enfermedad



Fuente: <http://guajiros.udea.edu.co/Eva/Recursos/Diapositivas/principios%20epidemiologia.ppt#257,6>
Teniendo en cuenta la clasificación anterior se puede determinar los niveles de prevención para contrarrestar la enfermedad, de la siguiente manera:

1.1.1 Prevención Primaria. Es el conjunto de medidas que se aplican en el manejo del proceso de la salud-enfermedad antes que el individuo se enferme. En otras palabras son las acciones destinadas a prevenir la aparición de enfermedades¹¹.

Dentro de la prevención primaria se habla de la **Promoción y Prevención de la Salud**, como todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.¹² Adicionalmente y como lo estipula la Organización Mundial de la Salud, la **promoción** de la salud “es la suma de las acciones de la población, de los servicios de la salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”¹³.

En este nivel se incluye también la protección específica que comprende las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento que adopta normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública¹⁴.

1.1.2 Prevención Secundaria. Corresponde a las acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno. Incluye acciones de recuperación de la salud. En ello existen factores de riesgo¹⁵.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se define como la identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente, de su localización y su

¹¹ Coomeva. ¿Qué es Promoción y prevención?. [En línea]. [citado en Octubre de 2008]. Disponible en Internet:

<URL: http://viref.udea.edu.co/contenido/ /apuntes/gusramon/activ_salud/01-promocion.pdf

¹² Coomeva. ¿Qué es Promoción y prevención?. [En línea]. [citado en Octubre de 2008]. Disponible en Internet:

<URL: http://viref.udea.edu.co/contenido/ /apuntes/gusramon/activ_salud/01-promocion.pdf

¹³ OPS/ OMS.1990. Citado por Restrepo y Málaga .2001

¹⁴ Op. citT

¹⁵ ibid

naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo, siguiendo un razonamiento analógico. Por tanto es un proceso de determinados atributos clínicos o de pacientes que manifiestan dichos atributos, a una categoría del sistema de clasificación.¹⁶ Por su parte, el tratamiento en medicina, es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Son sinónimos terapia, terapéutico, cura, método curativo¹⁷.

1.1.3 Prevención Terciaria. Se refiere a las acciones de rehabilitación brindadas a que puedan utilizar sus capacidades y de esta manera reintegrarse a la sociedad¹⁸.

Teniendo en cuenta esta clasificación para poder llevar a cabo un proceso adecuado y acorde con el manejo de la salud, la rehabilitación entra a ser parte de lo que sería la resolución de la misma.

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

¹⁶ <http://www.definicion.org/diagnostico>

¹⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/Tratamiento>

¹⁸ http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ_salud/01-promocion.pdf

La RP es compleja y ambiciosa porque abarca diferentes sectores y niveles, desde los hospitales mentales a los hogares y los lugares de trabajo. De hecho, abarca a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, es una parte esencial e integral del manejo general de las personas discapacitadas por trastornos mentales. En consecuencia, los actores involucrados por la RP son también variados: usuarios, profesionales, familias, empresarios, gestores y administradores de servicios comunitarios, y la comunidad misma en su conjunto. Dada esta complejidad, el significado de proporcionar RP varía según las características geográficas, culturales, económicas, políticas, sociales y organizativas de los encuadres desde los que se soporta¹⁹.

Entonces, ¿qué se pretendería alcanzar al hacer una rehabilitación en quien padece una enfermedad?

En primer instancia se reduciría la sintomatología, padecida; seguidamente, se mejorarían las competencias sociales mostrando habilidades sociales individuales, competencias psicológicas y funcionamiento ocupacional, para así reducir paralelamente la discriminación y la estigmatización. Ahora bien, esta resocialización no sería posible o mejor completa, sin darle una mirada de importancia al vínculo familiar, dando a conocer las diferentes redes de apoyo con las que se puede contar que incluyan al menos las necesidades básicas, de alojamiento, empleo, relación social y ocio.

¹⁹<http://www.fearp.org/consesowho.htm> Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial) OMS (Organización Mundial de la Salud) Documento original: "Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement", en WAPR Bulletin, vol. 8, n° 3 julio de 1996. Apareció publicado en español en Boletín de la AMRP n° 6, marzo de 1997.

Traducción de R. Guinea.

Estas últimas, (redes de apoyo) “son un conjunto duradero de relaciones humanas vividas por los individuos de manera positiva, que suelen tener un impacto duradero en la vida a través de del intercambio emocional, físico, económico e intelectual. Sobre todo, mejoran la capacidad del individuo para salir adelante. El apoyo social tiene un efecto positivo sobre la salud mental, que puede ser directo (la salud mental mejora independientemente de cualquier factor de estrés al que pueda estar sometido el individuo), o indirecto (un efecto amortiguador que se manifiesta sólo cuando el individuo está expuesto a un factor de estrés). También puede proporcionar una estructura integrada y global para todos los servicios de RP disponibles”.²⁰

Hoy por hoy, el desarrollo de la salud mental integra aspectos de tipo biológicos, psicosociales y culturales, que tienen sentido tanto en la población afectada como en la población sana. Por eso, desde el punto de vista social y comunitario, ésta aparece como una expresión inscrita en el contexto sociofamiliar, desde el momento en que el individuo interpreta y afronta la vida mediante conductas individuales y colectivas.

Entonces, considerando la dificultad para construir, socializar y definir una definición concreta sobre el tema de la salud, es preciso mencionar algunas guías conceptuales que permitan la orientación hacia la finalidad del tema.

Se podría partir del pronunciamiento oficial de la OMS, al publicar el *informe sobre la salud del mundo (2001)* donde expone que las ciencias médicas, sociales y humanas permiten el análisis de la Salud Mental, viéndosele no solo como ausencia de la enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social.

Adicionalmente, en Canadá, el Comité de Salud Mental de Quebec²¹, plantea que la salud mental es un estado psíquico de la persona en un momento dado,

²⁰ Ibid, Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial **FEARP 2003**

²¹ Tomado de lineamientos para la acción en salud mental disponible en la pagina www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/discapacidad/tematico/salud-rehabilitacion/Lineamiento-Salud-Mental.pdf

condicionado por los niveles de bienestar, las capacidades mentales, y la calidad de relaciones con el medio. En este orden de ideas, la salud mental resultaría de la interacción de tres factores: **biológicos** (características genéticas y fisiológicas), **psicológicas** (aspectos cognitivos, afectivos y relacionales) y los **contextuales** (relaciones con el medio ambiente).

Para el Ministerio de Protección Social, la salud debe ser un ejercicio holístico y, por ende integral, involucrando aspectos biopsicosociales donde interactúe el hombre con el medio y su capacidad para transformarlo y de la misma manera transformarse a sí mismo.

En el mismo sentido, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (1994) considera que la “salud mental es la capacidad manifiesta del ser humano de identificarse como individuo dentro de determinada sociedad o cultura relacionándose objetiva y armoniosamente con el medio en el que participa, creando mayor bienestar para él y los demás y adquiriendo por ello un sentido para su existencia”²²

Finalmente para la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional (DISAN) la salud mental es entendida como “la capacidad del hombre para responder efectivamente ante las contingencias de la vida, descubriendo el significado de su existencia posible y a través de ella, escribiendo cada día su propia historia vital, en la medida en que es receptivo a la comprensión de nuevos significados. En esta tarea, la dimensión sana del individuo se expresará en la voluntad para amar, comprometerse, crear, participar, y transformar la realidad”²³

Por todo lo anterior, se deben tener en cuenta los criterios enunciados por Sánchez (1991)²⁴, con referencia al tema de la salud mental:

- Actitudes positivas hacia uno mismo.
- Crecimiento, desarrollo y actualización de si mismo
- Integración de la personalidad
- Autonomía

²² Tomado de Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia 2007 – 2010.

²³ www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

²⁴ Tomado del estudio “Condiciones Teórico- Metodológicas para la Realización del Diagnostico de la Salud Mental en Santa Fe de Bogotá” Secretaria Distrital de Salud. Hospital de Tunjuelito, 1999

- Percepción correcta de la realidad
- Dominio y control del entorno

Estos criterios articulados, permiten la interacción del sujeto con el medio y resaltan la importancia de las estrategias cognitivas, actitudinales, y comportamentales para ajustarse a la realidad, pero partiendo del reconocimiento del “Yo”, de lo que es, lo que vale y de igual forma, la manera como se percibe a sí mismo y a su entorno.

Por tal razón, deben tenerse siempre en cuenta los conceptos de promoción y prevención y a su vez, la rehabilitación de la población afectada o vulnerada dentro de la sociedad. Es así como éstas persiguen como meta la salud, aunque la prevención se basa en la ausencia de enfermedad, la promoción pretende maximizar el estado de la salud.

La educación en salud, dentro del concepto de la prevención primaria, cumple su misión elevando y manteniendo los niveles de salud del individuo, la familia y la comunidad, con medidas y planes oportunos que busca concientizar sobre la importancia de conocer, para elegir lo que es más saludable para la vida.

De lo anterior se deriva que la esencia del hombre está constituida por la libertad que se manifiesta en el poder ser del hombre y está íntimamente unida a la responsabilidad, en tanto “deber ser”. El deber ser, implica la orientación del ser humano a la búsqueda del significado de su existencia concreta y la responsabilidad de la actuación de un deber libremente asumido. Entonces, la enfermedad sería vista como construcción, como una forma de ser en el mundo, como una respuesta ante las posibilidades y ante el límite”²⁵.

En la sociedad existen diferentes comunidades, dotadas de creencias, religiones, preceptos, culturas, ideologías, raza, sexo, etc; pero por más variedad étnica que pueda existir, no por esto disminuye el riesgo de sufrir una enfermedad, un accidente, o hasta la muerte. Todos terminan siendo vulnerables pero esta misma depende de características de tipo genético, biológico o psicosocial que actuando de manera articulada, pueden desencadenar un suceso. Es acá donde aparece el

²⁵ Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. Dirección General de Sanidad Militar. Enero de 2007.pag 38

término de **riesgo**²⁶, que implica la presencia de una característica o factor (o varios) que aumenta la probabilidad de situaciones adversas, produciendo por lo general un acontecimiento no deseado y esta medición es lo que constituye al factor de riesgo.

Un **factor de riesgo**²⁷ es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción²⁸.

Así mismo y siguiendo con la línea de la intervención, “la promoción en salud mental se refiere a la realización de intervenciones individuales y comunitarias dirigidas a identificar **factores protectores**, que generen y mantengan conductas saludables, capacitando al individuo, su familia y la comunidad para incrementar el control sobre los determinantes de la salud.

El concepto de factor protector alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la responsabilidad de una persona a algún peligro o conlleven a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985).

No significa que estos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas; por el contrario, un factor protector puede no constituir un suceso agradable. Los factores agradables a diferencia de las experiencias positivas, incluyen un componente de interacción”²⁹.

Para concluir es pertinente decir que favorecer estilos de vida sanos, fomentar la resiliencia, brindar conciencia de libertad y responsabilidad, fortalecer el concepto de individuo, despertar sentido de vida, educar en salud, propiciar el desarrollo institucional, entre otras, son actividades fundamentales en la promoción de la salud mental.

²⁶ Ibid pag 36

²⁷ Ibid pag 36

²⁸ http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp

²⁹ Tomado del “Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Miliars de Colombia”, 2007-2010

De manera tal que el mejoramiento, la promoción y la protección de la salud serán incluidas en las acciones desarrolladas por los diferentes entes políticos y sociales, incluyendo los gubernamentales y no gubernamentales que enuncien las políticas de protección en salud para los colombianos; como contexto general de la experiencia académica se da paso al segundo capítulo.

2. LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA COLOMBIANA

Como bien es sabido, todos los seres humanos están determinados por la presión laboral, el tiempo, la situación económica, entre otras características que resultan siendo contraproducentes a su estilo de vida, hechos que conllevan a pagar un precio por los actos cometidos donde más que autor se termina siendo víctima de los errores.

Para tal fin, entonces desde muchos años atrás se vienen conociendo que las leyes son quienes se encargan de hacer cumplir las condenas que la misma conciencia tiene que pagar; para eso el hombre tiene que someterse a procesos que, con el paso del tiempo le enseñaran a adaptarse y a tener una nueva concepción de la vida, a tener un nuevo comportamiento que es regido y determinado por el ambiente al que está sometido, al que tiene que acostumbrarse.

Caer recluso en un centro penitenciario, o como es el caso en los Centros o Salas de Reclusión Militar (CRM Y SRM) para las FFMM, no es cosa sencilla.

Es vivir determinado por condiciones, que en muchos casos terminan siendo infrahumanas porque se le olvida a todo aquel que no está en esa misma situación, que el militar, más que un militar es un ser humano, que no es ningún delincuente, simplemente que se encuentra allí dentro por haber incumplido o infringido determinada ley militar y que, como en todo país con gobierno, se tienen que respetar las leyes, se hacen cumplir, y no se infringen, más aun cuando se trata de una institución tan prestigiosa y nombrada no solo local, nacional, sino internacionalmente como el Ejército Nacional.

Adicionalmente, leyes contempladas en la Constitución Nacional, Código Penal Militar y la normatividad sobre la prevención de la salud, son los parámetros que permiten direccionar y manejar este tipo de situaciones que viven día a día los hombres de las Fuerza Militar. Pero sin embargo, para adentrarse en este tema se hace necesario hacer una reseña histórica de cómo ha venido evolucionando la seguridad social en el país.

De esta manera se puede dar paso a una reseña histórica que permite al lector, adentrarse mas en el tema de la normatividad en salud y como esta ha venido evolucionando y transformando la sociedad con el paso del tiempo.

La seguridad social se inició en 1883 cuando el canciller alemán Otto Von Bismarck creó un sistema de programas sociales que incluía un seguro de enfermedad y maternidad y un programa de pensiones para los trabajadores de las industrias de su país³⁰. Es como de esta manera se empiezan a implementar los antecedentes de la seguridad social en la mayoría de países industrializados y al poco tiempo, también en los países subdesarrollados. Todo el avance dado se baso en la presión que inicialmente comenzaron a exigir los obreros de las grandes industrias de la época, los cuales estaban empezando a ser conscientes del rol que tenía que desempeñar el estado en la protección de las contingencias propias de la vida, donde en realidad lo que se buscaba era asegurar su propia vida y la de su familia contando con prestación de servicios sociales.

Colombia en el siglo XIX no fue ajena a ese reconocimiento que empezaban a tener los ciudadanos dentro de la estructura social del país y fue así como se empezaron a implementar los primeros sistemas de seguridad social los cuales por su comprensión y dinámica, no llegaron a cumplir los requisitos que universalmente tenían que cumplir los sistemas de seguridad social, entre ellos el

³⁰ BLANCO RESTREPO, Jorge; MAYA MEJÍA, José; et al. Fundamentos de salud pública. Corporación para investigaciones biológicas. Tomo I. Medellín: Colombia; 1997.

aseguramiento y el ahorro (por parte de la seguridad) y la equidad, la solidaridad, la universalidad y la calidad (como parte del componente social).

La historia actual de los sistemas de seguridad social en Colombia se divide en dos partes: la una, antes de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 y la otra, el balance hecho después de 13 años de implementada la misma.

El pasado sistema de salud (antes de la ley 100 de 1993) se mantuvo durante muchos años y fue arduamente criticado por no responder ni a las exigencias de un sistema de salud como ente garante de derechos en la población, ni ir acorde con la lógica del mercado de cohorte neoliberal (ir contra los principios de eficiencia y auto-sostenibilidad).

La ley 100 de 1993 crea en Colombia el sistema general de seguridad social integral y define el término como “el conjunto de instituciones, procedimientos y normas de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida. Este sistema está dividido en tres subsistemas los cuales tienen como fin proporcionar una cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica; conformado por:

- Sistema general de pensiones (SGP)
- Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)
- Sistema general de riesgos profesionales (SGRP)

La formulación de este sistema sí estaba sustentado bajo los principios rectores de un sistema de seguridad social y para el momento de su entrada en vigencia se esperaba que las necesidades de la seguridad social –y siendo más enfáticos- las necesidades propias respecto a la salud de la población fueran garantizadas y cobijadas por el accionar de dicha ley.

Después de más de una década de dicha ley y cuando los resultados para el año 2000 ya tenían que ser visibles, el panorama que refleja respecto a puntos específicos en el sistema son los siguientes:

El sistema de salud sigue siendo inequitativo, se le siguen poniendo barreras de acceso tanto a los usuarios como a los servicios a los que tienen derechos estos; los usuarios diagnosticados con enfermedades de alto costo siguen siendo los más afectados por esta problemática que día a día pone en mayor riesgo su calidad de vida, las quejas de los usuarios de los servicios de salud son visibles (de las 140 mil tutelas interpuestas desde que existe este mecanismo constitucional de defensa de derechos fundamentales, 43 mil han exigido el derecho a la salud³¹) y en fin una serie de dificultades que llevan a reflexionar sobre la estructura misma del sistema.

- Un sistema de salud no es independiente de los procesos económicos, y en un país como Colombia en donde el desempleo y subempleo alcanzan cifras preocupantes, no es garantía para que un sistema sea SOLIDARIO. Por tal razón se deduce que no hay una verdadera distribución de los recursos y por ende el sistema se ve envuelto en problemas de exclusión social y de baja calidad en la prestación de los servicios.
- El sistema de salud en el año 2005 ha llegado a cobijar a solo el 69% de la población³² total del país, luego no ha superado las metas en cuanto a universalidad propuestas para el año 2000 y en ese sentido sigue siendo un sistema –al igual que el anterior- de cobertura parcial (sin desconocer el gran avance en el aseguramiento), vulnerando así el derecho constitucional y tal como lo dice el artículo 48 dirigido a la seguridad social consagrado también en la ley 100 de 1993.

³¹ Defensoría del Pueblo. La Tutela y el derecho a la Salud. Causas de las tutelas en salud, 2004.

³² PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005.

Según la organización mundial de la salud, “salud es el bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de afecciones y enfermedad³³. De esto se deduce que hay factores como la herencia, el ambiente, el estilo de vida, y los servicios de salud que llegan a ser determinantes en el bienestar del individuo. Si bien, todos estos componentes tienen distintos responsables en la garantía de su calidad, la responsabilidad del servicio de salud en un estado democrático y social de derecho como lo es Colombia, esta responsabilidad cae en manos del estado.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS) está organizado coherentemente para dar respuesta a las contingencias propias de cada uno de los determinantes en salud (tanto individuales como colectivos) y de esta manera como lo fundamenta los lineamientos contenidos en la Constitución de 1991 la cual determina en su artículo 49:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de los servicios salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales, los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados por la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad³⁴

³⁴ Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 49.

Desde 1993 y respondiendo a una nueva concepción de política social, inscrita en la transición hacia un modelo de desarrollo neoliberal, se diseñó en el país el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el cual se puso en marcha en 1995 y 1996. Su estrategia central se refiere al aseguramiento universal, para acceder a un Plan obligatorio de servicios igualitario, pretendía resolver dos de los grandes problemas del sistema anterior: la segmentación de sistemas diferenciales de servicios para los distintos grupos de población y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, debidas principalmente, a barreras económicas.

La perspectiva que acá se muestra es que el balance hoy es devastador, los objetivos no solo no se han cumplido, sino que no son viables porque las dificultades que enfrenta el Sistema están ligadas fundamentalmente a la concepción de política social y de transformación del mercado laboral, inherentes al nuevo modelo de desarrollo, el cual, pese a las alarmantes cifras de deterioro de la calidad de vida y de empobrecimiento de la población, se ha profundizado desde 1997-1998.

En ese orden de ideas se toman las coberturas de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud, y el gasto de bolsillo en salud, como indicadores de las inequidades en la prestación de servicios de salud, y se plantea que las crónicas desigualdades en salud del país no solo se mantienen en el Sistema, sino que la generalización de una lógica mercantilista como criterio prioritario de atención ha generado nuevas desigualdades.

La equidad en salud abarca un amplio campo que va desde la justicia social y los derechos y su expresión en el ámbito sanitario, los resultados en salud, el financiamiento y el acceso a los servicios. Aquí se analiza esta última dimensión por dos razones, porque uno de los argumentos más fuertes de los ideólogos de la reforma colombiana era el de que el aseguramiento removería las barreras de

acceso a los servicios, especialmente las económicas que históricamente caracterizaron al Sistema de salud. También porque aunque la literatura sobre el tema advierte que los servicios inciden en forma limitada, pero importante, en los resultados en salud, ya que es más determinante la relación con las condiciones de vida, son aquellos los que concretan una de las dimensiones más importante del derecho a la salud, cual es el derecho a la asistencia sanitaria. La equidad en el acceso a los servicios de salud, tradicionalmente se ha definido como dependencia económica la utilización efectiva de servicios, con base en la necesidad de atención, e independiente de la capacidad de pago (Aday, Andersen, 1980). Paradójicamente, es el mismo concepto utilizado en los estudios de quienes han defendido el modelo de reforma colombiana.

Una revisión de investigaciones realizadas en el país sobre los resultados de la ley 100/93, muestra que la utilización efectiva de acceso a los servicios no se ha modificado sustancialmente. Otras evidencias, entre ellas los testimonios de los usuarios³⁵, señalan que las barreras económicas siguen siendo el mayor obstáculo para obtener servicios, y que han aparecido nuevas barreras generadas por aseguradores y prestadores.

Antes de la reforma, los estudios nacionales más representativos coinciden en que la razón más importante para no utilizar servicios era económica. En la Encuesta Nacional de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud, (ENCAPS) realizada entre 1986 y 1989, los motivos para no consultar al médico eran el costo, la demora en la atención y la inaccesibilidad Geográfica, y tanto en la Encuesta Nacional de Hogares, como en el estudio del economista Juan Luis Londoño, ambos de 1992, las razones económicas para no asistir a los servicios, ante una necesidad identificada, varían entre 50 y 55% de los casos. Después de la reforma, las evidencias sugieren que las barreras económicas se mantienen en primer lugar. Cerca de la mitad de 47,5% de la población de los estratos 1 y 2, en

³⁵ CIE, 2001

nueve ciudades colombianas no utiliza servicios, aduciendo en 66% razones económicas³⁶ sugieren que los copagos y las cuotas moderadoras podrían estar restringiendo el acceso, y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDRSS) afirma que la falta de dinero es la razón de no uso de servicios en 51% de los casos.

La probabilidad de utilización de servicios para los mas pobres, tampoco se modificó sustancialmente, entre 1993 y 1997 en el primer quintil de población, mientras que la proporción que no demandaba servicios para ese mismo quintil y periodo, disminuyó en 14% para 1997, pero tiende a aumentar en el 2000, año en el cual el acceso se vuelve mas inequitativo, en tanto hay mayor declaratoria de enfermedad en la población pobre, pero quienes reciben mas atención son los ricos³⁷

Para tal efecto el Sistema de Salud crea unas condiciones para que los habitantes del territorio nacional accedan a un régimen de beneficios según capacidad contributiva de la persona hacia el sistema, entre los que se encuentran:

- **Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo.** Los afiliados al sistema de salud mediante régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la ley 100 de 1993. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas del recaudo fiscal en el sistema y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) son las encargadas de la prestación de los servicios a los usuarios de las EPS con las

³⁶ Mineducación-Universidad Javeriana, 1995, Céspedes, et al., 2000

³⁷ DNP-PNUD, 2001, p. 114

cuales tienen contrato. Estas EPS actúan bajo la lógica de la competencia y del libre mercado.

- **Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado.** Los afiliados al sistema mediante régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización para salud. Es así como el sistema bajo el principio de la solidaridad subsidia a la población más pobre y vulnerable del país tanto de las zonas urbanas como las rurales. Tienen particular importancia dentro de este grupo poblacionales específicos como las madres durante el embarazo, parto y postparto y periodo de lactancia, las madres comunitarias, las madres cabezas de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas y demás personas sin capacidad de pago. El plan obligatorio de salud para estas personas es prestado por las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas o privadas, previo contrato con las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) las cuales son las encargadas de manejar los recursos para esta clase de plan.
- **Personas vinculadas al sistema.** Son vinculados al sistema aquellas personas que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas (centros de salud y Empresas Sociales del Estado (ESE)) y aquellas privadas con las que tenga contrato el estado. Los gastos de este sistema pasan a ser parte de las entidades territoriales en las cuales se preste el servicio.
- **Régimen de excepción.** Estos servicios de salud son prestados por entidades adaptadas a aquellos trabajadores que no participan en el sistema general de seguridad social, pues mientras así lo defina la ley, cuentan con su propio sistema de salud. Ejemplo: miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía

Nacional, personal docente oficial vinculado al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Para tal fin, adicionalmente se hace modificación de la ley 100 o Ley de Seguridad Social, dada por la Ley 1122 del 2007, donde la presente tiene como objeto, realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ahora bien, se hace necesario incursionar en lo que va hasta el momento y lo que se refiere a la normatividad construida en torno al sector salud, para orientar la estructura del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, (SSFMM) como consecuencia del régimen de excepción sin que esto sea motivo para rechazar a sus beneficiarios de cualquier tipo de actividad, o intervención en el desarrollo de la salud, como tampoco de los lineamientos o parámetros para su cumplimiento.

A continuación se expresan las normas que orientan el accionar de las entidades que las Fuerzas Militares tienen a su cargo para la prestación de servicios de salud a sus afiliados (as) y beneficiarios (as).

2.1 LA SALUD Y EL RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN DE LAS FUERZAS MILITARES

La fuerza pública está conformada por las Fuerzas Armadas y por la Policía Nacional, las cuales ejercen el monopolio de la fuerza de manera legítima; es decir, actúan dentro de la legalidad, conformadas a su vez, por el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea, organismos encargados de velar por la defensa y el orden de la Nación y que a su vez, tienen una vigilancia de control a través de entidades como: Contraloría General de la Nación, La Fiscalía General de la Nación, Contaduría General de la Nación, Departamento Administrativo de la Función Pública, Procuraduría General de la Nación.

Entre sus funciones prioritarias se encuentran las que demanda la Constitución del año 1991, tales como velar por la defensa del territorio, de la soberanía, de la independencia, así como por el mantenimiento del orden constitucional.

En lo que refiere al tema de la Seguridad Social para estas instituciones, se encuentra la Ley 352 de 1997, que establece la restructuración del Sistema de Salud para las mismas. La organización del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, adicionalmente, (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM), el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central (HOSMIR). El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

El principal objetivo del SSMP, es poder prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares y policiales.

Sin embargo, para tales efectos es preciso definir el término **Sanidad** como un servicio público esencial de la logística Militar y Policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios.³⁸

Por tanto, la estructura definitiva del SSMP, se estableció bajo el Decreto 1795 del 2000 en donde se precisa la sanidad al interior de este sistema de salud como:

Un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios, siendo su objetivo principal el de brindar un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios³⁹.

Además de tener como principios generales la ética, equidad, universalidad y eficiencia, también se rigen por la racionalidad, obligatoriedad, equidad, protección integral, autonomía, descentralización y desconcentración, unidad, integración funcional, independencia de los recursos y atención equitativa y preferencial.

Ahora bien, en relación al conjunto de actividades contenidas en el plan de servicios de sanidad militar y policial, según el capítulo II del Decreto 1795 del 2000 se encuentran establecidas las siguientes áreas:

³⁸ <http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co>

³⁹ POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Ministerio de Defensa Nacional. Decreto 1795 de 2000. Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional. [Base de datos en línea] [Citado 18 de Agosto de 2006] Disponible en Internet <<http://www.policia.gov.co/inicio/portal/normas.nsf/dh4f709c9f72f168605256b02004f2316/baaf014de6b3901886256b5f00751ccb?OpenDocument>>

- *Salud Operacional:* son las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras Sanidad en Campaña, Medicina Naval y Medicina de Aviación.
- *Salud Ocupacional:* son las actividades de medicina preventiva, medicina de trabajo, higiene y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva del personal en sus ocupaciones habituales, con el fin de prevenir enfermedades y accidentes. Comprende igualmente las actividades conducentes a evitar que las enfermedades comunes sean agravadas por las condiciones laborales.
- *Medicina Laboral:* el SSMP realizará la evaluación de aptitud psicofísica al personal que se requiera para salir en comisión al exterior y procesos de selección, ingreso, escalafonamiento, reclutamiento, incorporación, comprobación, ascenso, permanencia y retiro del personal activo afiliado al SSMP del Ministerio de Defensa Nacional y demás circunstancias del servicio que así lo ameriten. Igualmente el SSMP asesorará en la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.
- *Atención de los Accidentes Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP):* se definen como el conjunto de actividades y procedimientos en salud tendientes a prevenir, atender y rehabilitar a los afiliados de los efectos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- *Plan de Atención Básica:* el Ministerio de Salud incluirá a los usuarios del SSMP en el desarrollo y ejecución de los programas del Plan de Atención Básica (PAB), de que trata el Artículo 165 de la Ley 100 de 1993.
- *Planes Complementarios:* el SSMP, previo concepto favorable del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá ofrecer planes complementarios a través de sus Establecimientos de Sanidad o de aquellos con las cuales tenga contratos para la prestación del Plan de Servicios de Sanidad. Tales planes serán financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios.
- *Atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional:* la prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional estará a cargo del SSMP.
- *Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito:* el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SSMP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por

bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por el SSMP⁴⁰.

Por consiguiente, cabe anotar que quienes gozan de estos servicios son, los afiliados al SSMP sometidos al régimen de cotización y los que no se someten a este, como se explica a continuación:

- *Los afiliados sometidos al régimen de cotización:*
 - Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.
 - Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.
 - El personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional.
 - Los soldados voluntarios.
 - Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional.
 - Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional.

⁴⁰ Ibid. , p. 36

- Los servidores públicos y los pensionados de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional que deseen vincularse al SSMP.
- Los estudiantes de pregrado y postgrado de ciencias médicas y paramédicas que presten sus servicios en los establecimientos de sanidad del SSMP.
- *Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:*
 - Los alumnos de las escuelas de formación de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, a que se refieren el artículo 225 del Decreto Ley 1211 de 1990, el artículo 106 del Decreto Ley 41 de 1994, y el artículo 94 del Decreto 1091 de 1995, respectivamente.
 - Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

Como consideraciones finales, se tienen los derechos y deberes en salud que tanto afiliados (as) y beneficiarios (as) del SSPN, están en condiciones de cumplir, según lo reglamentado en el Decreto 1795 de 2000⁴¹.

2.1.1 Derechos. Recibir información clara y suficiente del médico tratante sobre su enfermedad, procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el riesgo que conllevan.

- Acceder a la atención integral en salud que comprende las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según lo establecido en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

⁴¹ Ibid., p. 38

- Recibir un trato digno respetando sus creencias, costumbres y opiniones personales sobre la enfermedad.
- Tener confidencialidad sobre los informes de historia clínica, guardando el secreto profesional y solo con su autorización o en virtud de orden judicial sean conocidos.
- Tomar la decisión de donar o no, órganos para posibles trasplantes o investigaciones científicas (expresadas por escrito) la cual debe ser respetada.
- Morir dignamente en los términos que lo permita la constitución y las leyes.
- Recibir de la institución los beneficios de los recursos y las tecnologías disponibles para atender la enfermedad.
- Acceder a los diferentes servicios, horarios y programas organizados por la institución.
- Presentar no conformidades, sugerencias, peticiones y que sean tramitadas.

2.1.2 Deberes. Procurar el cuidado integral de su salud, la de sus familiares y la de la comunidad y dar cabal cumplimiento a todas las disposiciones que en materia preventiva, de seguridad industrial y de higiene determine el SSMP⁴².

- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y el de sus beneficiarios.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones y la dotación, así como de los servicios.
- Pagar oportunamente las cotizaciones a que haya lugar.

⁴² Ibid. Pág. 39

De manera pues el cubrimiento de la atención en aras de la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación son servicios que brinda la dirección general de sanidad militar y de la policía para todos aquellos que hagan parte de la fuerza pública enmarcados además, por las propias políticas del Ministerio de Protección Social.

3. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA: EJERCITO NACIONAL

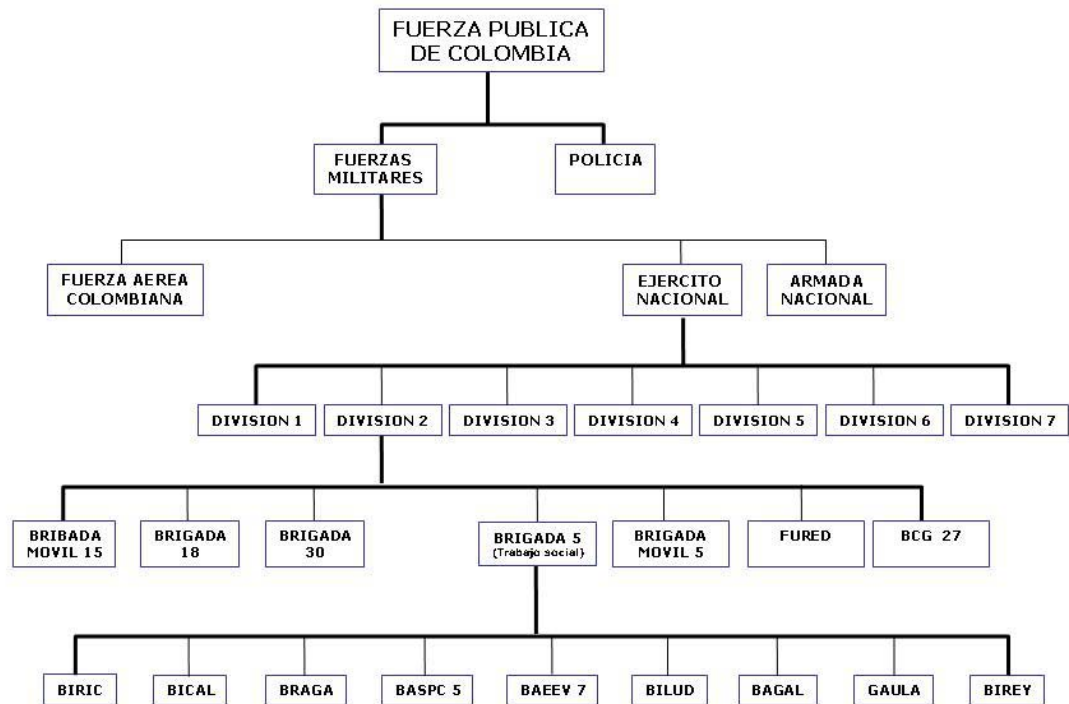
El Ejercito Nacional de Colombia, es una institución Militar que tiene como misión desarrollar operaciones para defender y mantener la soberanía, la independencia e integralidad territorial, para forjar un ambiente de paz, seguridad, perfeccionamiento y progreso con el bienestar del país, garantizando de esta manera el Orden Constitucional de la Nación. Por consiguiente, su visión es proyectarse como un ejército moderno, profesional, organizado, capacitado y entrenado para salir victoriosos en el combate, llevando siempre en mente sus valores y objetivos, con el fin de unir e integrar a la Nación en que vivimos en pleno siglo XXI⁴³.

La Quinta Brigada, fue creada el 15 de Junio de 1910 mediante decreto No 556, siendo Ministro de Guerra el General José Medina Calderón y como presidente de la Republica el Doctor Ramón Gonzáles Valencia, con sede en la ciudad de Cali. Según el Decreto no. 01721 del 21 de mayo de 1948 se designa como sede de la Quinta Brigada a la ciudad de Bucaramanga.

Esta cuenta con 14 Batallones en total, entre ellos se encuentran el batallón de Contraguerrilla No 45 los Guanes, el Batallón de Apoyo y servicio de Combate BASER 5, Batallón de Ingenieros Caldas, 4 Batallones de Infantería como el No 13, Rafael Reyes No 41, No 14 Antonio Ricaurte, No 40 Luciano Del Húyar, el Batallón de Artillería No 5 y el Batallón de Artillería y defensa Área No 2 Nueva Granada y un Grupo de Acción Unificado para la libertad Personal GAULA.

⁴³ <http://ejercitonacional.mil.co>

Figura 3. Organigrama Institucional



Fuente. Manual de Procedimientos Directiva de Distribución Organizacional Quinta Brigada⁴⁴

Actualmente La Quinta Brigada del Ejército Nacional se encuentra ubicada en la Carrera 33 # 14, Barrio los Pinos. (6459001 Ext. 107) a cargo del Señor Brigadier General Ricardo Antonio Vargas Briceño, Comandante de La Quinta Brigada, y por el Señor Teniente Coronel Andrade Almario Elkin Alan, Jefe de Estado Mayor.

Adicionalmente se encuentra el BASPC No.5 Mercedes Ábrego (Batallón de Apoyo y Servicios Para el Combate) y la Segunda División.

En relación con la identidad corporativa, la institución cuenta con elementos propios representados por el escudo, la bandera, el himno, los uniformes y las

⁴⁴ Tomado del archivo de la Sección de Psicología Militar.

insignias que indican el grado y/o especialidad (oficial, ejecutivo, suboficial), a la cual pertenecen los hombres y mujeres que integran la entidad.

3.1 PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL

A continuación se referirá los lineamientos que rigen la plataforma estratégica⁴⁵ que utiliza el Ejército Nacional dentro del territorio colombiano que fundamenta el cumplimiento de su misión

3.1.1 Visión. Fuerzas Militares Modernas con altos estándares de profesionalismo, elevados niveles de entrenamiento afianzados en sus valores para doblegar la voluntad de lucha de las organizaciones terroristas, comprometidas con el enlace de la paz y el desarrollo de la Nación.

3.1.2 Misión. Defender la Soberanía, la Independencia, la Integridad del Territorio Nacional y la vigencia del orden constitucional, tendientes a contribuir a la seguridad de la población y sus recursos, así como el cumplimiento de las funciones del Estado y los deberes de los particulares.

3.1.3 Valores Institucionales.

HONESTIDAD. En la forma transparente de actuar, hablar, de realizar las críticas y autoridad moral para exigir lo que se da.

VALOR. Para enfrentar los desafíos y retos permanentes, cumplir con las tareas y misiones.

LEALTAD. Con la patria, con los ciudadanos, con la Institución, con los Superiores y con los subalternos.

⁴⁵ <http://www.ejercito.mil.co>

HONOR. Compromiso con la patria y la Institución, con los deberes asignados y la responsabilidad de asumir las consecuencias de los actos.

PRUDENCIA. Sabiduría practica para ejecutar y tomar decisiones acertadas en diferentes situaciones.

3.1.4 Principios.

Respeto por la constitución y la ley. Acatar y aplicar la Constitución, nuestra misión es defenderla y respetarla.

Competencia. Acatar y aplicar la Constitución, nuestra misión es defenderla y respetarla.

Honor Militar. Obligación que tiene el hombre ante su propia conciencia de obrar siempre en forma recta e irreprochable. Asumir con orgullo y respeto la investidura militar.

Ética en todas las actuaciones. El comportamiento militar se caracteriza por el ejercicio de la moral, acompañada de los valores y virtudes militares.

Compromiso. Con la Patria, con la causa de la democracia, con el liderazgo de cada uno de nosotros, con la visión, con los principios, con hacer del Ejército la organización que todos queremos que sea: Una empresa preparada para servir a la defensa y seguridad de la nación.

3.1.5 Valores del Sector Defensa⁴⁶.

Lealtad. Guardar fidelidad a si mismo, a los demás, a la Institución, a la Patria y a Dios.

⁴⁶ Ibid.

Honestidad. Actuar siempre con rectitud, sinceridad y transparencia.

Compromiso. Asumir con integridad las obligaciones para el logro de los objetivos, identificándose con los principios Institucionales.

Disciplina. Cumplir con las normas Institucionales.

Valentía. Enfrentar con coraje y osadía los desafíos y retos que la misión impone, para reconocer los errores y decidirse a rectificar.

Respeto. Tratar al ser humano con deferencia y consideración, reconociéndole su dignidad, aspiraciones, derechos, temores, creencias, costumbres y tradiciones.

Solidaridad. Adherirse a los principios, políticas y valores del estado y la sociedad, apoyando a las acciones en función de la paz, el orden y seguridad.

Responsabilidad. Conocer y cumplir los deberes y obligaciones con efectividad.

Justicia. Dar a cada quien lo que le corresponde por sus méritos y actos.

Actitud de servicio. Estar dispuesto a atender las necesidades de los demás y a ofrecer alternativas de solución.

Dentro de las diferentes situaciones que se suelen presentar al interior de esta población castrense, se cuenta con el apoyo de la sección de Psicología Militar que, basados en su *Misión* brindando diferentes estrategias y herramientas de promoción primaria que promuevan la disminución de factores psicosociales que inciden en la salud mental, con el fin de mantenerla, mediante talleres de comunicación, campañas masivas, boletines, instructivos, plegables entre otros, permitiendo de manera paralela, la participación de un grupo interdisciplinario que conlleve a lograr la solución y minimización de los problemas y situaciones especiales, teniendo en cuenta y resaltando siempre la honestidad, el valor a la

vida, la prudencia, la lealtad, y el honor, en la población militar, tanto soldados como Oficiales y Suboficiales, de manera pues que se busque además, consolidar las normas de disciplina militar logrando el equilibrio y la estabilidad emocional acorde con los principios y valores en todo el personal jerárquico y civiles. Adicionalmente, en la Sección de PSICMIL, se recepciona los casos y trámites que lleva el proceso de incorporación a la Vida Militar como soldados Profesionales y en los ascensos de los grados de Oficiales y suboficiales; además, se atienden consultas de tipo Psicológico para toda la población militar, incluyendo las familias y los civiles adscritos a dicha Institución.

El departamento de Psicología Militar (PSICMIL) como se enuncia en la figura 4 ubicada la sección de psicología a cargo de dos Subtenientes Militares Psicólogas, son las que dirigen los procesos anteriores, además de las diferentes actividades del Programa de Salud Ocupacional que se proponen en la Institución, tienen como apoyo en su equipo a una trabajadora social como practicante de la Universidad Industrial de Santander; diferentes psicólogos en proceso de formación profesional de las distintas universidades de la ciudad como La UNAB, La UDES, La UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA.

Figura 4. Organigrama Ubicación Psicología Militar



Fuente. Manual de Procedimientos Directiva de Distribución Organizacional Quinta Brigada⁴⁷

⁴⁷ Tomado del archivo de la Sección de Psicología Militar.

3.2 MODELO DE PLANEACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL ÁREA DE PSICOLOGIA MILITAR⁴⁸

3.2.1 Visión. Brindar estrategias y herramientas de promoción primaria que promuevan la disminución de factores psicosociales que inciden en la salud mental, con el propósito de mantener los efectivos disponibles y en condiciones de salud mental favorables, a través de mecanismos de comunicación, talleres de campañas masivas, instructivos, boletines, plegables, talleres de aprendizaje, experiencias y atención en consultas dirigidas al personal de oficiales, suboficiales y soldados del BR5.

3.2.2 Misión. La sección de Psicología Militar, del BR5, a partir de la fecha, asesora al comandante de la unidad operativa menor, vigila el trabajo del área de Psicología en unidades tácticas, con el fin de mantener y consolidar las normas de disciplina militar buscando el equilibrio y la estabilidad emocional, acorde con los principios y valores en todo el personal jerárquico y civiles, facilitándose así el cumplimiento de la misión institucional encomendada.

3.3 OBJETIVOS DE LA SECCION DE PSICOLOGIA MILITAR

3.3.1 Corto Plazo

- Iniciar campañas encaminadas a la prevención del suicidio.
- Asignar a los practicantes a las diferentes unidades del BR5
- Unificar los criterios y técnicas de intervención y manejo en los diferentes procesos de carácter psicológico con el personal de Psicología de Planta.
- Visitar mensualmente por lo menos una unidad
- Iniciar investigación sobre los procesos Psicológicos que inciden en la ocurrencia de accidentes en el personal militar

⁴⁸ Manual de procedimientos de psicología militar.

- Iniciar análisis estadísticos de los diferentes procesos que se llevan a cabo en la sección.

3.3.2 Mediano Plazo.

- Desarrollar el 50% de las investigaciones a cerca de los factores psicológicos que inciden en la ocurrencia de accidentes en el personal militar.
- Apoyar los procesos de incorporación desarrollados por la Sección de Psicología con el fin de conocer las debilidades y fortalezas, implementando estrategias encaminadas al mejoramiento.

3.3.3 Largo Plazo.

- Finalización de la investigación a cerca de los factores Psicológicos que inciden en la ocurrencia de accidentes con el personal militar.
- Cumplimiento del programa de visitas a las diferentes unidades en un 100%.
- Verificar el cumplimiento de las diferentes recomendaciones encaminadas al fortalecimiento del ambiente de trabajo de las diferentes unidades de la Brigada.
- Implementación y desarrollo de campañas de prevención de accidentes y suicidios en todas las unidades del al Quinta Brigada.

El área de la Salud que maneja la sección, tiene como finalidad mantener a los efectivos disponibles en condiciones de salud mental favorables, a través de mecanismos de comunicación, experiencias y atención en consultas dirigidas al personal de oficiales, suboficiales y soldados del cantón militar.

Para esto, la población objeto de intervención de la cual se habla, depende de la labor que se esté realizando en un momento determinado, por ejemplo: Si hay un

seminario taller con el personal de TRAMBUL, entonces los soldados asignados serán la población objeto de intervención.

Generalmente se puede clasificar la población objeto de intervención en dos principales categorías: Primero, la población MILITAR (oficiales, suboficiales) directamente afectada por el riesgo al que constantemente están expuestos y segundo, todo el resto de la población, como civiles que también se pueda encontrar potencialmente en riesgo y estén vinculados con los primeros, como su pareja o su familia en general.

Bajo estas circunstancias que rodean la importante labor de profesionales a cargo de esta sección se hace necesaria la presencia de un Trabajador Social desempeñando su accionar profesional de manera representativa y evolutiva, en especial, dentro del área de la salud adquiriendo más importancia y reconocimiento no solo de la misma sociedad sino de las demás profesiones y/o disciplinas.

En consecuencia, todo este profesionalismo se ve reflejado en el desarrollo y evolución de procesos que requieren de un diseño, una ejecución y una evaluación de políticas en salud, como la prevención de enfermedades, educación en salud, promoción y prevención de la misma, incluyendo niveles administrativos y directivos con el fin de velar por la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios prestadores de la salud en general, no solo física sino mental, espiritual y social. Obviamente no solo se desempeña como tal durante su proceso académico, sino que también busca crear estrategias de intervención que fortalezcan la Salud Mental, mantenimiento del cuerpo y todo lo que compone al ser humano, no solo físicamente sino intelectualmente, incluyendo la prevención en conductas de riesgo asociadas a la salud sexual, que mejoren la calidad de vida de esta población.

Por consiguiente la presencia de un(a) Trabajador(a) Social , se dirige a apoyar los procesos que se pueden llevar a cabo dentro de los respectivos batallones, siempre de la mano con las demás ramas interdisciplinarias que laboran allí, teniendo como base la misión de la Sección de Psicología Militar, como lo es el asesorar el combate de la unidad operativa bajo las normas de disciplina militar, buscando el equilibrio y la estabilidad emocional, acorde con los principios y valores que caracterizan a la institución.

Sin embargo, a partir de esto el rol del Trabajador Social se ve enfocado en la detección de diferentes factores de riesgo donde la salud se encuentra “dentro de un modelo biopsicosocial según el cual, la enfermedad física es el resultado no solo de factores médicos, sino también de factores psicológicos, emociones, pensamientos, conductas, estilos de vida y factores sociales influenciados mediante la cultura, relaciones familiares, red social, etc.”⁴⁹.

Esta labor que realiza el grupo interdisciplinario son los soportes básicos para manejo de la salud mental. Por eso, la función del trabajador social en dicho proceso es primordial para promover iniciativas analíticas y propositivas frente a la realidad social y sus problemas actuando conjuntamente con sus colegas para intervenir a la sociedad y así garantizar la integralidad del desarrollo humano.

Durante el transcurso del año pasado, se pudo contar con el apoyo adicional de una estudiante en prácticas de Trabajo Social, que continuó con el proceso que se llevaba a cabo con la primera practicante que inició este proyecto, manejando de igual forma, programas de prevención con las familias militares.

⁴⁹ MUÑOZ, A. Psicología de la Salud. Septiembre 26 de 2006.
www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud.htm.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1 LA INDECLINABLE VOLUNTAD DEL SOLDADO: PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL

Día tras día el país va por la búsqueda de la seguridad y la tranquilidad de la población, hecho que conlleva a que cientos de hombres desde los 18 años en adelante, hagan parte del Ejército Nacional como figura importante para alcanzar una meta en común: la tranquilidad Nacional.

Sin embargo, esta situación no se hace fácil para la mayoría de interesados voluntariamente o para quienes por motivos de normatividad (es decir, que no puedan acceder a una libreta militar por falta recursos económicos) tienen que prestar servicio militar, pues las condiciones *familiares*, (separación del núcleo familiar, pérdida de los padres, lazos fuertes de consanguinidad), *sociales* (pareja estable, hijos, vida civil o social), *laborales* (para no sentir presión al momento de laborar, sin arriesgar su vida, como muchos pensarían), *de salud* (padres enfermos y familiares a cargo) entre otras, se interponen desde un principio en la decisión tomada.

Las anteriores, son variables que determinan la incorporación a la vida militar de un individuo, aunque no todos pasan por este tipo de crisis, pues muchos de ellos sienten también una vocación especial por pertenecer a esta Fuerza Militar y por “salvar a la patria” como suelen expresar.

Los jóvenes aspirantes a ser soldados profesionales, pueden ingresar siendo soldados regulares (SLR) y más adelante aspirar a ser Oficiales o Suboficiales activos, Soldados Profesionales (SLP) o de la Reserva.

El estudio sociodemográfico realizado durante los procesos de selección para incorporar personal civil a la vida militar reflejó una muestra de 628 soldados entre regulares y profesionales pertenecientes al 9 Contingente del 2008 (9/8) con edades que van desde los 18 hasta los 24 años, rango que es un requisito de las normas nacionales⁵⁰, y que “como práctica ha venido existiendo en todas las culturas, especialmente desde el siglo XVIII, cuando la República Francesa y más tarde Napoleón emplearon la conscripción (reclutamiento obligatorio para que los hombres presten el servicio militar a las Fuerzas Militares) para crear un gigantesco ejército de cerca de 800.000 hombres”⁵¹; hecho que a parte de ser un requisito hace parte de todo cambio al que esta sujeto el ser humano dentro de la dinámica global de una sociedad, pero sin desconocer que “cada ser humano se desarrolla en forma única, con sus propias diferencias individuales a medida que tienen lugar la interacción de tres factores: biológicos, ambientales y los cognitivos.

Durante el ciclo vital, el individuo va adquiriendo y mejorando sus capacidades, conocimientos, teniendo como propósito, alcanzar una mejor adaptación entre el organismo y el medio en que se desenvuelve. De esa forma, se estaría logrando un nivel cada vez más óptimo en el individuo, para que su tarea de vivir se haga más fácil de llevar. Esta transformación llevada a cabo, es un enriquecimiento de los recursos adaptativos que dispone el individuo; dentro de estas adquisiciones está la captación de una manera objetiva de la realidad y su manejo cada vez más eficiente. Un mayor desarrollo de la capacidad racional y objetiva, que se manifiesta en las creencias, opiniones, conductas, reacciones afectivas. Un control más adecuado de la conducta, con relaciones interpersonales más recíprocas y gratificantes.

Uno de los más grandes logros que el ser humano puede llegar a obtener es descubrir el sentido de su existencia y el del mundo que lo rodea. Sin embargo,

⁵⁰ CONSTITUCION NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 48 de 1993, artículos 10 y 48

⁵¹ Documentos ocasionales. EL SERVICIO MILITAR EN COLOMBIA. Inequidad, corrupción y propuesta para su reforma. Disponible en www.seguridadydemocracia.org

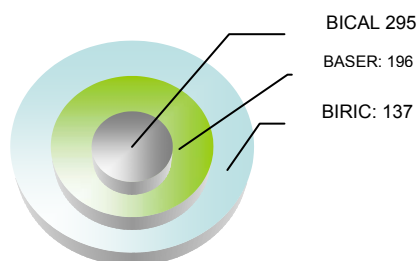
por lo general, una vez que el ser humano ya ha logrado adquirir esta mayor armonía con su medio, su realidad y su existencia, éste se encuentra en las últimas etapas de su ciclo vital, lo que podría ser considerado para algunos, como una injusticia”⁵².

Entonces, esta incorporación a la vida militar, junto con las anteriores variables, de tipo familiar, social, laboral, de educación, y de salud , son las que permiten que se desencadenen un sin número de situaciones que ponen en riesgo tanto la vida misma del soldado como la de los compañeros, pues se presentan intentos de suicidio o ideas suicidas, depresiones, esquizofrenia, consumo de sustancias psicoactivas, aumento en el consumo del cigarrillo, inestabilidad emocional, riesgos de transmisión del virus de Inmunodeficiencia humana, bajo rendimiento de las actividades e inadecuado desempeño laboral.

La población militar para el año 2008 se encuentra distribuida al interior de la institución por batallones, entre los que se encuentran el BICAL, BIRIC Y BASPC 5, que reúnen a quienes están prestando el servicio militar incluyendo soldados profesionales; adicionalmente la constituye los que son heridos en combate y pertenecen a TRAMBUL y finalmente un ultimo segmento poblacional son los detenidos. Esta clasificación se puede apreciar en la siguiente figura que detalla el numero de integrantes o soldados por cada batallón para el año en mención.

⁵² VILLAROEL, Paula. Ideas esenciales en relacion al ciclo vital de los seres humanos. Disponible en http://www2.udec.cl/~gnavarro/2001_1/desarrollo.html 2001

Figura 5. Total de la población de soldados regulares incorporados para el año 2008



TOTAL: 628 SOLDADOS

Fuente: Datos recopilados por estadísticas anuales del archivo de la sección de Psicología Militar

Sin embargo y para efectos del proceso de práctica, se tuvieron en cuenta para realizar los diferentes programas y talleres propuestos relacionados con Promoción de la salud y prevención de la enfermedad la siguiente muestra poblacional:

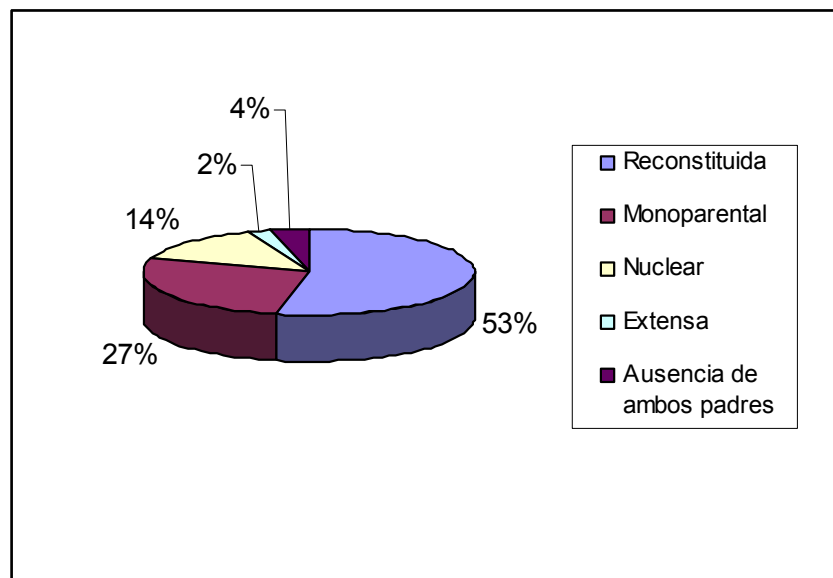
Cuadro 1. Muestra poblacional

BATALLÓN	PELOTÓN	No. DE PERSONAL
Caldas	1	46
Ricaurte	2	36
Detenidos	Diferentes unidades	20
TOTAL		102

Ya adentrándose en las áreas evaluadas durante las entrevistas, se pudo observar en cuanto a la tipología familiar que los soldados generalmente pertenecen a un núcleo familiar incompleto: caracterizado por padres separados y otros en cambio, tienen un solo padre vivo; muy pocos tienen relaciones funcionales con comunicación asertiva basada en la tolerancia y el respeto.

De esta manera se pudo conocer, tal como se muestra en el Gráfico 5 que el 53% de los soldados entrevistados pertenecen a una estructura familiar reconstituida y un 27% hace parte de estructura familiares monoparentales con prevalencia de figura paterna ausente; así mismo es importante resaltar que a nivel general se muestra un importante establecimiento de normas y límites con figuras de autoridad. Cabe resaltar que los evidentes cambios económicos, sociales y culturales inciden en las relaciones internas de la familia logrando que se perciba un desequilibrio en las relaciones familiares provocadas especialmente por la consecución de dinero, haciendo que la mujer en ciertos casos se convierta en cabeza de hogar, haciéndose cargo de la crianza de los hijos; también genera conductas agresivas y problemas relacionados con consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, entre otros

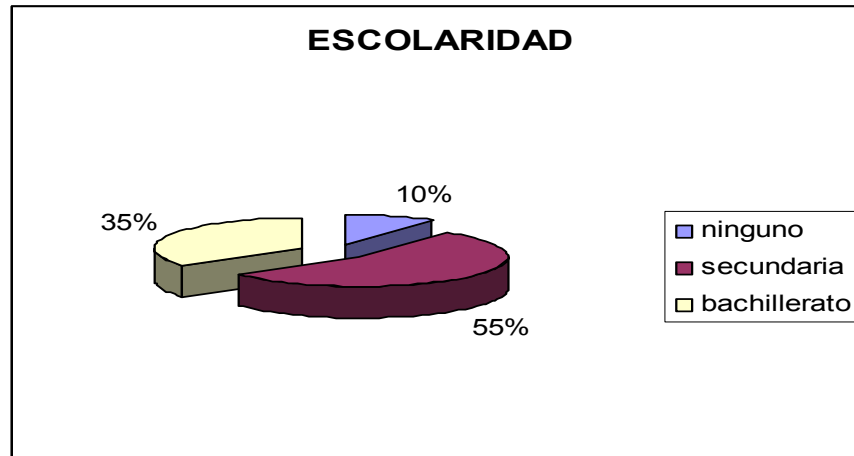
Figura 6. Tipología Familiar



Fuente: Datos obtenidos a partir de la recolección de la información dada mediante las entrevistas realizadas durante las incorporaciones

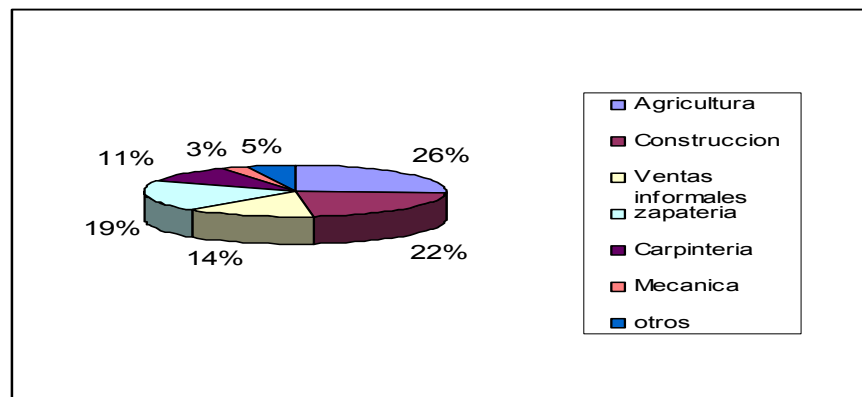
De acuerdo a las actividades que suelen realizar estas personas, en su totalidad, la población ejerce oficios informales, producto esto del bajo nivel académico y de las labores que permite el campo, pues son personas en su mayoría, que viven en zonas rurales o fincas a las afueras de la ciudad, tal como se ve en la figura 8.

Figura 7. Nivel de escolaridad que determina el acceso laboral



Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas en incorporaciones del primer semestre del 2008.

Figura 8. Área laboral



Información recolectada a partir de las entrevistas realizadas durante las incorporaciones de los conscriptos, durante el primer periodo del 2008.

Ahora bien de acuerdo a esto se puede ver que el 26% de esta población muestra que son agricultores y/o campesinos pertenecientes a la vida rural, equivalente a 27 personas de la población total.

Este grupo de personas provienen de un nivel socioeconómico bajo, quienes encuentran como una solución a su falta de consecución de recursos en la vida civil, el poder ingresar a una institución como el Ejército Nacional, incluso para muchos puede ser su única solución.

Ya haciendo parte de los Batallones, así como se pueden presentar situaciones que llenan de júbilo y satisfacción al soldado, también se presentan situaciones y experiencias que marcan la vida del que las sufre y del que las experimenta cuando queda vivo.

Los soldados heridos en combate son ubicados en **TRAMBUL** (Tratamiento ambulatorio), donde se encuentra todo el personal en manejo ambulatorio, tratamiento psicológico o incapacidad física como amputaciones de miembros, traumas de cráneo, lesión en oídos, además de padecer de leishmaniasis.

Estas personas, en especial, tienen la posibilidad de acceder a diferentes cursos de manualidades y/o culturales que brindan instituciones como Acción Social, donde se realizan actividades y programas organizados por las esposas de los altos mandos, la Casa de la Cultura, además de los talleres y actividades que les pueden propiciar y brindar los practicantes de las diferentes universidades que tiene convenio con esta institución.

Actualmente Instituciones como el SENA y la CORPORACION MATAMOROS, brinda la oportunidad de estudio a este mismo personal incapacitado, contando con la posibilidad de terminar la primaria, el bachillerato y hacer cursos para especializarse.

La población militar excede a unos cinco mil hombres, pero en la actualidad y al momento de realizar la intervención profesional, se tuvo en cuenta solo el número de personal regular y profesional de los batallones adscritos a la Quinta Brigada;

Con el fin de atender las diferentes situaciones descritas anteriormente la institución cuenta con un equipo interdisciplinario que vela por el bienestar integral de la población. este complementa sus conocimientos a la hora de realizar una intervención con las tres líneas básicas de intervención preventiva propuestas por el Plan Maestro de Salud Mental de las Fuerzas Militares , conocidas como:

Figura 9. Líneas Básicas de Intervención



Tomado del Plan Maestro de Salud Mental 2007-2010

De esta manera pues, la primera, relacionada con el trabajo, desarrolla mejoras en los procesos de selección e incorporación de personal y a su vez se hace

énfasis en el desarrollo del proyecto de vida como estrategia fundamental en la prevención de muertes fuera de combate.

La segunda línea de acción, trabaja en el soporte básico frente a la crisis, por ello busca fortalecer la resiliencia, además desarrolla un programa para la prevención de muertes fuera de combate fomentando en los individuos la capacidad para hacer frente a las situaciones de crisis, así como el fortalecimiento de recursos psicosociales en el apoyo al combate. Se diseñan e implementan estrategias para la reducción de métodos, actos e ideas suicidas, incluido el abuso de alcohol y drogas, y se lleva a cabo un programa de atención de caso cuando se presentan enfermedades terminales o amputaciones, además del programa de prevención del estrés.

Finalmente la tercera línea de soporte, desarrolla estrategias para el fortalecimiento de redes primarias de apoyo y desarrollo de estilos de vida saludables.

De manera pues que el trabajador(a) social se desenvuelve ejecutando acciones con soldados discapacitados, miembros de la Fuerza en general y personal detenido, quienes por irrumpir en una norma, tener problemas fuertes con los compañeros que van desde discusiones que llevan al daños físicos leve hasta el asesinato del compañero, o también problemas como la deserción hacen parte del numero de errores que pueden ser castigados con detención de uno a tres días o incluso hasta 12 o mas meses en prisión.

Una de las poblaciones conocidas al momento de la intervención profesional como proceso de práctica, fue la detenida quienes llamaron la atención de la practicante por los constantes problemas e inestabilidades que degradan o deterioran la vida del militar estando detenido, y situación que se conoció por las visitas constantes que se realizaron a las salas donde se encontraban reclusos.

La población carcelaria aun estando dentro del mismo cantón militar, no tiene la misma atención, a pesar de contar con la asesoría Jurídica, que maneja todos y cada uno de los casos por los que están reclusos, el cura, los médicos que hacen las brigadas, incluyendo a los Psicólogos y el Trabajador Social, pues pareciera que fueran un mundo aparte, pues no cuentan con la posibilidad de desplazarse y buscar una ayuda psicológica o médica en el preciso momento que lo requieran sino que por el contrario, deben ajustarse a las condiciones que requiere y tienen estando condenados; Se convierten en una historia aparte y suelen olvidarse de ellos, de sus derechos, de sus deberes, pero sobretodo que son seres humanos, que merecen respeto, pero que también deben brindar respeto.

Entonces, lo anterior da cuenta que la vida militar, trae consigo muchas ventajas pero también desventajas y pruebas que si no se saben sortear por alteraciones en la formación adecuada de valores y principios, pueden llevar a la degradación física y moral del personal, en este caso el soldado.

Por esto, se decidió realizar un programa de promoción y prevención (PYP) y de intervención, orientadas al fortalecimiento de la salud mental, la importancia del manejo de conductas que contribuyan al mantenimiento de si mismo, y a la prevención de conductas de riesgos asociadas a la salud sexual que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de esta población en general, dado esto específicamente en el área de Salud ocupacional, con el fin de hacer llegar la información al soldado de una manera más entendible y más fácil de interpretar para sus características de pensamiento, o sea, más eficientemente.

Con esto, se podrá lograr una mejor respuesta a las expectativas que se tienen de los programas de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional y también al momento de realizar la intervención profesional; por esto se tuvieron en cuenta los siguientes objetivos:

4.2 OBJETIVOS DE INTERVENCION PROFESIONAL

- Elevar la calidad de vida de las personas dentro del cantón militar a través de la construcción de proyectos de vida que favorezcan una toma de decisiones dirigida al desarrollo de si mismo, sino también del núcleo familiar o red de apoyo que le rodea, a partir de las actividades y programas propuestos por el grupo interdisciplinario compuesto por Trabajadores sociales, psicólogos, y médicos.
- Generar la reconstrucción de nuevos estilos de vida , a través de una cultura de valores que vaya de la mano con la percepción y la vivencia de la salud, como un constructo que depende mas que por circunstancias dadas el medio, por las capacidad de respuesta de cada hombre y/o comunidad.
- Facilitar un proceso de cambio en la actitud, pensamientos y creencias a cerca de la salud mental enriqueciendo a la misma a través de nuevos estilos de vida.

4.3 DIAGNOSTICO INICIAL

La intervención del Trabajador Social en dicha institución, comienza a ser reconocida desde que empieza a ser parte de un grupo interdisciplinario que de una u otra forma tienen los mismos intereses, metas e ideales, logrando cambiar la mentalidad y el estilo de vida que llevan los jóvenes militares, especialmente.

Dentro de las diferentes problemáticas que se presentan al interior de dicha institución no hay ninguna que requiera más importancia que otra, simplemente que cuando ocurre un desequilibrio se genera una mayor atención para poder brindar el apoyo y la asesoría necesaria para solucionar un problema determinado y por qué no una oportuna rehabilitación generador de un nuevo estilo de vida

La población militar especialmente los que inician un proceso de incorporación tienen que adaptarse, por decirlo de alguna manera, obligatoriamente a su nuevo estilo, forma y ritmo de trabajo, condicionados por la disciplina, el buen

rendimiento físico, la exigencia en la cortesía militar y el respeto por los derechos y deberes de los y las ciudadanas. Deben mentalizarse que permanecerán 18 o hasta 22 meses dentro y fuera, en el área, de los batallones a donde llegaron cuando fueron incorporados y que como reconocimiento a su labor obligatoria, solo recibirán una retribución salarial correspondiente a \$60.000 mucho menos de un salario mínimo mensual, pero sin reconocer que cuenta con una alimentación diaria, alojamientos para el descanso y atención médica y psicológica disponibles. Para los que permanecen recluidos los centros de Reclusión Militar, y las Salas de Reclusión militar, son espacios que mantienen privados de cualquier actividad militar y social, y de su libertad a quienes cometen una falta a la disciplina Militar, desde deserción, hasta el robo y el maltrato físico a sus compañeros y superiores. Todo este desinterés por la vida misma influye en gran medida en el deterioro físico, mental, psicológico, social, familiar que lleva a que la convivencia se haga eterna, mal vivida, intolerante, sin respeto.

Por tanto, el tiempo mal empleado, el no poner a trabajar ni ejercitar la mente, el no hacer ejercicio continuamente, el ingerir todo tipo de sustancias tóxicas para el cuerpo, desde cigarrillo, pasando por la marihuana, cocaína, pepas, heroína, y en el peor de los casos boxeo, son los factores que impulsan a tomar la decisión de motivar a esta población a iniciar un proceso de rehabilitación mental y psicológica que permita unos estilos de vida adecuados, un manejo del tiempo apropiado y benéfico para la vida misma de los que permanecen día y noche metidos en un cuarto de no más de cuatro paredes.

De otra parte, los miembros de la fuerza heridos en combate, en la actualidad, se caracterizan por ser una población atendida por las diferentes enfermedades o traumas causados por el mismo efecto de la guerra y/o combates. Así como son muchos de ellos mutilados, de miembros inferiores y superiores, con pérdidas auditivas y visuales, mandíbulas, entre otros, también padecen enfermedades del conocido "Stress post guerra" trastornos como: de personalidad, por ansiedad, estrés postraumático, obsesivo compulsivo, esquizofrenia, depresión no psicótica, trastornos psicosomáticos, neurosis histérica. Esta situación no hace

discriminación por tipo de piel, o rango militar, o situación socioeconómica: por el contrario ataca a todo aquel se este de carnada, que se encuentre en el lugar, tiempo, posición y coordenada exacta para el ataque. No importa para esto si es oficial, suboficial, un soldado profesional o un simple soldado regular, prestando su servicio militar, es simplemente eso, un ser vulnerable ante la situación de violencia del país.

Por tanto teniendo en cuenta lo anterior y la intencionalidad de la práctica, brindar seguimiento y acompañamiento a los procesos que se realizan en la Sección de Psicología Militar, dar respuesta a las necesidades de corto, mediano y largo plazo, y lograr un proceso coherente y productivo para la Institución, analizaron los siguientes factores internos y externos que se consideran, pueden perturbar, interrumpir o favorecer a dicha Institución Militar.

La formulación de respuestas ante una situación problema o necesidades insatisfechas halladas al interior de dicha institución, y que son evidenciadas especialmente en la población mas vulnerada de las Fuerzas Militares que son los soldados recién incorporados en fases de instrucción, se tienen en cuenta dentro del proceso de planeación para así generar acciones transformadores de cambio.

Por esto, la elaboración del análisis situacional requiere de los elementos recopilados durante la ubicación institucional (entrevistas, archivos magnéticos y/o escritos, informes practicantes de otras universidades, documentos de archivo, etc) donde se conocerán fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en la matriz DOFA (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Matriz Dofa

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1. Diferentes procesos de inducción e incorporación a la vida militar, por parte de la Sección de Psicología Militar que permiten la vinculación de la población civil a la vida militar, y así obtener luego de 18 meses su Libreta Militar	1. Pueden hacer valer su derecho a prestar el servicio Militar aun siendo obligatorio
2. La población civil que se vincula a la institución.	2. Reconocimiento del significado: Sentido de Pertenencia
3. Posicionamiento y reconocimiento local, nacional e internacional de la FFMM como una Institución fuertemente conformada y fusionada	3. Pertenecer a un grupo o ganarse beneficios por tener buena conducta
4. Convenio entre el SENA y la Sección de Psicología Militar, con el fin de brindar capacitación a los soldados heridos en combate o para quienes se destaquen por su excelente conducta	4. Acceso a tecnología de punta y capacitaciones que permite desarrollo de aptitudes a través de la expresión del arte, manualidades, diversión (circo), etc.
5. Atención, orientación y capacitación para reconocer la importancia y el respeto por la vida militar, personal, de pareja o familiar.	5. Se brindan espacios para que los oficiales y suboficiales realicen estudios profesionales
6. Tienen dotación de uniformes, acceso a seguridad social, alojamientos, y provisión de alimentos.	6. Beneficios de vivienda, salud, educación y recreación para el Soldado Profesional
7. Existencia de estudiantes en práctica capacitados para atender necesidades institucionales	7. Remuneración Salarial para aquellos que prestan el servicio militar obligatorio.
8. Instalaciones amplias y al aire libre que permiten realizar actividades con el personal militar.	8. Existencia de un Régimen de pensión luego de los 20 años laborados con la Institución, ya sea para el personal militar o civil.
9. Programación y realización de talleres y actividades lúdicas para el personal militar existente en la pieza de detenidos, conjuntamente con Acción Social	

Continuación Cuadro 2. Matriz DOFA

AMENAZAS	DEBILIDADES
1. El arma de dotación que es entregado al soldado como material de trabajo, en algunas ocasiones se vuelve un mecanismo de defensa en la resolución de conflictos entre compañeros, como también un instrumento para autolesionarse cuando se encuentra afectado emocional o psicológicamente.	1. En su mayoría la población militar en condición de soldado, prestando el servicio militar, son de un nivel socioeconómico bajo, lo que evidencia a su vez poca formación educativa, pues esta población se dedica su vida a labores del campo como la agricultura y la ganadería y demás oficios varios y no se preocupan por educarse ni capacitarse.
2. La separación y ruptura de vínculos familiares, cuando por razones obvias del servicio y de la vida militar, deben abandonar su lugar de origen y residencia, especialmente cuando se desplazan a otras ciudades	2. La familia y su pareja en muchas ocasiones suelen pasar a un plano secundario, producto de la misma situación militar y laboral del personal.
3. Inicio y aumento del consumo de sustancias Psicoactivas; Síntomas depresivos, esquizofrenia, pensamientos suicidas, homicidios.	3. El desequilibrio emocional que suele presentar este tipo de población (soldados) provoca la pérdida de confianza en si mismo, cuando se le presentan problemas de tipo familiar o personal dándose cuenta que estando dentro del cantón militar o en el área no puede solucionar ningún problema sintiéndose solo y perdiéndole el sentido a la vida.
4. La desertión por parte de SLR Y SLP	4. La oportunidad para el estudio es brindada solamente a militares oficiales o suboficiales.
5. La ausencia del padre en la familia, hecho que impide ver el proceso, desarrollo y crianza de los hijos.	5. La cabeza de la familia termina siendo la madre de los hijos, pues no cuenta con el apoyo y presencia constante del padre.
6. Mitos y creencias a cerca del cuidado de la salud	6. Inconsistencia en los programas de salud mental y el auto cuidado, por parte de la Sección de Psicología Militar, pues aunque se programen dichas actividades no se cumple con este cronograma debido a las diferentes labores que deben desempeñar la población de soldados y el constante desplazamiento que tienen deben hacer para sus instrucciones.
7. Exposición de los soldados y sus comandantes a enfermedades o muerte en áreas de combate	7. En muchos casos se confunde el rol del trabajador Social con la labor que realizan los Psicólogos practicantes, tanto en la institución como en Psic. Militar.
8. Grupos al margen de la ley que atenta contra la población civil y militar.	

Fuente. La Autora

Cuadro 3. Estrategias de la Matriz DOFA

FO	FA
Gestión de cursos de capacitación en artes y oficios con las diferentes redes de apoyo.	Promoción de los programas de salud mental que brinda la sección de psicología militar a la población castrense
DO	DA
Establecimiento de espacios de esparcimiento donde el militar en fases de instrucción tenga la oportunidad de encontrarse consigo mismo y aprendan a reconocerse como individuos, familia y sociedad.	Desarrollo de actividades de capacitación para que se reconozca la importancia y el respeto por la vida militar, la familia, la pareja, y el propio yo, y así lograr disminuir la separación y ruptura de vínculos familiares.

Fuente. OVIEDO, Rojas Silvia Catalina. Bucaramanga 2008

Teniendo en cuenta la relación anterior y dada las características del proceso de práctica se definieron las siguientes estrategias para su desarrollo;

- Promoción de los programas de salud mental que brinda la sección de Psicología militar a la población castrense y su familia.
- Establecimiento de espacios de participación donde el militar en fases de instrucción tenga la oportunidad de encontrarse consigo mismo reconociéndose como individuos, y sociedad.
- Desarrollo de actividades de capacitación para impulsar acciones dirigidas al autocuidado y mantenimiento de la salud mental

Para tal fin, se hace necesario dar a conocer los planes operativos de trabajo que permiten, entonces, el resumen de los procesos llevados a cabo durante la intervención profesional.

4.3.1 Plan operativo de trabajo 1

Cuadro 4. Plan Operativo de Trabajo 1

OBJETIVO. Promocionar estilos de vida saludables de la población militar de la Quinta Brigada para favorecer el bienestar individual y grupal del mismo.				
ESTRATEGIA. Promocionar los programas de salud mental que brinda la sección de Psicología militar en la población				
ACCIONES ESTRATEGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA	AVANCE DE PROCESOS
Realizar un diagnóstico sobre el estado de la salud mental	Realizar visitas periódicas a cada pelotón en fases de instrucción de los diferentes batallones (BICAL Y BIRIC).	Analizar la información del diagnóstico del estado de la salud mental en la población en fases de instrucción.	Diagnostico inicial sobre el estado de la salud mental	Se realizo el dx en su totalidad
Socializar el diagnóstico con las jefes de Psicología militar	Recolectar la información obtenida a partir del diagnostico	Exponer ante la sección de psicología militar, el resultado del diagnóstico sobre el estado de la salud mental del personal en fases de instrucción.	Acta sobre el desarrollo de la reunión.	La sección de psicología militar conoció el estado de la salud mental de la población en fases de instrucción.
Organizar talleres y actividades de reconocimiento personal	Concretar la conformación del equipo de trabajo de la mano con la sección de psicología militar.	Realizar una vez por semana durante los meses de Mayo y Junio actividades concernientes al tema de reconocimiento personal.	No. de talleres desarrollados/ No de talleres pautados.	Durante el mes de Mayo y principios de Junio se llevaron a cabo los talleres del programa de reconocimiento personal y social.
Establecer el cronograma de actividades dirigido a la población en fases de instrucción de los batallones BICAL Y BIRIC.	Acordar con los comandantes y jefe de la sección de psicología los horarios y fechas para el desarrollo de los talleres.	Determinar el total de la población a participar en los talleres de reconocimiento personal.	No. de soldados integrantes de cada pelotón/ No de soldados convocados	Las reuniones se efectuaron según lo programado

Fuente: Oviedo Rojas, Silvia Catalina. Bucaramanga 2008

Primeramente con este plan operativo, se definió que sería dirigido a toda la población militar, comprendida entre SLR Y SLP, dado en momentos y espacios diferentes, debido al número de personal participante.

■ **Taller No.1 Pasa lo positivo**

OBJETIVO: Motivar al grupo a expresar habilidades y cualidades de los demás compañeros con el fin de generar un aprendizaje mutuo.

■ **Taller No. 2 Se quien eres**

OBJETIVO: Lograr el reconocimiento de las cualidades entre los mismos integrantes de la pieza de detenidos y de igual forma expresar bajo el respeto y la aceptación las cosas que se podrían mejorar.

Población:

Pelotón 1 BICAL: 46 SLR; 1 OFICIAL Y 5 SUBOFICIALES

Pelotón 2 BIRIC: 36 SLR; 2 OFICIALES Y 3 SUBOFIALES

Pieza de detenidos: 20 SLR Y SLP

Se hace una presentación inicial del taller donde se exponen las recomendaciones necesarias para su desarrollo, así como el tiempo estipulado para realización de la actividad.

Luego, se presentó a los participantes un listado de cualidades y defectos que caracterizan a todo ser humano. Así al presentarse el listado, se orienta al auditorio a partir de unos interrogantes: ¿somos diferentes los seres humanos por tener concepciones distintas de la vida?

¿Son más importantes los defectos que las cualidades en una persona? ¿Qué importancia tiene la tolerancia respecto a la convivencia? A partir de las

respuestas, se exploraron las percepciones que se entretajan en torno a las cualidades y reconocimiento de habilidades del individuo y sus compañeros.



Fotografía. Autor; Silvia Catalina Oviedo Rojas. Pelotón realizando talleres de salud ocupacional dentro de los alojamientos

Inmediatamente se creó un espacio de reflexión grupal, teniendo como base los elementos que se expusieron con el desarrollo del taller, para así abordar la importancia de implementar estrategias de comunicación que permitan expresar las creencias, emociones y deseos, con el fin de mejorar los conflictos interpersonales, familiares y sociales.

Con este conversatorio se analizó y concluyó, junto con el personal participante que:

- Todos somos iguales sin discriminación de raza, sexo, religión, credo político.

- Las cualidades y los defectos son diferentes en cada ser humano; no por el hecho de ser seres vivos, debemos parecernos en la forma de actuar, pensar, hablar o sentir.
- Los defectos y las cualidades son elementos que complementan a todo ser humano y lo hace crecer espiritual y emocionalmente al momento de corregir errores.
- Uno de los elementos mas importantes para mantener favorables relaciones interpersonales es comunicarse de manera oportuna y asertiva con el otro.
- Siempre es necesario en una comunicación donde se expongan los puntos de vista, un emisor (que transmite la información) y un receptor (que la recibe y comprenda).
- La vida militar es un medio que requiere de un elemento básico; la tolerancia y el respeto; si alguno de esta falla, cualquier cosa puede ser motivo de pelea o discusión.

4.3.2 Plan Operativo de Trabajo 2.

Cuadro 5. Plan Operativo de Trabajo 2.

OBJETIVO. Dar a reconocer la importancia del cuerpo y el impacto que causa este reconocimiento reflejándose en las actitudes y comportamientos tanto dentro de la institución como con la sociedad.				
ESTRATEGIA. Promover espacios de participación donde el soldado en fases de instrucción tenga la oportunidad de encontrarse consigo mismo reconociéndose como individuo y sociedad.				
ACCIONES ESTRATEGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA	AVANCE DE PROCESOS
Identificar los temas que se abordaran con la jefe de Salud Ocupacional de Psicología Militar	Establecer contacto con los comandantes encargados de cada pelotón, para dar a conocer los temas definidos	Conocer los temas posibles a abordar en la propuesta del programa de Salud Mental	No. de talleres realizados/ No de talleres programados	Los talleres programados fueron desarrollados en su totalidad.
	Capacitar con el apoyo de la sección de psicología militar, al personal en fases de instrucción de cada batallón de la Quinta Brigada.	Logra la capacitación del 100% de la población de cada pelotón participante.	No. de personal capacitado/ No de capacitaciones programadas	El personal en fases de instrucción fue capacitado en su totalidad.
	Recopilar la información necesaria que permita establecer el estado de la salud mental de la población en fases de instrucción de cada batallón de la Quinta Brigada	Establecer los espacios para el desarrollo de las actividades académicas y de recreación sobre el tema de la salud mental.	No. de actividades desarrolladas/ No. de actividades programadas	Las actividades desarrolladas capacitaron al personal militar en instrucción
Focalización del personal militar en fases de instrucción en la Quinta Brigada	Convocar a reuniones a los pelotones de cada batallón en fases de instrucción.	Reunir a la población para caracterizar los conocimientos que tienen sobre la salud mental.	No. de personal participante/ No de personal citado.	Se tuvo en cuenta para la realización de talleres y actividades la creatividad, y participación en especial de cada soldado.
	Realizar las encuesta elaboradas por la dirección de sanidad de Ejercito, con el personal focalizado	Desarrollar la encuesta para obtener información precisa sobre el conocimiento de la salud mental y el manejo que se le da, a partir de los conocimientos Durante el mes de Abril se tendrá el conocimiento previo de la campaña y su propósito para que sea puesta en practica	No. de personas encuestadas/ No de encuestas focalizadas programadas.	

Fuente: Oviedo Rojas, Silvia Catalina. Bucaramanga 2008

El desarrollo del segundo Plan Operativo se llevo a cabo con los siguientes talleres:

■ **Taller No. 3 Cohesión Grupal.**

OBJETIVO: Permitir mediante la actividad la integración grupal y el esparcimiento en los soldados que están en fases de instrucción.

■ **Taller No.4 Comunicación asertiva**

OBJETIVO: Examinar las distintas formas en que se llevan a cabo las comunicaciones y como son las actitudes de los receptores.

■ **Taller No.5 Proyecto de vida**

OBJETIVO: Generar espacios de reflexión individual que fomente la integración entre compañeros y que por tanto, permita el reconocimiento del yo.

■ **Taller No.6 ¿Como me ven? ¿Como me siento?**

OBJETIVO: Identificar la importancia de la expresión de emociones y el manejo adecuado de cada una de ellas, teniendo en cuenta que estas influyen de manera importante en el comportamiento del ser humano.

POBLACION

Pelotón 1 BICAL: 46 SLR; 1 OFICIAL Y 5 SUBOFICIALES

Pelotón 2 BIRIC: 36 SLR; 2 OFICIALES Y 3 SUBOFIALES

Pieza de detenidos: 20 SLR Y SLP

Se hace una presentación inicial del taller donde se exponen las recomendaciones necesarias para su desarrollo, así como el tiempo estipulado para realización de la actividad.

Luego se plantea una situación que implicaba un juicio moral, formándose posteriormente grupos en los que dos de los participantes defenderán

grupos de vista opuestos apoyado por sus compañeros, mientras que un miembro hará de mediador para llegar a un consenso.

Se intervino a partir de los siguientes interrogantes: ¿Qué estrategias utiliza comúnmente para comunicarse con los demás, ¿que consecuencias le ha traído su manera de comunicarse en las relaciones con los demás? ¿Por qué aprender a comunicarse adecuadamente con la familia y su entorno, es fundamental para resolver conflictos?



Fotografía, Autor: Silvia Catalina Oviedo Rojas. Se puede apreciar a un pelotón recibiendo las instrucciones para desarrollar el taller.

Adicionalmente se realizó una segunda actividad, llevada a cabo de la siguiente manera:

Se hace la presentación inicial del taller. Se exponen las recomendaciones necesarias para su desarrollo, así como el tiempo estipulado para la realización de la actividad.

Se les pide a los hombres que a través de un escrito, expresen que significado tiene la pareja actual en su vida. Posteriormente se propicia un momento en el que voluntariamente dan a conocer lo más significativo en sus escritos, basándose en las siguientes preguntas:

¿Qué emociones experimentaron al hablar de sus sentimientos en público?

¿Qué serie de emociones surgieron al pensar en la pareja?

A partir de los interrogantes se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- Se logró una participación activa, debido a que se dio el espacio para expresar emociones y al mismo tiempo ser escuchados.
- Se conocieron los puntos a favor y en contra de la nueva condición que tiene cada soldado, respecto a su vida sentimental.
- Se pudo conocer el temor frente a la pérdida de la pareja y la inestabilidad afectiva derivada de las condiciones de aislamiento por que atraviesan en ese momento.
- Manifestaron al momento de leer los escritos voluntariamente, vergüenza por expresar los sentimientos frente a los demás, aludiendo que son sus parejas las que asumen este tipo de roles.
- Concluyeron que se mantiene la percepción que la mujer es la que debe expresar afecto y hablar de ello.

Con este espacio de reflexión basado en los elementos que se expusieron con el desarrollo del taller, se pudo abordar la importancia de implementar estrategias de comunicación que conlleven a expresar asertivamente las creencias, emociones y deseos, con el fin de mejorar los conflictos interpersonales, familiares y sociales.

4.3.3 Plan Operativo de Trabajo 3.

Cuadro 6. Plan Operativo de Trabajo 3.

OBJETIVO. Motivar el autocuidado y mantenimiento por la salud mental en la población militar en fases de instrucción de los batallones BICAL Y BIRIC.				
ESTRATEGIA: Desarrollo de actividades de capacitación para impulsar acciones dirigidas al autocuidado y mantenimiento de la salud mental				
ACCIONES ESTRATEGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA	AVANCE DE PROCESOS
Sensibilizar a la población sobre la importancia del autocuidado y mantenimiento de la salud mental	Como se había hecho con los anteriores planes operativos, la población ya se encontraba identificada, de igual forma se les informo sobre los temas a tratar durante este tercer proceso.	Contar con el reconocimiento del personal en fases de instrucción sobre la importancia del autocuidado y mantenimiento de la salud mental	Total de personal convocado/ total de personal asistente.	Se logro la sensibilización de la población.
Socializar los talleres propuestos sobre autocuidado y mantenimiento de la salud mental.	Implementación de cuatro talleres sobre temas de interés para los soldados, como, RECONOCIMIENTO DE OPORTUNIDADES, PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	Difundir desde la sección de psicología militar los talleres sobre el autocuidado y mantenimiento de la salud mental	No. de talleres propuestos y No de pelotones como población objetivo	Los talleres fueron desarrollados en su totalidad.
Desarrollar talleres relacionados con el tema de autocuidado y mantenimiento de la salud mental.	Contar con el apoyo interdisciplinario para el desarrollo de los talleres.	Hacia el mes de Mayo se habrían implementado cuatro talleres sobre de autocuidado y mantenimiento de la salud mental.	No. de talleres programados/ No de talleres desarrollados	Los talleres fueron desarrollados en su totalidad

Fuete: Oviedo Rojas, Silvia Catalina, Bucaramanga 2008

Se tuvieron en cuenta los dos siguientes talleres:

- **Taller No.7 Reconocimiento de oportunidades**

OBJETIVO: Identificar en el contexto interpersonal, la importancia del reconocimiento y resolución de conflictos, de manera que se puedan abordar otras soluciones a los problemas,

- **Taller No.8 Estilos de vida saludable.**

OBJETIVO: Identificar los estilos de vida saludables y como pueden ser modificados a través de practicas adecuadas, con el fin de determinar cuales son sanos o pocos sanos en la vida de una persona militar.

- **Taller de autocontrol y empoderamiento.**

OBJETIVO: propiciar un espacio que posibilite evidenciar la importancia del autocontrol en la adquisición de conductas y estilos de vida saludables.

POBLACION:

Pelotón 1 BICAL: 46 SLR; 1 OFICIAL Y 5 SUBOFICIALES

Pelotón 2 BIRIC: 36 SLR; 2 OFICIALES Y 3 SUBOFIALES

Pieza de detenidos: 20 SLR Y SLP

Se hace una presentación inicial del taller donde se exponen las recomendaciones necesarias para su desarrollo, así como el tiempo estipulado para realización de la actividad.

Este taller se desarrolló en un sitio con espejo disponible, por ejemplo: el gimnasio o los mismos alojamientos. Se organizó a los soldados por filas, donde la primera se ubicó en frente del espejo y la segunda, se sentó en el suelo detrás de la primera fila y observando a través del espejo la figura de sus compañeros.

Los que en ese momento cumplían el papel de observadores se centran en valorar y percibir los cuerpos de los que estaban frente al espejo. Estos sabían y sentían que los estaban mirando y a la vez, percibieron sensaciones positivas y negativas referidas a su cuerpo.

La persona que dirigía el taller, en este caso la practicante de Trabajo Social y una oficial Psicóloga van nombrando las diferentes partes del cuerpo en las que tendrán que estar muy pendientes los soldados.

Al finalizar se hicieron preguntas para reflexionar tales como: ¿que partes de cuerpo acepto mejor?, ¿Recuerdo alguna vez que haya sufrido por culpa del cuerpo?, ¿recuerda alguna vez haber estado feliz a causa de su cuerpo? Posteriormente los soldados cambiaron de rol y se repitió el ejercicio



Fotografía. Autor: Silvia Catalina Oviedo Rojas. Allí aparece el pelotón en fase de instrucción desarrollando los talleres propuestos por la sección de Psicología militar.

Se dio un espacio en el que se exteriorizaron que tipo de emociones vivenciaron a partir de las percepciones del cuerpo a través del espejo. Durante ese momento

se hizo una reflexión sobre la importancia del cuerpo, y su significado y como utilizarlo para la resolución de conflictos.

Fue posible entonces justificar una serie de problemáticas que están directamente relacionadas con la sexualidad humana; sin embargo se hizo importante puntualizar la desarticulación existente entre pensamiento, emociones, ideas y el propio cuerpo, de hecho esto no solo se evidencia en el contexto militar sino en esta cultura, pues se ha limitado desligar al cuerpo de las emociones, sin reconocer que a través del cuerpo humano, se ama, se sufre, se experimentan emociones y se aprende.

Adicionalmente en otro momento, se realizó el taller de autocontrol llevándose a cabo de la siguiente manera:

Se le presento el taller al auditorio como se hizo con los anteriores. Seguidamente se le expone al grupo de soldados a una situación problema preparada previamente pero desconocida para ellos. Esta situación simulada pretende generar conflictos en la dinámica grupal, buscando a su vez la expresión de pensamientos y emociones frente al suceso planteado.

Para ello se tuvieron en cuenta los siguientes interrogantes:

¿Qué emociones experimentaron?

¿Qué situación de injusticia han vivenciado y cual ha sido su reacción frente a la misma?

¿De que manera suele resolver sus conflictos personales, sentimentales o laborales?

Con ello se pudieron evidenciar varias reacciones, entre ellas:

- Luego de planear la situación conflictiva con uno de los soldados de la compañía de instrucción de cada pelotón se apreciaron reacciones como la necesidad de buscar una figura de autoridad para controlar dicha situación.

- Otros fueron impactados negativamente frente al hecho inoportuno y de forma adecuada refirieron directamente al implicado que se retirara del lugar.
- Por el contrario otros, expresaron su inconformismo con palabras fuertes y agresivas.
- Por tanto con esta actividad se pudo hacer una revisión de los diferentes tipos de reacción movidas por las emociones.

Para el desarrollo del tema sobre la violencia intrafamiliar y los estilos de vida, en los casos, se proyectaron dos películas, una para cada tema: Para la primera se llamaba, *Cicatrices* que refleja todo el maltrato y la violencia que se presenta al interior de una familia nuclear y aparentemente solidad y firme, donde los actos de violencia terminaron por provocar la muerte del único hijo y progenitor de la pareja y obviamente la separación conyugal de la misma.

Para el caso de los estilos de vida saludables se proyectaron unas diapositivas realizadas por Psicología Militar y la DISAN donde mostraban como los diferentes comportamientos y hábitos del ser humano, degeneraban y alimentaban indirectamente al cuerpo, a la mente y al espíritu.

A partir de las intervenciones se retroalimentara la importancia del cuerpo y el respeto por el mismo, basado en las diferentes conductas adoptadas, comportamientos, actitudes, estilos de vida, violencia intrafamiliar, entre otros.



Autor: Silvia Catalina Oviedo Rojas. En la fotografía se observa al personal militar en fases de instrucción desarrollando el taller programado.



Autor: Silvia Catalina Oviedo Rojas. En la fotografía se aprecia al lugar o la oficina donde se realizaban las consultas psicológicas y las pruebas de actitud. En ella aparece la Subteniente Jefe de la Sección de Salud Ocupacional Patricia M. Barrios Viggani revisando la carpeta del aspirante a SLP

Por otro lado las consultas psicológicas y de caso que se hicieran al personal militar, se atendían en la oficina donde se encontraba el personal idóneo para el manejo de las diferentes problemáticas que se presentaban tanto dentro como fuera de la institución, como era el caso para quienes se encontraban en el área de combate. Adicionalmente en esta oficina se atendían a los aspirantes a soldados profesionales y se hacían los exámenes o test; estas pruebas, llamadas MINIMULT (ver anexo E), permiten determinar los rasgos de personalidad para quien aspire a ser parte de la fuerza, y son propuestos directamente por la institución, y así valorar psicopatologías que de una u otra forma impiden el ingreso como aspirante a una carrera militar o profesional. Posteriormente las entrevistas⁵³ abordan áreas de tipo familiar, social, laboral y académico, además de indagar antecedentes de consumo de SPA, intentos de suicidio o trastornos mentales. Estos exámenes se hacían los días lunes todo el día y de martes a viernes de 8:00 am. a 11:30 am.

La población militar especialmente los conscriptos, suelen ser personas prevenidas frente a todo de tipo de capacitaciones y talleres que se puedan brindar, especialmente los que son dirigidos por la sección de psicología militar, pues en muchas ocasiones fueron tomados como muestra para recolectar información pero no han visto los resultados de las inquietudes, una vez resueltas.

La población fue convocada por un radiograma que se envía directamente al comandante de la compañía de instrucción de cada batallón que pertenecen a la Quinta Brigada, para dar conocimiento previo de lo que se pretende realizar con la población objetivo.

La realización de un diagnóstico y socialización del mismo, permitió conocer la situación de salud mental que viva la población militar en fases de instrucción en

⁵³ Las entrevistas realizadas por motivos de seguridad, no pueden ser publicadas, ya que hacen parte de la confidencialidad del aspirante y de la misma institución

ese momento, con el fin de determinar los factores más relevantes y las causas de los desequilibrios emocionales, afectando el desempeño laboral y reflejándose a la vez en su medio familiar y social.

Para esto entonces fue necesario crear un cronograma que permitiera establecer cuando se dictarían los talleres programados, pero que sería sujeto de cambios por el tipo de actividades propias de su función como soldado recluta y como miembro de un batallón.

En este caso se confrontan tiempos programados por la practicante y los ya estipulados por las instrucciones, pues en muchas ocasiones tienen que ser reprogramadas las actividades porque se presentan algunas actividades especiales propias de la fuerza.

La convocatoria a la realización de los talleres se hace de acuerdo al número de personal de cada pelotón, y deben participar todos, o por lo menos hacer presencia, pues en varias ocasiones no todos tenían el interés de participar, la cual tampoco se obligaría a nadie a participar de estas actividades.

Al principio la población se notaba tímida y dispersa, pero con el paso del tiempo y del desarrollo de los talleres, se fue integrando, siguiendo las recomendaciones dadas con cada taller.

El grupo siempre era vigilado por un oficial o suboficial de la compañía, que tuviera autoridad frente a ellos, para garantizar el orden y el respeto frente a quien orienta o dirige el taller o dirige la actividad, que en ese caso sería la practicante de Trabajo Social.

Mientras en unos generaba disgustos y desorden, en otros generaban las actividades de capacitación y aprendizaje intelectual y moral dada la calidad de la información que se les brindaba.

Sin embargo, se logró con el esfuerzo de todos, sensibilizar a la población objetivo, alcanzando un cambio de actitud frente al estilo de vida que solía llevar cada uno de los soldados dentro del batallón. Así también paralelamente se socializó cada uno de los talleres permitiendo el completo desarrollo de los mismos apoyado esto por la participación en cada conversatorio o espacio que se daba al finalizar cada sesión donde se conocían los aportes o recomendaciones para próximos encuentros para no cometer los mismos errores.

El proceso de incorporación de aspirantes a soldados rasos y profesionales se desarrolló durante todo el proceso de práctica y sirvió como base fundamental para la caracterización de la población del presente informe.

De manera pues que para dar cuenta de lo anterior es preciso conocer el total de personal evaluado mes a mes durante el primer semestre del 2008, momento en que se realizó la practica académica, discriminado así:

ENERO: 1445 personas incorporadas

FEBRERO: 346 personas incorporadas

MARZO: 105 personas incorporadas

ABRIL: 105 personas incorporadas

MAYO: 1790 personas incorporadas

Por tanto y aunque el apoyo a las incorporaciones era constante y mensual, durante los meses de enero y mayo se realizaron las incorporaciones masivas de soldados regulares únicamente, mientras que en el resto de meses se realizan no solo regulares sino, profesionales y campesinos.

Paralelamente a estas actividades y apoyos brindados, se realizaban procesos de selección para aspirantes a cursos de Suboficiales y Guías Caninos, con aplicación de pruebas de personalidad como de Theodore Millon y el PMA,

realizándose también la entrevista respectiva donde se exploran aspectos relacionados con el grado de actitudes y aptitudes para asumir dicho cargo.

Los conceptos para la baja se realizaban su vez con una prueba llamada MMPI junto con la entrevista que permitía evaluar el área personal y laboral, conociendo los motivos para el retiro.

De esta manera se pudo conocer que para las Fuerzas Militares y especialmente para el Ejército Nacional es de gran preocupación e interés el tema sobre el manejo de la promoción y prevención de los estilos de vida, pues de acuerdo al manejo de este se puede aumentar o disminuir la calidad de vida de todo ser humano, especialmente de quienes se encuentran prestando servicio militar, considerándose una población vulnerable debido al cambio brusco que deben tener por un periodo de tiempo adaptándose a nuevos ritmos de vida

4.4 EVALUACIÓN DEL PROCESO

El proceso de práctica desde el punto de vista profesional fue muy enriquecedor debido a la gran demanda de trabajo que se requiere, aunque en ocasiones la intervención se vuelve ambiciosa y puede este ser truncado por obstáculos y limitaciones que el mismo medio brinda.

Por consiguiente fue exigente el trabajo realizado, pues el personal en la Sección de Psicología Militar era reducido y quien quedaba a cargo del área, en este caso las militares, también tenían labores por cumplir fuera de la oficina, lo que incrementaba aun mas el trabajo que el Cantón de la Quinta Brigada demandaba. Sin embargo esto permitió generar confianza como futuro profesional e incrementar las habilidades personales y propias del rol de Trabajador Social, dando así respuesta a situaciones que requerían de creatividad, agilidad y criterio.

Una de las mayores limitaciones al momento de intervenir la población militar detenida al iniciar el proceso, fue lograr ganar la confianza de los SLR Y SLP,

pues el profesional en lugar de ser visto como puente o canal de comunicación entre sus comandantes, era visto como una persona que “doraba la píldora y se iba” tal cual lo expresaban ellos; es decir no habían tenido la oportunidad de ser vistos como población vulnerable y provista de cambios sino que, por el contrario, terminaban siendo olvidados y vistos en muchas ocasiones como delincuentes, tal era el caso para los detenidos, sin tener presente sus derechos y sus deberes ante todo como seres humanos.

Sin embargo luego de muchos conversatorios y talleres de reflexión, incluidas las visitas a la sala y a los alojamientos, se generó un ambiente de confianza que se necesitaba para lograr cumplir con los objetivos personales, como conocer las experiencias de vida, teniendo en cuenta que con el paso del tiempo los SLR Y SLP se ofrecieron a colaborar con el proceso del desarrollo de la practica y por ende, del informe mejorado.

Unos de los aspectos más importantes en la práctica profesional fue contar con un excelente grupo interdisciplinario que hizo parte de del crecimiento académico y que logró de la práctica una experiencia gratificante.

De este modo, el Trabajador Social Practicante, que interviene en esta población actúa y se inserta en la realidad haciendo parte de ella, teniendo en cuenta que su quehacer como profesional se da a partir del contacto con los otros, estando condicionado por una realidad cambiante y permanente a la vez, teniendo que adherirse a un cambio propio del medio.

La metodología utilizada durante el proceso de intervención, tuvo como eje principal la recolección de datos, y experiencias de vida, recolectados mediante la entrevista, la observación constante y dos encuestas realizadas a la población en situación de detenidos y población en fases de instrucción del Batallón Ricaurte y del Batallón Caldas Adicionalmente se conoció la experiencia de vida y estilos de

vida del resto de la población militar (SLR Y SLP) mediante las visitas realizadas periódicamente a las compañías de instrucción

En cuanto a la aplicación de la ficha dirigida a la población de detenidos, se pudo conocer más detalladamente cada uno de los aspectos que empeoran y dificultan la permanencia tanto dentro del penal o SR, como la permanencia en el cantón militar, para los soldados regulares, pues cuentan y relatan sus vivencias y de manera paralela aportan sugerencias para su propio bienestar.(ver anexo D)

Por tanto los métodos, como procesos sistémicos y racionalizados para el conocimiento científico de la realidad y su transformación, se vuelven recursos indispensables en la gestión profesional, que permiten avances y resultados satisfactorios en el desarrollo de los propósitos y funciones predeterminadas.

De manera pues que, con el estudio de la población se puede reunir información y así determinar el medio en el que se desenvuelve la situación que le aflige, pudiendo posteriormente realizar un diagnóstico coherente caracterizando la población, buscando confrontar los hechos con la realidad que indiquen u orienten a tomar diferentes alternativas de solución a las problemáticas existentes

Igualmente la docente asesora brindó apoyo emocional y profesional a la experiencia en la práctica, siendo ella una gran consejera y guía para dar desarrollo a los procesos requeridos en la institución, haciendo que integrara conocimientos, habilidades y valores para el manejo de situaciones de la profesión.

Las diferentes funciones del profesional que interviene a la población, es el claro reflejo de todas y cada una de las conductas, vivencias y actitudes personales del actor social. Entonces si el profesional, como ser humano no es protagonista de su historia, desde su rol, sino víctima de ella, si no se siente dueño y responsable de

sus actos, sí no acepta sus límites y posibilidades, sí no pasa de la espera pasiva a la activa, de luchar en contra de... a favor de sus capacidades, es muy difícil que pueda percibir estos aspectos en el otro menos desde la salud.

Si el trabajador social no aprendió a dar, no podrá aceptar del otro sus entregas y acudirá a técnicas o interpretaciones para encontrar una causalidad del hecho, pero no el sentido del mismo. Entonces, todo actor social tiene la responsabilidad de buscar su solidez y coherencia personal, ser hallado por el otro y hallarse así mismo sano, transformador, creativo, amante e íntegro, capaz de cuestionarse y asumir una posición autocrítica que le permita abanderar el reto de lo humano, sea cual fuere el terreno donde deba desplegar su lucha.

5. CONCLUSIONES

Una de las realidades que debe entender e interpretar el grupo interdisciplinario es que el ser militar, es además de una fuente de trabajo, una forma de vida por la cual se decide, a partir de una sociedad que lo exige.

La interacción entre la vida militar y social permite encontrar un sentimiento de autorrealización y verle un sentido a la vida, el cual permite que el personal perteneciente a esta Institución, en especial la población castrense, sienta una mayor motivación por su empleo o actividad que de una u otra forma, hace parte de su vida diaria.

Un militar es alguien que ofrece su vida por el servicio al país, pero además es esposo, hijo, padre, hermano; es decir alguien que construye vínculos afectivos, alguien que tiene sentimientos, que forma parte del desarrollo y desempeño del otro, que demanda su tiempo y entrega su vida. Una vida que solo se puede conocer en las adversidades y en los diferentes entramados difíciles de sortear para aquel que no ha tenido contacto directo con la guerra, con la milicia y que cuyas consecuencias, se observan solo en la práctica. Dado lo anterior, se puede decir, que la intervención de trabajador social es fundamental, pues permite asesorar y brindar un seguimiento pertinente a todos y cada uno de los anteriores procesos vivenciales del ser humano.

En el área de la salud la promoción, prevención y rehabilitación terminan siendo fundamentales para mantener un equilibrio en la salud no sólo física sino emocional que pueda brindar una estabilidad psicosocial para sí mismo y la sociedad o para quien lo rodea.

Para armonizar estos factores y reconocer la importancia del Trabajador Social, se hace necesaria la orientación profesional para integrar y conseguir una estabilidad tanto emocional como profesional con el soldado o militar.

La vida militar es un ámbito específico y propio donde el hombre actualiza constantemente su capacidad para producir sus habilidades, relacionarse, crear un nuevo proyecto de vida, y lograr una dimensión ética.

La Intervención profesional del Trabajador Social, al interior del ámbito familiar y personal, permite obtener mejor receptividad de los procesos que se pretenden llevar a cabo, mediante actividades o talleres que permitan asimilar de manera fácil e interpretativa para cualquier nivel educativo de los soldados, permitiendo además, poner en práctica teorías aprendidas durante el proceso de formación profesional que contribuya al mejoramiento de la satisfacción de necesidades humanas, al crecimiento laboral brindados a partir de la estabilidad emocional, psicológico, mental, entre otras.

Así mismo, las estrategias llevadas a cabo obtuvieron como núcleo primordial, enfatizar lo que plantea Zaldivar (2006) “crear comportamientos que disminuyan los riesgos de enfermar tales como: adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones y negativas, constancia en el ejercicio físico, sueño y aprovechamiento del tiempo libre; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol, marihuana, heroína, pepas, entre otras

“Lo que hace de la vida algo insustituible e irremplazable, algo único, algo que solo se vive una vez, depende del hombre mismo, depende de quien lo haga y de cómo lo haga, no de lo que se haga”

Frankl

6. RECOMENDACIONES

Se considera importante que se continúen brindando los espacios y convenios entre la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander y La Quinta Brigada, para que los estudiantes de dicha profesión, encuentren una fuente de formación integral muy valiosa que permita aplicar y a su vez afianzar todos los conocimientos teóricos que se han adquirido previamente; además, se le da apoyo a la Quinta Brigada de un Trabajador Social en el área de Salud Ocupacional para la realización de actividades, seminarios, talleres, entre otros con el fin de que se programen y se replanteen los objetivos y nuevas propuestas.

Se hace necesario la continuidad del desarrollo de talleres y actividades que vayan en beneficio de la población objetivo (soldados, suboficiales y oficiales), teniendo en cuenta siempre, la oportunidad de aprendizaje que han tenido previamente estas categorías poblacionales, que integran las instituciones, con el fin de generar conciencia y responsabilidad tanto en las labores realizadas como en su vida personal.

Con el fin de fortalecer los vínculos familiares, se recomienda continuar con la promoción de espacios que permitan un esparcimiento e integración entre los miembros tanto con los de la familia propia, como con los demás familiares de militares, basados siempre en el respeto, la tolerancia, el perdón, la confianza, la solidaridad, y el amor.

7. INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA MILITAR DE LA QUINTA BRIGADA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

7.1 JUSTIFICACION

Contar con el apoyo de un Trabajador Social dentro del Cantón de la Quinta Brigada, haciendo parte de las diferentes propuestas y programas dirigidos por la Dirección de Sanidad, permite que el accionar de cada profesional se complemente y se fortalezca, promoviendo la salud física, psicológica y mental de la población militar, dando así, respuesta a las diferentes problemáticas que el diario vivir trae tanto para los militares como para sus familias y civiles adscritos a la Fuerza.

Las condiciones actuales del país plantean la necesidad de realizar un quehacer profesional articulado a intereses comunes.

Seria absurdo pensar que los conflictos internos, el mal ambiente laboral y los problemas psicológicos y trastornos no afectan a la población militar. Por el contrario, los mismos efectos del conflicto, la lucha de poderes, las diferentes ideologías y constructos políticos entre otros, exacerbaban rasgos psicopatológicos que terminan reflejándose dentro de la misma institución y en las diferentes esferas personales del individuo.

Teniendo en cuenta entonces este panorama, el trabajador social y todos aquellos profesionales que trabajen en el área de la salud mental, están llamados a intervenir de manera específica en la realidad institucional permitiendo que su acción sea orientada a generar procesos de cambio intencionales, con el único

propósito de movilizar el crecimiento individual y colectivo hacia los distintos escenarios de la vida, donde el comportamiento sea producto de las condiciones del entorno, pero sin deteriorar la calidad de vida en cuanto a los procesos que realice. Además dados los resultados obtenidos a partir de la realización de actividades y talleres, se considera pertinente y primordial la presencia de un Trabajador Social que continúe haciendo parte activa del grupo interdisciplinario que se maneja dentro de dicha Institución, de tal manera que contribuya a la orientación y asesoría de procesos y experiencias dadas en el personal adscrito a la Quinta Brigada.

7.2 FASES DEL PROCESO

7.2.1 Fase 1: Análisis del Proceso del área de psicología y de los sujetos de intervención.

Incorporación y Reclutamiento de la población civil a la vida militar. La Dirección de Reclutamiento y Control Reservas del Ejército Nacional, en desarrollo de su misión institucional realizará incorporación de 21.516 Soldados Regulares pertenecientes al Noveno Contingente de 2008 que prestarán el servicio militar en Ejército, Fuerza Aérea, Armada y Policía Nacional. Allí la sección de Psicología Militar, junto con el grupo interdisciplinario que determina si una persona en proceso de reclutamiento se encuentra en condiciones óptimas para prestar su servicio militar, como un médico, un odontólogo y un psicólogo o trabajador social, realizando los exámenes y evaluaciones pertinentes.

Para el caso de la intervención psicosocial, se realiza una entrevista que permite conocer las áreas del individuo, sociales, emocionales, de pareja, familiares y de trabajo, además de indagar en que condiciones se encuentra su salud mental.

Educación para la salud. La promoción y prevención de la salud, dentro del cantón militar, es considerada uno de los principales ejes de intervención, del cual depende el buen desempeño del personal que allí labora, tanto militares oficiales y suboficiales, como civiles administrativos y familiares. Por eso, la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional dentro de sus programas de salud, cuenta con subprogramas como los estilos de vida saludables, actitudes positivas hacia uno mismo; crecimiento, desarrollo y actualización del yo; integración de la personalidad; autonomía; percepción correcta de la realidad; dominio y control del entorno. Para aclarar más lo anterior, se tendrá en cuenta el modelo que seguirá el desarrollo del Plan Maestro de las FFMM (Véase el Cuadro 5).

Cuadro 7. Modelo de Desarrollo del Plan Maestro de las Fuerzas Militares

LINEA	ESTRATEGIA	PROGRAMAS
El Grupo Interdisciplinario de Soporte Básico frente al sentido de trabajo	Movilizar la cultura organizacional hacia una dimensión bioética	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Psicología Operacional. - Programa para la optimización del proceso de incorporación y retención de personal. - Programa para el desarrollo de proyectos de vida.
El Grupo Interdisciplinario de Soporte Básico frente a las crisis humanas	Fomentar la resiliencia. Formar en valores. Humanización de la guerra	<ul style="list-style-type: none"> - Programas para la prevención de muertes fuera de combate. - Programa para el fortalecimiento de recursos psicológicos en apoyo al combate. - Programa en apoyo para el caso de enfermedad terminal. - Programa de prevención de conductas adictivas. - Programa para la prevención del estrés y bournout
El Grupo Interdisciplinario de Soporte Básico frente al desarrollo humano	Educar en salud. Crear sentido de vida. Transformar el concepto de bienestar al de bien estar	<ul style="list-style-type: none"> - Programa para el fortalecimiento de redes de apoyo. - Programa para el desarrollo de estilos de vida saludables.

Fuente: Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. 2007-2010.

Adaptación a la vida militar. Sabiendo que es uno de los subprogramas de la sección, se realizan constantes visitas tanto a las compañías de instrucción de cada batallón, como al CIE (centro de Instrucción y Entrenamiento), donde se encuentran el personal en fases de instrucción. Con ellos se realizan talleres, charlas, videos, entre otros alusivos a la vida militar y el nuevo rol que deben asumir.

Asesoría Psicosocial. Los profesionales que laboran dentro de la sección de psicología militar, como el trabajador(a) social y los Psicólogos, tienen como misión, atender diferentes problemáticas de tipo personal brindando asesoría y seguimiento de acuerdo al proceso iniciado, haciendo atención de caso tanto a militares, especialmente SLR Y SLP, como a su vínculo familiar.

7.2.2 Fase 2: Definición del rol del Trabajador Social dentro del Cantón de la Quinta Brigada. La población que hace parte de las Fuerzas Militares, va desde la edad de los 18 hasta la edad adulta que oscila entre los 60-65 años de edad, pero en realidad la edad en la que mas se encuentra vulnerable esta población son los recién incorporados a la vida militar, soldados Regulares entre 18 y 24 años respectivamente, y los SLP o soldados Profesionales, que están entre los 24 y 35 años.

Es obvio que no se puede dedicar mas tiempo solo a este tipo de población, simplemente que las condiciones que tienen que enfrentar estos, es muy diferente a los Oficiales o Suboficiales, pues los SLR Y SLP, tienen que estar en constante contacto con el medio, con el área, y el enemigo, que en este caso son las Fuerzas Armadas al Margen de la Ley. Desde que inician su proceso, prestando el servicio militar, se les brinda asesora y seguimiento continuo generando oportunidades de adaptación al medio y amor a la labor que desempeñan dentro del Cantón de la Quinta Brigada.

7.2.3 Fase 3: Identificación del Cargo de Trabajo Social.

- **Propósito Principal.** Ejecutar labores profesionales relacionadas con el área personal, familiar, grupal y comunitario, tanto para la población castrense como al momento de realizar brigadas de salud, teniendo en cuenta las diferentes esferas sociales, políticas, económicas, culturales, de seguridad, entre otras, con el fin de educar, promover, prevenir, rehabilitar, organizar, ejecutar, participar, consolidar y proyectar los diferentes procesos que sean acordes a la profesión y contribuyan al buen desempeño tanto de la población militar como de la misma institución.

- **Funciones Generales del Cargo.**
 - Realizar estudios sociodemográficos al momento de incorporar al personal militar para prestar servicio militar.

 - Realizar estudios utilizando la metodología de Caso, sirviendo como apoyo a las incorporaciones realizadas por la Sección de Psicología Militar.

 - Coordinar el desarrollo y la promoción de los diferentes programas de salud mental, planeando, ejecutando y evaluando cada una de las actividades de dicho programa.

 - Ser un canal de comunicación y gestor de buena relación entre el personal militar y sus altos mandos.

 - Coordinar los programas de capacitación en convenio con la Fundación Matamoros, para el personal en situación de discapacidad ubicados en TRAMBUL.

- Convocar, organizar y participar activamente en las reuniones de las reuniones programadas por el Estado Mayor de la Quinta Brigada y por la Sección de Psicología Militar.
 - Distribución de material informativo de las campañas de salud mental, enviadas por la DISAN (Dirección de Sanidad de Ejército).
 - Mantener constante comunicación y realizar visitas periódicas tanto a los alojamientos de los batallones como a los CIE (Centros de Entrenamiento e Instrucción de la Brigada), revisando y corroborando el buen desempeño de las compañías de instrucción
- **Funciones específicas del Trabajador Social**
 - *Administración del personal.* Manejo y descripción de cargos y perfiles.
 - Evaluación de desempeño.
 - Elaboración de reportes.
 - Control de actividades programadas.
 - *Reclutamiento y Selección del personal.* Supervisa que el perfil del aspirante cumpla con los requisitos exigidos por la Institución.
 - *Capacitación.* Planea y supervisa cursos y seminarios que brinden capacitación.
 - Elaborar y registra los programas de capacitación ejecutados dentro y fuera del cantón militar
 - Capacita al personal civil que quiera vincularse con la fuerza.
 - Evalúa las capacitaciones
 - *Servicios.* Atiende las necesidades tanto de la población castrense como de la civil incluyendo a los familiares de los militares, tales como:
 - Asesoría familiar e individual.

- Programas de rehabilitación para el personal militar, incluyendo la población detenida y los heridos en combate.
 - Organización de eventos deportivos, que promuevan la integración entre los mismos pelotones de los diferentes batallones, generando un ambiente agradable de trabajo.
 - Realizar convenios con otras entidades para que presten servicios de capacitación a todo el personal militar en especial a los detenidos y heridos en combate.
 - Fortalecer el programa de Salud Mental Coordinado desde la DISAN.
- **Proceso de implementación del área de Trabajo Social dentro de la Quinta Brigada**

Exposición. La presentación del proyecto se hace ante la línea de mando del Estado Mayor de Brigada o en su defecto a la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares., para dar a conocer la propuesta y posteriormente la aprobación de la misma

Asignación de espacio físico. Se establecerá el espacio físico en donde funcionara la oficina del área de Trabajo Social. Ésta contará con todos los implementos necesarios para el buen funcionamiento del área, además de darse el reconocimiento de la propuesta para estructurar el plan de trabajo que se llevara a cabo de la mano de la Sección de Psicología Militar.

Promoción. Se diseñaran campañas publicitarias adecuadas que permitan difundir, a nivel interno y externo, información acerca del rol y funciones que cumple el Trabajador Social.

7.2.4 Fase 4: Definición del perfil del Trabajador Social dentro del cantón militar de la Quinta Brigada. Para este cargo la persona debe ser capaz de

desarrollar fácilmente habilidades para la comunicación y trabajo en equipo, estar en la capacidad de realizar tareas que le asignen.

Se necesita que la persona sea muy dedicada, comprometida y entusiasta en su trabajo siempre con la capacidad para dirigir y liderar.

Es un profesional con una habilidad notoria en el manejo de las relaciones humanas que le permite relacionarse fácilmente con todo tipo de poblaciones, con un buen nivel de razonamiento abstracto que le facilite la comprensión y análisis de la realidad social objeto de intervención; con total capacidad para expresarse en forma verbal y escrita y con una absoluta probada madurez emocional.

Adicionalmente, cuenta con los siguientes valores:

- Responsabilidad.
- Seriedad.
- Respeto.
- Iniciativa.
- Excelente presentación personal.
- Honestidad.

- **Objetivos a cumplir con el cargo**

Objetivos Generales

- Promover iniciativas de análisis e interpretación de la realidad social que vive constantemente la población militar.
- Generar nuevos comportamientos y modelos de vida caracterizados por la construcción de relaciones humanas, sentido de vida y desarrollo humano

Objetivos Específicos

- Posibilitar la co-operación en la construcción del fortalecimiento de la Salud mental de la población militar haciendo parte del grupo interdisciplinario que trabaja en pro de esta sociedad castrense.
- Contribuir a la construcción colectiva de saberes al momento de intervenir la población militar, basada en el conocimiento profesional y los distintos agentes sociales como interés y poderes particulares.
- Crear estrategias de intervención en función de la población militar construido por las mismas relaciones internas.
- Ejecutar campañas de promoción y prevención que se programen desde la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional
- Educar a la población militar sobre la importancia de los buenos hábitos y estilos de vida para elevar la calidad de la misma.
- Detectar los diferentes factores que ponen el riesgo la salud física y mental de la población castrense.
- Desarrollar una cultura y una filosofía encaminada el mejoramiento de la calidad de vida de esta población, fomentando cambios positivos en su vida diaria.
- Promover la construcción de un componente personal y colectivo de lo que significa ser y estar establemente sano, en los diferentes ambientes militares.

7.2.5 Fase 5: Aspectos innovadores y exitosos de la propuesta. Uno de los aspectos más relevantes de esta propuesta, es como las Fuerzas Militares siendo una institución altamente constituida por su calidad humana y profesional, se tiene en cuenta para hacer parte del grupo interdisciplinario, un trabajador social en las instalaciones de la Quinta Brigada, pues a pesar de que existen solo dos Trabajadoras Sociales actualmente en la ciudad de Bogotá, el área de trabajo demanda más profesionales en esta rama, que generen propuestas estructuralmente organizadas con el fin de poder determinar el tipo de población, sus características relevantes, sus necesidades, falencias y fortalezas, además de educar y promover los estilos de vida saludables dentro de la población castrense.

El impacto que puede generar la evaluación del proceso podría desarrollarse teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Ampliar cobertura de atención.
- Atención integral de la población.
- Presencia del Trabajador (a) Social en la Quinta Brigada.

- **Desafíos y oportunidades.** Uno de los retos de esta propuesta es asegurar y mantener vigente el espacio para el Trabajador Social sea profesional o se encuentre realizando su última práctica dentro del proceso académico, para así, hacerle un seguimiento a todos los programas que se proyecten a favor de la fuerza y del personal que allí labora, siendo estas pragmáticas y fortalecidas con los conocimientos de los diferentes colegas, dando a conocer muy bien el significado de Trabajador Social y sus funciones para el cargo.

- **Recurso Humano.**
 - Un practicante o profesional de Trabajo Social
 - Personal militar entre Oficiales, Suboficiales, familiares y civiles.

7.2.6 Presupuesto.

PRESUPUESTO DE GASTOS PERIODO: ENERO A DICIEMBRE DE 2009

DESCRIPCION	Vr. Mes	Vr. Año
Honorarios Profesionales(1)	1.500.000	18.000.000
Útiles, papelería, fotocopias	30.000	360.000
Publicaciones (2)	100.000	120000
DIVERSOS		
Elementos de aseo y cafetería	10.000	120.000
Transporte	60.000	720.000
Arrendamiento	120.000	1.440.000
Imprevistos	172.000	2.064.000
TOTAL	1.992.000	22.704.000

(1) Valor que se cancela al profesional de Trabajo Social, según por prestación de servicios

(2) Se incluye elaboración de plegables, folletos, y rotafolios

PRESUPUESTO DE INVERSIONES

DESCRIPCIÓN	VALOR
Módulo de oficina	500.000
Silla giratoria	120.000
Aparato Telefónico	50.000
Computador	2.000.000
Dos sillas auxiliares	160.000
TOTAL	2.830.000

Así pues, esta será la propuesta como punto de partida para fortalecer las acciones y estrategias ofrecidas por la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional conjuntamente con la sección de Psicología Militar, que reconcilie e involucre en cada miembro de la Institución con la idea de que su presencia y vivencia en el mundo, por ligera que parezca, es fundamental para construir una sociedad mas igualitaria, reflexiva y unida.

BIBLIOGRAFIA

BARÓ, Ignacio. Psicología social de la Guerra. Lecturas Universitarias. V 4. 2 ed. San Salvador: UCA. 1992.

BLANCO Restrepo, Jorge; MAYA MEJÍA, José; et al. Fundamentos de salud pública. Corporación para investigaciones biológicas. Tomo I. Medellín: Colombia; 1997.

Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Santa fé de Bogotá, 1990. P. 18.

Corte Suprema de Justicia. Sala Plena. Sentencia de 19. Mayo de 1988.

Cifuentes E. Corte Constitucional. Sentencia T-533. Septiembre 23 de 1992.

Constitución Política de Colombia. Bogotá; Legis Editores, S.A., 1991.

Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo 117 de 1998. Régimen de Seguridad Social. Bogotá; Legis Editores S.A., 2000.

Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo 120 de 1999. Régimen de Seguridad Social. Bogotá; Legis Editores S.A., 1999.

Cifuentes E. Corte Constitucional. Sentencia T-533. Septiembre 23 de 1992.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. La tutela y el derecho a la salud, causas de las tutelas en salud, 2004.

De La Calle H. Aspectos económicos en la nueva Constitución Política. Temas fundamentales. 2 ed. Bogotá: Fundación Publicaciones Consigna, Octubre 1993.

Departamento de Salud Mental de la OMS (Organización Mundial para la Salud). Bruselas, abril de 1999

DUNCAN, P. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986

FRANCO S, Ochoa D, Hernández M. La promoción de la salud y la seguridad social. Foros sobre promoción de la salud en la seguridad social. Bogotá; Instituto de Seguros Sociales. Corporación Salud y Desarrollo. Julio 7 de 1995.

FRENK J. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud

GIRALDO Z., L.F. Familia y teorías de desarrollo. En Cuadernos de Familia (2). Manizales: Universidad de Caldas, 1987.

JARAMILLO I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993: cinco años. 4 ed. Bogotá: Fescol, Fes, ERB, Fundación Corona. 1998

FRANCO AS. La salud al final del milenio. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. VI Congreso Latinoamericano y VIII Mundial de Medicina Social. Conferencia Juan César García. Guadalajara. Marzo 20-23, 1994.

La Atención de los Ancianos: Desafío para los años noventa. Washington 1994.

Legislación económica N° 1045. Abril 30 de 1996.

MADRID, M. Derechos fundamentales. Escuela Superior de Administración Pública. Universidad del Estado. Departamento Administrativo del Servicio Civil. Instituto de Derechos Humanos "Guillermo Cano". Santafé de Bogotá. 1992.

MANFRED Max - Neff. Desarrollo a Escala Humana. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjöld 1986.

Manual de Calificación de Conductas Violatorias de Derechos Humanos. Defensoría del pueblo; derechos humanos para vivir en paz. Santa Fe de Bogotá, mayo de 2005

Ministerio de Salud. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá; OPS/OMS, 1992.

Ministerio de Salud. Plan de atención primaria 1991-1994. Familia sana en ambiente sano. Bogotá. Enero 14 de 1991.

Ministerio de Salud. Decreto N° 1891. Santafé de Bogotá; agosto 3 de 1994.

MUÑOZ, A. Psicología de la Salud. Septiembre 26 de 2006. www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud.htm.

OMS. Salud y bienestar social. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986.

OROZCO, A. Julio Mario. Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena. Agosto de 2006.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005.

PSZEMIAROWER, N.P. y PSZEMIAROWER S.N. Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez. En Revista Geriátrica, 1992; 8 (1): 33 - 37.

QUEVEDO E. Proceso salud-enfermedad. Ponencia. Seminario permanente salud y administración. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud. Junio 19 de 1990.

RESTREPO J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia, Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.

Régimen de Seguridad Social. Colección Códigos Básicos. Bogotá; Legis Editores S.A., 1997. Pp. 3-377.

VALENCIA FA, Maya NR. Ley 100. Guía metodológica de consulta. 3 ed. Bogotá; Codesca, 1997.

http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJOMMazorra.shtml

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO2/promocion.html>

http://www.tabaquismo.freehosting.net/Estilo/estilos_de_vida_saludables.htm

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

<http://www.profamilia.org.co>

<http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co>

<http://www.google.com/search?hl=en&q=ENCUESTA+NACIONAL+DE+CONOCIMIENTO+S%2CACTITUDES+Y+PRACTICAS+EN+SALUD&aq=f&oq=>

ANEXOS

Anexo A. Diagnóstico de Salud Mental

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD PSICOLOGÍA MILITAR

FECHA _____ GRADO _____ UNIDAD _____ TIEMPO
SERVICIO _____

De la sinceridad en sus respuestas de la presente encuesta, depende la ayuda que pueda prestarle la institución a su problema. el único objetivo que se persigue es detectar el porcentaje de esta clase de afecciones para adoptar programas colectivos y campañas preventivas, razón por la cual se efectúan en forma anónima.

ALCOLHOLISMO:

1. Sabe Ud. Que es el alcoholismo?
SI _____ NO _____
_____ Tres veces por semana
otra _____
2. Consume alcohol?
SI _____ NO _____
3. Cada cuanto consume alcohol?
____ Una vez a la semana.
____ Dos veces por semana.
____ Tres veces por semana
____ Una vez al mes.
____ Todos los días.
Otros _____
4. Conoce los efectos nocivos del alcohol en el organismo?
SI _____ NO _____
Cuales _____
5. Le falta reconocer que el alcohol le está provocando problemas?
SI _____ NO _____
6. Tiene tendencia a ingerir alcohol cuando ésta nervioso o pensionado?
SI _____ NO _____
7. Se ha accidentado en estado de embriaguez?
SI _____ NO _____
11. Hace cuanto consume droga?
____ Más de dos años
____ Dos años.
____ Un año
____ 6 meses
Otro _____
12. Conoce Ud. Las consecuencias de la drogadicción?
SI _____ NO _____
Cuales _____

TABAQUISMO:

13. Consume Cigarrillo?
SI _____ NO _____
14. Fuma para calmar la ansiedad, tensión o estrés?
SI _____ NO _____
15. Cuantos cigarrillos fuma diariamente aproximadamente?

16. Conoce los efectos y/o consecuencias que produce fumar?
SI _____ NO _____

DROGADICCIÓN:

8. Sabe Ud. Que es la drogadicción?
SI _____ NO _____
9. Consume alguna de estas sustancias?
____ Marihuana
____ Bazuco
____ Heroína
____ Alucinógenos
Otra _____
10. Cada cuanto consume droga?
____ Diariamente
____ Una vez por semana
____ Dos veces por semana

SEXUALIDAD

17. Tiene problemas en sus relaciones sexuales?
SI _____ NO _____
18. Ha tenido relaciones bisexuales?
SI _____ NO _____
19. ha sido contagiado con alguna Enfermedad De Transmisión sexual?
SI _____ NO _____
20. Conoce la Forma de Transmisión del VIH?
SI _____ NO _____

Cuales _____

1. Conoce las formas de prevención del VIH?
SI _____ NO _____
Cuales _____

2. Son frecuentes los casos que conoce de homosexualismo en la institución?
SI _____ NO _____

SALUD MENTAL

3. Ha tenido cambios bruscos en su estado de ánimo?
SI _____ NO _____
Cuales _____

4. Considera que se ha deteriorado la realización de actividades habituales?
SI _____ NO _____
5. Se le presentan dificultades para asumir responsabilidades y compromisos, resolver problemas y toma de decisiones?
SI _____ NO _____
6. Las actividades que antes le generaban interés ya no le son tan importantes ni gratificantes?
SI _____ NO _____
7. Piensa que sus relaciones interpersonales son gratificantes?
SI _____ NO _____
8. Durante su vida ha sentido el apoyo de su familia?
____ Siempre
____ Algunas veces.
____ Nunca
9. Se siente satisfecho con la labor que realiza en la Institución?
SI _____ NO _____
10. Se siente satisfecho con su elección de pareja?
SI _____ NO _____
11. Su vida de pareja es gratificante?
SI _____ NO _____
12. Siente que su hogar es un espacio de crecimiento personal, que le permite desarrollarse como persona?
SI _____ NO _____
13. Expresa con facilidad el afecto que siente por su pareja y sus hijo si los tiene?
SI _____ NO _____

MANEJO DE SITUACIONES CRÍTICAS DE COMBATE

14. Su último combate ocurrió?
____ Menos de 3 meses.
____ Hace 3 meses
____ Entre 3 y 6 meses.
____ más de 6 meses.
15. en ese combate murió alguien muy cercano a UD.?
SI _____ NO _____
16. Tiene recuerdos constantes de los hechos?
SI _____ NO _____
17. Evita pensar en los hechos para sentirse más tranquilo?
SI _____ NO _____
18. Siente que sus áreas laboral, familiar y personal se han visto afectadas por lo que este hecho le hace sentir?
SI _____ NO _____
19. Ha sentido la necesidad de consultar con un profesional acerca de lo que siente?
SI _____ NO _____

SEÑALE CON UNA X SI HA SENTIDO LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

____ SENTIMIENTOS DE MINUSVALÍA E INUTILIDAD.
____ MAYOR IRRITABILIDAD Y AGRESIVIDAD QUE DE COSTUMBRE.
____ SENTIMIENTOS DE PREOCUPACIÓN CONSTANTE POR ALGUNA SITUACIÓN.
____ INCAPACIDAD PARA CONSILIAR Y MANTENER EL SUEÑO.
____ SENSACIÓN DE SUEÑO TODO EL TIEMPO.
____ PESADILLAS REPETITIVAS Y CONSTANTES.
____ PÉRDIDA DE APETITO O EXCESO DE HAMBRE.
____ MAYOR IMPULSIVIDAD QUE DE COSTUMBRE - REACCIONA ANTE SITUACIONES DE MANERA VIOLENTA E INADECUADA -.
____ IDEACIÓN SUICIDA.
____ SENSACIONES PECULIARES Y EXTRAÑAS COMO ESCUCHAR VOCES O VER IMÁGENES EXTRAÑAS.

Gracias por su colaboración

La salud mental es responsabilidad de todos

Anexo B. Actividades Realizadas

A continuación se enuncian los talleres que se realizarán (algunos ya realizados) con los soldados de la Quinta Brigada

■ Conocer al personal que se encuentra incapacitado o en recuperación en Trambul del BR5

■ **Taller No.1 Pasa lo positivo**

OBJETIVO: Motivar al grupo a expresar habilidades y cualidades de los demás compañeros con el fin de generar un aprendizaje mutuo.

■ **Taller No. 2 Se quien eres**

OBJETIVO: Lograr el reconocimiento de las cualidades entre los mismos integrantes de la pieza de detenidos y de igual forma expresar bajo el respeto y la aceptación las cosas que se podrían mejorar.

■ Propiciar al Soldado detenido un rato agradable y ameno de esparcimiento en las instalaciones de la piscina.

■ **Taller No.3 Cohesión Grupal.**

OBJETIVO: Permitir mediante la actividad la integración grupal y el esparcimiento en los soldados que están en Instrucción en el Club de Tiro

■ **Taller No.4 Comunicación asertiva**

OBJETIVO: Examinar las distintas formas en que se llevan a cabo las comunicaciones y como son las actitudes de los receptores.

■ **Taller No.5 Proyecto de vida**

OBJETIVO: Generar espacios de reflexión individual que fomente la integración entre compañeros y que por tanto, permita el reconocimiento del yo.

■ **Taller No.6 ¿Como me ven? ¿Como me siento?**

OBJETIVO: Identificar la importancia de la expresión de emociones y el manejo adecuado de cada una de ellas, teniendo en cuenta que estas influyen de manera importante en el comportamiento del ser humano.

■ **Taller No.7 Reconocimiento de oportunidades**

OBJETIVO: Identificar en el contexto interpersonal, la importancia del reconocimiento y resolución de conflictos, de manera que se puedan abordar otras soluciones a los problemas,

■ **Taller No.8 Estilos de vida saludable.**

OBJETIVO: Identificar los estilos de vida saludables y como pueden ser modificados a través de practicas adecuadas, con el fin de determinar cuales son sanos o pocos sanos en la vida de una persona militar.

- Recorrido por las diferentes instalaciones o batallones de la Institución Militar con el fin de reconocer los riesgos externos y problemas que puedan afectar la vida tanto del empleado civil como del militar.
- Realización de actividades al aire libre con los soldados de la pieza de detenidos (parque del soldado)
- Promoción de campañas de prevención de violencia y maltrato familiar, adecuado manejo de la sexualidad entre otros.

Por otra parte de brindo asesoría y apoyo a las actividades de incorporación que se realizo para soldados regulares y campesinos durante los meses de febrero y marzo

Adicionalmente se brindo apoyo y asesoría a las incorporaciones a soldado Profesional y algunas bajas del servicio militar.

Cabe anotar que algunas actividades fueron realizadas en el Club de Tiro de Floridablanca donde se encontraba la compañía de instrucción del Batallón Caldas.

Sin embargo las actividades se realizan de acuerdo a los parámetros y necesidades de la población militar, teniendo en cuenta que esta población esta regida bajo normas y actividades que en muchas ocasiones se programan sin previo aviso.

Anexo C. Formato de Programas de Prevención realizados en la sección de Psicología Militar dirigidos a los diferentes batallones, sirviendo como apoyo durante el proceso de práctica

FORMATO PROGRAMAS PREVENCION REALIZADOS	
BRIGADA:	Quinta Brigada. – Bucaramanga- Santander
ELABORO:	Subteniente Psicóloga , M. Bibiana Calderón Barón
CORRESPONDIENTE AL MES:	ABRIL – MAYO 2008

PROGRAMAS	OFICIALES	SUBOFICIALES	SOLDADOS	TOTAL
✓ RELACIONES FAMILIARES Y DE PAREJA				
✓ HABITOS DE VIDA SALUDABLES				
✓ AFRONTAMIENTO DE RUPTURA AFECTIVA				
✓ CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	10	8	371	389
✓ SALUD SEXUAL – VIH – ETS				
✓ CONTROL ESTRES DE COMATE				
✓ MOTIVACION Y AUTOESTIMA	10	8	285	303
✓ LIDERAZGO	8	16		24
✓ VALORES INSTITUCIONALES				
✓ TRABAJO EN EQUIPO			100	100
✓ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR				
✓ INDUCCION ADAPTACION A LA VIDA MILITAR			140	140
✓ ENTRENAMIENTO PUNTUACION POLIGONO				
✓ RELACIONES INTERPERSONALES			36	36
✓ MANEJO DE CRISIS				
✓ PREVENCION DEL SECUESTRO	3	18	26	47
✓ RESOLUCION DE CONFLICTOS	3	18	62	83
✓ PREPARACION AL RETIRO O VIDA CIVIL			303	303
✓ SENTIDO DE VIDA				
✓ PROYECTO DE VIDA				
✓ SENCIBILIZACION DETENIDOS				
✓ PAUTAS DE CRIANZA		2		22
TOTAL	34	70	1323	1447

**ANEXO D. DIRECCION SANIDAD EJERCITO NACIONAL
SECCION PSICOLOGIA MILITAR**

FORMATO C.R.M. Y SALAS DE REFLEXION

Fecha: _____ Sitio de Reclusión: _____ No. _____

I. FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Ciudad y fecha Evaluación:		C.C	De
Apellidos y Nombres:		Unidad:	Grado:
Lugar y fecha Nacimiento:		Edad:	Estado Civil:
Lugar de Procedencia:		Dirección de residencia:	
Escolaridad:	Teléfono:	Religión:	
Estrato Socioeconómico:		En caso de emergencia avisar a:	

II. SITUACION JURIDICA (INFORMACION ASOCIADA AL DELITO)

- Conoce usted las razones por las cuales ingresa al CRM o SR? SI ___ NO ___ Especifique la razón: _____
- Conoce Ud. cual es su situación Jurídica? SI ___ NO ___ Porque? _____
- Esta Ud. por cuenta de Justicia Penal Militar? SI ___ NO ___ especifique: _____
- Se encuentra en calidad de : a) Condenado () b) Sindicado ()
- Tipifique el delito: _____
- Razones que lo conllevaron a cometer los hechos _____
- Conoce las consecuencias del delito por el que esta siendo implicado si/no cuales _____
- Ha recibido algún tipo de asesoría legal para su defensa? _____
- Se encuentra suspendido de funciones y/o atribuciones? _____
- Que actividad realiza en el penal? _____
- Como se siente usted frente a la imputación del delito _____
- Ha estado detenido anteriormente o implicado en alguna investigación? SI ___ NO ___ especifique: _____

III. ESTADO DE SALUD

Recibe tratamiento Médico y/o Psicológico? Si ___ NO ___ Cual: _____
Recibe tratamiento de Psicología? _____

IV. EVALUACION DEL SISTEMA FAMILIAR

- COMO ESTA CONFORMADA SU FAMILIA (indagar redes de apoyo, posibles áreas de conflicto y ocupación de los integrantes).

FAMILIA EXTENSA O DE ORIGEN:

FAMILIOGRAMA

Datos de la madre:

Edad: _____

Ocupación: _____

Lugar de origen: _____

Tipo de relación: _____

Datos del Padre:

Edad: _____

Ocupación: _____

Lugar de origen: _____

Tipo de relación: _____

FAMILIA NUCLEAR:

FAMILIOGRAMA

Datos de la pareja:

Edad: _____

Ocupación: _____

No. De hijos: _____

Lugar de origen: _____

Tipo de relación: _____

PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACTUALMENTE

APellidos y Nombres	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	TIPO DE RELACIÓN

V. CARACTERISTICAS SOCIOFAMILIARES

a.	Cuenta con el apoyo familiar?	
b.	Existe algún problema actual en su Familia? (Sucesos y estresores familiares recientes)	
c.	Tipo de comunicación.	
d.	Resolución de Problemas.	
e.	Roles y Coaliciones.	
f.	En su familia ha habido casos de enfermedad mental?	
g.	En su familia se han presentado casos de suicidio o intentos de suicidio?	
h.	Algún miembro de su familia consume algún tipo de sustancias psicoactivas?	
i.	Quien establece las normas en su familia?	
j.	Se presenta maltrato intrafamiliar (Verbal, físico, psicológico, sexual)	
k.	Cuántas personas tiene a su cargo?	

VI. HISTORIA PERSONAL

a.	Ha tenido pensamientos, fantasías o deseos de querer morir?	
b.	Ha realizado algún intento de quitarse la vida?	
b.	Se deprime con facilidad?	
c.	Fuma cigarrillo o Consume licor?	
d.	Consume algún tipo de Spa (marihuana, bazuco,)	

VII. HISTORIA INSTITUCIONAL

- FECHA DE INGRESO: _____
- EXPECTATIVA DE INGRESO _____
- ADAPTACION A LA VIDA MILITAR _____
- TIEMPO DE SERVICIO _____
- SANCIONES, CONDECORACIONES _____

- HA TENIDO CONSULTA POR PSICOLOGIA O PSIQUIATRIA _____

UNIDADES ORGANICAS A LAS QUE HA PERTENECIDO:

AÑO	UNIDAD	CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO EN LA UNIDAD	No. DE COMBATES	NO. HOSTIG

VIII. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS Y SINTOMAS FISIOLÓGICOS

1.	Identificar estructura de personalidad y estilos de afrontamiento frente a situación actual (Aplicar la prueba Millon-Minimult o C.A.Q de acuerdo a perfil del Sujeto y/u otras pruebas psicológicas de dominio personal.	Resultados significativos (Tener en cuenta validez y Estado actual del S)
2.	Estado Mental: Funciones de Relación:	Apariencia General: Conciencia: Funciones intelectivas: Esfera afectiva o del humor: Funciones de síntesis (Conducta) Inteligencia, Juicio, Raciocinio.
3	Identificar distorsiones cognoscitivas	
4.	Identificar alteración del sueño	
5.	Alteraciones Sexuales	
6.	Alteraciones del apetito	

IX. EN EL CONTEXTO DEL ESTABLECIMIENTO: (MANEJO DEL ESTRÉS)

<p>Que le es mas dificil soportar en el penal? EJ: Escasez del espacio, la falta de libertad, la presencia de amigos, la distancia de su familia, el paso del tiempo sin tener nada que hacer, la perdida de la intimidad, la insatisfacción de necesidades sexuales, vivir bajo las normas y reglas del CRM o SR?</p> <p>Como lo Maneja? (Mirar resiliencia)</p>	
---	--

X. VIDA EMOCIONAL:

1	Como se siente anímicamente en este momento?	Ansioso ___ Tranquilo ___ Deprimido ___ Triste ___ Temeroso ___ Aburrido ___ Somnoliento ___ Optimista ___ Alegre ___
		A que le tiene miedo? _____ Que le causa mal genio? _____ Que le causa tristeza? _____ Que le causa alegría? _____ Que le causa dolor? _____

XI. CONVIVENCIA EN EL ESTABLECIMIENTO

1	Como es la convivencia con los demás internos?	
2	Como es la relación con la Guardia?	
3	Como es la relación con los demás funcionarios del CRM o SR?	
4	Como es la relación con el Director?	
5	Se presentan riñas? Porque razón?	
6	Existe consumo de S.P.A. en el Penal? Quienes? ¿Como ingresa y quien suministra la droga?	

XII. EN SU OPINIÓN:

1	Los dormitorios asignados son:	
2	La alimentación que recibe es:	
3	El trato que recibe es:	
4	Existe hacinamiento en el penal?	

XIII. TIENE ACCESO A:

1	Servicio telefónico?	
2	Visitas familiares?	
3	Hora de Sol?	
4	Vestuario adecuado?	
5	Agua potable?	
6	Baños en buen estado?	
7	Actividad deportiva?	
8	Al momento que se presenta un problema, se da solución inmediata?	

XIX. EXPECTATIVAS:

1. Que espera del servicio de Psicología? _____
2. En que actividades le gustaría participar? _____
3. Teniendo en cuenta sus habilidades personales, cuales puede aprovechar en su situación actual? _____
4. Cual es su meta personal en el Centro de Reclusión o SR? _____
5. Cuando salga libre, que ha pensado realizar? _____

XX. En su criterio enuncie las tres necesidades mas importantes que está afrontando actualmente:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

XXI. Finalmente, que sugerencia tiene a la Fuerza para el manejo del personal detenido perteneciente al Ejército?

XXII. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

XXIII. RECOMENDACIONES:

XXIV. PLAN DE TRATAMIENTO SUGERIDO:

FIRMA, GRADO Y SELLO DEL PSICOLOGO
Unidad: _____

FIRMA DEL INTERNO

¡ La salud MentalCompromiso de Todos

ANEXO E. PRUEBA DE PERSONALIDAD

INVENTARIO CLINICO MINIMULT.

Nombre _____ Unidad _____ Fecha _____ Edad _____

MINIMULT.		SI	NO	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
1.	Tiene usted buen apetito	SI	NO				N	N	N			N		
2.	Se levanta por las mañanas descansado y como nuevo	SI	NO				N	N	N			N	N	
3.	Hay muchas cosas que resultan interesantes en su vida diaria	SI	NO				S							S
4.	Trabaja usted bajo una tensión muy grande	SI	NO	N							S	S	S	
5.	De vez en cuando piensa cosas demasiado malas, para hablar de ellas	SI	NO				S	IS						S
6.	Sufre de estreñimiento	SI	NO							S			S	S
7.	A veces ha deseado muchísimo abandonar el hogar	SI	NO								S	S	S	S
8.	Tiene a veces exceso de risa y de llanto que no puede controlar	SI	NO		S		S	S	S					
9.	Sufre ataques de náuseas o vómito	SI	NO							S	S		S	
10.	Cree que nadie parece comprenderle	SI	NO	N		N		N	N					
11.	Siente a veces deseos de maldecir	SI	NO		S									
12.	Tiene a menudo pesadillas nocturnas	SI	NO				S	S	S			S	S	
13.	Le cuesta bastante trabajo concentrarse en una tarea o trabajo	SI	NO							S			S	
14.	Ha tenido usted experiencias peculiares y extrañas	SI	NO		S					S	S		S	
15.	Habría tenido más éxito, si los demás no la hubieran tomado consigo	SI	NO							S			S	
16.	Cuando usted era joven participó en algún tiempo en pequeños robos	SI	NO							S			S	
17.	Ha pasado usted períodos de días, semanas o meses en que no podía preocuparse de las cosas porque no tenía ánimo para nada	SI	NO					S					S	S
18.	Su sueño es irregular y desasossegado	SI	NO		S			S	S					
19.	Cuando está con gente le molesta escuchar cosas muy curiosas	SI	NO		N									
20.	Es apreciado por la mayor parte de la gente que lo conoce	SI	NO											S
21.	Ha menudo ha recibido ordenes de alguien que no sabía tanto como usted	SI	NO					S		S		S		
22.	Le gustaría ser tan feliz, como parecen ser los otros	SI	NO			N			N					
23.	Piensa que la mayoría de la gente exagera sus desgracias, para lograr la simpatía y la ayuda de los demás	SI	NO	N	N									
24.	Se enfada algunas veces	SI	NO					S				S		
25.	Le falta a usted confianza en sí mismo	SI	NO				S		S				S	
26.	Tiene molestias a causa de calambres o espasmos musculares	SI	NO							S		S		
27.	Le parece haber hecho algo malo o erróneo la mayor parte del tiempo	SI	NO					N	N	N	N			
28.	Es feliz la mayor parte del tiempo	SI	NO											
29.	Hay algunas personas tan mandonas, que le dan ganas de hacer lo contrario de lo que quieren aunque sepa que tienen la razón	SI	NO		S				N		N	S	S	S
30.	Cree que se trama algo contra usted	SI	NO						N		N			
31.	Cree que la mayoría de la gente utilizará medios algo injustos para obtener un beneficio	SI	NO					S						
32.	Tiene frecuentes trastornos digestivos	SI	NO			N			N					
33.	Frecuentemente ha estado mal humorado sin saber por qué	SI	NO			N				N				S
34.	A veces su pensamiento ha ido más rápido que sus palabras	SI	NO							N	N			
35.	Cree que su vida hogareña, es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conoce	SI	NO	N				S						
36.	Siente a veces que es verdaderamente un inútil	SI	NO				N	N	N					
37.	Durante los últimos años, ha estado sano casi siempre	SI	NO		S								S	S
38.	Ha tenido épocas durante las cuales, ha realizado actividades que luego no ha recordado	SI	NO								S		S	S
39.	Cree que frecuentemente ha sido castigado sin razón	SI	NO		S		S	S	S					
40.	Se ha sentido alguna vez mejor que ahora	SI	NO			S			S	S				
41.	Se preocupa por lo que los demás piensan de usted	SI	NO					N				N	N	
42.	Está bien de memoria	SI	NO			N			N					N
43.	Le cuesta empezar una conversación, cuando conoce a alguien por primera vez	SI	NO				S	S	S			S		
44.	Se siente débil la mayor parte del tiempo	SI	NO				S		S					S
45.	Tiene dolor de cabeza	SI	NO				S		S					S
46.	Ha tenido dificultades, para mantener el equilibrio al andar	SI	NO	S										
47.	Le agradan todas las personas que conoce	SI	NO		S									
48.	Alguien está intentando aprovecharse de sus ideas	SI	NO							N	N			
49.	Le gustaría no ser tan tímido	SI	NO		S									
50.	Cree que sus pecados son imperdonables	SI	NO			N						S		
51.	Frecuentemente se encuentra preocupándose por algo	SI	NO								S			
52.	Han puesto a menudo sus padres reparos a la gente que frecuentaba	SI	NO	N										
53.	A veces chismorrean un poco	SI	NO											S
54.	A veces se siente capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad	SI	NO					S		S				
55.	Nota palpitaciones o se le corta la respiración	SI	NO				N			N				
56.	Se encoleriza fácilmente aunque se le pasa pronto	SI	NO							S		S	S	S
57.	Tiene períodos de desasosiego en que no puede estar sentada mucho tiempo en una silla	SI	NO		S						S			
58.	Sus padres y familiares le encuentran más defectos de los que tiene	SI	NO			N								
59.	Cree que nadie se preocupa por lo que le sucede a los demás	SI	NO						S					N
60.	Culpa a una persona si se aprovecha de otra que se expone a ella	SI	NO			N	N		N					
61.	A veces está lleno de energías	SI	NO					N		N				
62.	Su vista es ahora tan buena como lo ha sido antes	SI	NO					S				S		S
63.	Nota frecuentemente que le zumban los oídos	SI	NO			S						S		S
64.	Ha sentido alguna vez que lo han obligado a hacer algo, hipnotizándolo	SI	NO							N	N			
65.	Ha tenido épocas en las que se sentía más animoso que de costumbre sin que existiese una razón especial	SI	NO				N		N		N		S	S
66.	Incluso cuando está con gente se siente solo la mayor parte del tiempo	SI	NO				N					N	S	S
67.	Piensa que casi todo el mundo diría una mentira para evitar problemas	SI	NO									S	S	
68.	Es más sensible que la mayoría de la gente	SI	NO				N							
69.	A veces su mente parece trabajar más despacio que de costumbre	SI	NO				N							
70.	Le decepciona la gente con frecuencia	SI	NO		S						S			
71.	Ha abusado de bebidas alcohólicas	SI	NO											
Total														

Concepto:

Favorable: _____

No Favorable: _____

K	0.5 k	0.4 k	0.2 k	PD	L	F	K	1 HS	2 D	3 HI	4 DP	6 PA	7 PT	8 ES	9 MA
30	15	12	6	0	2	2	4	2	13	10	0	5	2	2	8
29	15	12	6	1	4	4	5	4	15	11	11	7	4	4	10
28	14	11	6	2	6	6	7	6	16	13	13	8	6	7	11
27	14	11	5	3	8	9	8	8	18	15	14	10	9	10	13
26	13	10	5	4	10	11	10	10	20	16	16	12	11	13	15
25	13	10	5	5	12	14	11	12	22	18	18	14	13	15	17
24	12	10	5	6		16	13	14	24	19	20	15	16	18	18
23	12	9	5	7		18	14	16	26	21	21	17	18	21	20
22	11	9	5	8		21	15	18	28	22	23	19	20	24	22
21	11	8	4	9		23	17	20	27	24	25	21	23	26	24
20	10	8	8	10		25	18	22	31	25	26	22	25	29	25
19	10	8	4	11		28	20	23	33	27	28	24	27	32	27
18	9	7	4	12		30	21	25	35	29	30	26	30	35	29
17	9	7	3	13		33	23	27	38	30	32	28	32	37	
16	8	6	3	14		35	24	29	39	32	33	29	34	40	
15	8	6	3	15		37	26		40	33	35		37	43	
14	7	6	3	16			27		42	35	37		39	46	
13	7	5	3	17					44	36	39			48	
12	6	5	2	18					46	38	40			51	
11	6	4	2	19					48	40				54	
10	5	4	2	20					50	41				57	
9	5	4	2	21						43					
8	4	3	2	22						44					
7	4	3	1	23						46					
6	3	2	1	24						47					
5	3	2	1	25						49					
4	2	2	1												
3	2	2	1												
2	1	1	0												
1	1	1	0	Total											

120	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
VARON					45			30	55		
115										65	
110				35		50	45				40
105					40				50	50	
100						45		25			
95				30	35				45		35
90						40				45	
85			30	25		35	35	20	40	40	
80					30						
75		15				30	30		35		35
70	10				25			15			25
65		10	20			25	25		30		
60											
55		5	15	15	20	20		10	25	25	20
50							20				
45		0	10	10	15				20	20	15
40							15	5			
35	0		5	5	10					15	10
30									15		
25			0					0	10		
20				0							5
0											
				5			4		1	1	2
L	F	K		1	2	3	4	6	7	8	9