

**PROGRAMA CONTROL DE PREVENCIÓN SELECTIVA SOBRE EL CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL RECIEN
INCORPORADO A LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

YESENIA YORLEY BARAJAS SIERRA

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

2010

**PROGRAMA CONTROL DE PREVENCIÓN SELECTIVA SOBRE EL CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL RECIEN
INCORPORADO A LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

YESENIA YORLEY BARAJAS SIERRA

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Trabajadora Social**

**Directora del Proyecto
ADRIANA VEGA MARTINEZ
Trabajadora Social**

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

2010

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido sortear las situaciones difíciles que se me presentaron a lo largo de mi carrera y haberme sabido guiar por el camino más indicado

A mi mami y a mi papi que los amo con todo el corazón y quienes supieron apoyarme en todas las etapas de mi vida, permitiéndome alcanzar este gran logro

A mis hermanos, Karent, Viviana y Cesar por compartir tantos momentos de alegría y tristeza juntos, por su expresiones de amor, cariño, tolerancia y respaldo incondicional cuando más lo necesitaba

A mi novio Aldo quien es mi fortaleza, por brindarme todo el amor, apoyo y comprensión cuando no tenía control sobre mi cuerpo y mi mente

A todos ellos gracias por haberme permitido ser parte de grandes momentos llenos de expresiones de amor y comprensión que quedaran guardados en mi corazón, pero sobre todo por formar parte de mi vida

Gracias!!!

Yesenia Barajas Sierra

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme cada día lograr mis sueños y realizarme como ser humano y profesional

A mis padres por haber aportado enormemente con su amor, apoyo, entrega, orientación y motivación constante durante toda mi vida para que pudiera alcanzar todas mis metas

A mis hermanos y mi novio por sus palabras de cariño aliento, sinceridad, apoyo, pero sobre todo amor que me fortalecieron y me impulsaron a alcanzar todos mis sueños

A mis amigas Ximena, Jennifer, Silvia y Kelly por su amistad, quienes me acompañaron y compartieron grandes momentos de cariño y alegría

A la profesora Adriana por su valiosa orientación y apoyo que permitieron culminar con éxito mi formación profesional

A todas las personas que de una u otra manera aportaron su granito de arena y me permitieron alcanzar este logro en mi vida

Gracias!!!

Yesenia Barajas Sierra

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DESARROLLO DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD	4
1.1 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO MODELO DE INTERVENCIÓN ACTUAL	14
1.1.1 Prevención Primaria.	18
1.1.2 Prevención Secundaria.	19
1.1.3 Prevención Terciaria.	19
2. LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ACTUALIDAD COLOMBIANA	24
2.1 RÉGIMEN DE EXCEPCION CONTEMPLADO PARA LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA	35
2.1.1 Derechos.	42
2.1.2 Deberes.	43
3. EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA (FFMM)	44
3.1 LINEAMIENTOS DE DIRECCIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATEGICA INSTITUCIONAL	47
3.1.1 Misión	47
3.1.2 Visión.	47
3.1.3 Objetivos corporativos	47
3.1.4 Valores corporativos.	48
3.1.5 Principios.	48
3.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA EN SALUD MENTAL (SSFM)	51
3.2.1 Mision del área de salud mental.	51
3.2.2 Visión 2007-2010.	51
3.2.3 Políticas de salud mental de las fuerzas militares.	51
3.2.4 Principios para la acción en salud mental en el SSFM	52

3.3 PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL AREA DE PSICOLOGIA MILITAR (PSICMIL) COMO MEDIO DE INTERVENCIÓN	55
3.3.1 Visión.	55
3.3.2 Misión.	55
3.3.3 Objetivos de la sección de psicología militar	55
3.4 EL SERVICIO MILITAR, CUESTIÓN DE CONCIENCIA U OBLIGATORIEDAD	59
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	74
4.1 ANALISIS SITUACIONAL	74
4.2 DESARROLLO DEL PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN	84
4.3 PLANEACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA QUINTA BRIGADA	87
4.4 EJECUCIÓN	89
4.5 EVALUACIÓN DEL PROCESO	109
5. PROGRAMA CONTROL DE PREVENCIÓN SELECTIVA SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL RECIEN INCORPORADO A LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA	112
5.1 JUSTIFICACIÓN	113
5.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO	115
5.3 MODELO DE INTERVENCIÓN	115
5.4 FASES DE LA PROPUESTA	117
5.5 CRONOGRAMA	132
6. CONCLUSIONES	134
7. RECOMEDACIONES	135
BIBLIOGRAFÍA	136
ANEXOS	140

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo Multidimensional de salud y enfermedad	9
Figura 2. Aproximaciones al modelo Salud – Enfermedad de Leavell y Clarck - 1965	17
Figura 3. Organigrama institucional – 2da división- Quinta Brigada	46
Figura 4. Organigrama de ubicación de Psicología Militar al interior de la Quinta Brigada de Bucaramanga	54
Figura 5. Perfil básico de un joven a incorporar	61
Figura 6. Proceso Metodológico de Intervención	116

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfica 1. Rangos de edad de los Soldados Campesinos (6-09)	64
Gráfica 2. Tipología Familiar de Soldados Campesinos (SLC)	65
Gráfica 3. Nivel de Escolaridad	66
Gráfica 4. Niveles de Básica Primaria	66
Gráfica 5. Niveles de Básica Secundaria	67
Gráfica 6. Desempeño Laboral	68
Gráfica 7. Antecedentes de Consumo	70
Gráfica 8. Tipo de Sustancia consumida antes de prestar el Servicio Militar	70
Gráfica 9. Consumo Activo de SPA	71
Gráfica 10. Consumo activo de Cigarrillo	72

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Muestra Poblacional intervenida	63
Tabla 2. Matriz DOFA	79
Tabla 3. Cruce de Variables- DOFA	83
Tabla 4. Plan de Trabajo No 1	89
Tabla 5. Plan de Trabajo No 2	94
Tabla 6. Plan de Trabajo No 3	98
Tabla 7. Plan de Operativo de Trabajo No 4	101
Tabla 8. Plan de Operativo de Trabajo No 5	103
Tabla 9. Planeación Fase 1	118
Tabla 10. Planeación Fase 2	121
Tabla 11. Planeación Fase 3	126
Tabla 12. Planeación Fase 4	130
Tabla 13. Cronograma Programa Control de SPA	132

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. INVENTARIO CLINICO MINIMULT	140
ANEXO B. CRONOGRAMA DE TRABAJO – PROGRAMA CONTROL SPA FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA	142
ANEXO C. FORMATO DE IMPRESIÓN DIAGNOSTICA FRENTE AL CONSUMO DE SPA	143
ANEXO D. FORMATO DE EVALUACIÓN PERMANENTE AL PROCESO DESARROLLADO	146

GLOSARIO

ATEP: Atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales
BAEEV 7: Batallón Especial Energético Vial “Rodrigo Antonio Arango Quintero”
BAGAL: Batallón de Artillería “Capitán José Antonio Galán”
BAGRA: Batallón de Artillería de Defensa Aérea “Nueva Granada”
BASPC 5. Batallón Apoyo y Servicio para el Combate “Mercedes Abrego”
BICAL: Batallón de Ingenieros “Coronel Francisco José de Caldas”
BILUD: Batallón de Infantería “Coronel Luciano D´elhuyar”
BIRIC: Batallón de Infantería “Capitán Antonio Ricaurte”
BIREY: Batallón de Infantería “Rafael Reyes”
BR5: Quinta Brigada
CIE: Centro de Instrucción y Entrenamiento
CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CRM: Centros de Reclusión Militar
CSSMP: Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional
DISAN: Dirección de Sanidad
DGSM: Dirección General de Sanidad Militar
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.
LP: Línea de Pobreza
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.
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.
SISBEN: Sistema de Información y Selección de Beneficiarios
SLB: Soldado Bachiller
SLC: Soldado Campesino
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.

RESUMEN

TITULO: PROGRAMA CONTROL DE PREVENCIÓN SELECTIVA SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL RECIEN INCORPORADO A LAS FUERZAS MILITARES*

AUTOR: Yesenia Yorley Barajas Sierra**

PALABRAS CLAVES: Promoción y Prevención, Salud Mental, Estilos de Vida Saludables, Ejército Nacional.

DESCRIPCIÓN

El Recurso Humano que integra el Ejército colombiano se caracteriza por ser el principal actor de desarrollo y crecimiento del mismo frente al cumplimiento de su misionalidad en el territorio Colombiano. Por este motivo, se hace necesario centrar principal atención en el fortalecimiento de sus capacidades y aptitudes, con el fin de que cada uniformado que hace parte de la institución castrense, se construya y vislumbre como un ser capaz de lograr el propio desarrollo de su existencia en relación a su integralidad y su compromiso institucional con el Ejército Nacional.

Partiendo de este contexto, la intervención de Trabajo Social en el Ejército Nacional con Zona en la Quinta Brigada de Bucaramanga, estuvo orientada a la prevención de factores de riesgo, y promoción de estilos de vida saludables asociados a la capacidad de respuesta y adaptación del personal recién incorporado a las filas de la milicia, desarrollando un proceso de planeación coordinación, dirección y ejecución de un programa preventivo, que permitió la aplicación de técnicas y metodologías de intervención de carácter participativo, que promovieron una involucración real del personal en el proceso desarrollado y un alcance de los objetivos profesionales planteados en relación al proceso ejecutado.

Por consiguiente, el trabajo desarrollado durante la intervención profesional estuvo orientado a ampliar la posibilidad de encontrar sentido en medio de la condición en que se vive y por lo tanto, a explorar la capacidad de respuesta de los seres humanos en un espacio determinado.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora Adriana Vega Martínez

SUMMARY

TITLE: SELECTIVE PREVENTION CONTROL PROGRAM ABOUT THE CONSUMISN OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE RECENT INCORPORATED PERSONEL TO THE COLOMBIAN MILITARY ARMY*

AUTHOR: Yesenia Yorley Barajas Sierra**

KEY WORDS: Prevention and Promotion, Mental Health, Healthy Life Styles, National Army.

DESCRIPTION

The Human resource that integrates the Colombian Army is characterized by being the major developmental and growth actor regarding to the fulfillment of its mission in the Colombian territory. For this reason, it is necessary to make the focal point the strengthening of its attitudes and capacities. Thus, the purpose is that every soldier that belongs to the military institution grows and becomes a person capable of achieving the development of his own existence; this development is in relation to the integrity and institutional commitment with the National Army.

Regarding to this, based on the context, the intervention of the Social Work in the National Army in the Quinta Brigada Zone in Bucaramanga was oriented towards several issues: the prevention of risk factors, and the promotion of healthy life styles related to the capacity of adaptation and answer of the personnel recently incorporated to the militia lines; this process was done by developing a planning, coordination, direction and execution process of a preventive program. This program, allowed the implementation of methodological intervention and techniques of a participative character; this, promoted a real involvement of the personnel in the developed process and the achievement of the professional goals set in relation to the process executed.

Consequently, the work developed during the professional intervention was targeted to broaden the possibility to find a sense in the middle of the condition they live. And therefore, to explode the capacity of response of the human beings in a particular environment.

* Graduation Project

** Human Sciences Faculty. Social Work School. Directora Adriana Vega Martinez

INTRODUCCIÓN

La realidad Colombiana está atravesando por cambios sociales en relación a los conflictos armados que se generan y desarrollan en todas las esferas de la sociedad. La búsqueda de soluciones al mismo ha conllevado a cambios continuos en la dinámica de la población, generando un trasfondo sociocultural de daño no solo a la salud física de las personas sino a la salud mental de los mismos, afectando seriamente la capacidad resistencia, de adaptación, de recuperación y de un desarrollo psicosocial adecuado.

Principalmente, la población que está más expuesta frente a un contacto directo con el conflicto colombiano y quienes pueden ser en su mayoría gravemente afectados en su estado anímico, personal, familiar, social y psicológico son los uniformados que luchan por una causa de protección y recuperación del territorio nacional. Sin embargo, la existencia de una dinámica conflictiva no solo se vivencia en la relación que se tiene de cercanía con el mismo, sino en cualquier relación social e interpersonal que todo ser humano puede establecer con otro.

De acuerdo a lo anterior, es necesario, que los seres humanos estén en las condiciones adecuadas de poder enfrentar esos desafíos y dificultades a través del fortalecimiento de su capacidad mental y conductual, que posibilite una transformación personal la cual trascenderá y configurará una convivencia pacífica a nivel familiar, grupal, social y cultural, facultándolo para elegir y direccionar su propia existencia.

Es en este escenario que el Ejército Nacional busca consolidar su crecimiento y desarrollo humano con fines de protección nacional, misión que se les ha encomendado y que direcciona su accionar institucional. La búsqueda de estrategias de intervención profesional de Trabajo Social frente al personal militar,

orienta una dinámica de trabajo relacionada a la Promoción y Prevención de factores de riesgo que puedan afectar la salud mental de los uniformados y su capacidad de respuesta a situaciones o eventos cotidianos. Es imprescindible desarrollar programas orientados a la capacitación y potencialización de las capacidades humanas del personal militar, que les permita no solo cumplir con los objetivos misionales de la organización, sino que los posibilite a fortalecer su desarrollo integral como seres humanos que luchan y protegen la patria nacional.

Partiendo de lo expuesto anteriormente, se dio inicio al proceso de intervención de Trabajo Social al interior de la Quinta Brigada de Bucaramanga en el mes de Abril del año 2009 hasta el mes de Agosto del año 2009 y por consiguiente, su accionar estuvo focalizado en la protección y recuperación del desarrollo integral de los jóvenes uniformados que hacen parte de la institución castrense, fundamentado en la promoción y prevención de la salud mental en relación a los estilos de vida saludables como pautas de orientación y educación frente a un nuevo estilo de vida y contexto de inmersión durante un tiempo de duración considerable.

De esta manera, el lector podrá encontrar dentro del primer capítulo de sustentación, la relación existente entre los procesos que se gestan en el desarrollo de la salud versus la enfermedad y los modelos de prevención y promoción como guías al accionar profesional, proporcionando un marco teórico que permite comprender y concebir la existencia del hombre en la sociedad actual.

En un segundo capítulo, contextualiza la experiencia a partir del Sistema de Seguridad Social que rige la realidad Colombiana y su respectiva adjudicación a la ley 100 de 1993 como norma rectora del sistema de salud colombiano, así mismo; se hace especial énfasis en el Régimen de Excepción de las Fuerzas Militares en lo que respecta a su direccionamiento, derechos y deberes para quienes se encuentran adjudicados al mismo.

El tercer capítulo se centra en la caracterización de la experiencia, haciendo énfasis en los lineamientos rectores de la Institución Militar, así como la plataforma estrategia en Salud Mental y Psicología Militar como bases de acción para la intervención Profesional, seguidamente se presenta la caracterización de la población intervenida, por cuanto las mismas dan a conocer la estructura social a nivel de personal que presenta la institución, por ser este el foco de intervención profesional. Más adelante, se procede a hacer un recuento del proceso de práctica desarrollado al interior del medio militar, componiéndose de un análisis situacional, planeación, ejecución y evaluación del mismo proceso a nivel profesional e institucional.

Finalmente se culmina el informe con una propuesta de intervención orientada al personal recién incorporado a la Fuerza Militar, por ser el mismo un grupo de vulnerabilidad frente al cambio de contexto social, para el cual se llevara un programa control de prevención frente al consumo de Sustancias Psicoactivas basado en el fortalecimiento de la capacidad de resistencia y adaptación a una nueva etapa de la vida, mediante una metodología de trabajo educativa participativa que permita el involucrar de manera real al grupo de trabajo.

1. DESARROLLO DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

Cuando la salud está ausente, la sabiduría no puede revelarse, el arte no se manifiesta, la fuerza no lucha, el bienestar es inútil y la inteligencia no tiene aplicación.

Herófilo (382-322 a. C.)

A través del tiempo el concepto de salud ha sufrido constantes modificaciones de acuerdo al presupuesto básico con que es definido, el contexto en el cual se construye y por último los ideales de vida que cada ser humano considera como únicos de Bienestar y dignos de alcanzar; sin embargo, el término salud no obedece a un concepto universal, estático o circunstancial el cual puede ser medido o cuantificado de acuerdo a la necesidad, se trata de un concepto activo, relativo, dinámico que descifra el valor atribuido por el ser en una época o espacio sociocultural determinado y que trasciende en el tiempo evocando la cultura y los segmentos sociales que lo construyeron.

Desde el inicio de los tiempos los Clásicos ya buscaban una definición de la palabra salud, la cual proviene del latín y significa **salus** y **salvatio** que se traduce en “estar en condiciones de superar un obstáculo”, a partir de estas palabras latinas se derivan las equivalentes castellanas: salud y salvación como significado original de la definición de salud, la cual permite obtener una regla general según Tomás de Aquino: salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo¹; es decir, que permite superar todas las dificultades que se presentan en el diario vivir. Por consiguiente, si un organismo está sano se encuentra facultado para superar dichas dificultades, a diferencia de un organismo enfermo, que se halla en problemas difíciles puesto que puede llegar al deterioro y/o pérdida de su individualidad como ser vivo, entendiéndose por enfermedad como

¹ Tomás de Aquino. *Summa Theologiae*, I-II^o, q. 50, a. 1, c.

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.

Sin embargo, el término salud en la actualidad no se encuentra relacionado con el significado del cual se apropiaron los clásicos “superar una dificultad”, considerada como una condición ideal y totalizante del ser, de manera que surgieron infinidad de definiciones pero que solo unas pocas pueden generar un impacto concordante y profundamente relacionado con un concepto global de salud; debido a que este siempre tendrá una visión utópica, ideal, creativa o inalcanzable. Todos estos obstáculos hacen que tal vez nunca se pueda llegar a definir integralmente el concepto de salud pero que si se pueda aproximar al mismo.

A simple vista, la salud es considerada como un estado óptimo del cuerpo en relación con la mente, independientemente del punto de vista del cual pueda ser visto. No obstante, los seres humanos siempre han buscado alcanzar el máximo de sus intereses, dando explicaciones iniciales a la salud como la diferencia de un estado de bienestar y otro de malestar, en donde uno no puede convivir en relación con el otro pues son excluyentes entre sí. Por tanto, clásicamente en la antigüedad se tenía el precepto de que la salud era la contraposición a la enfermedad. Así, mientras la salud significaba un “estado del ser orgánico que ejerce normalmente las funciones”, la enfermedad hace alusión a la “alteración más o menos grave de ese estado de bienestar²”

De acuerdo a lo anterior, es evidente una visión pragmática del hombre en relación con su ejercicio diario; estar sano era equivalente al poder desarrollar actividades cotidianas, tener capacidad de trabajar, relacionarse socialmente y familiarmente aunque se padeciera de algunas enfermedades o dolencias como

² 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 2009]. Disponible en Internet: <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/index.htm>

eran consideradas antes; de manera que se hacía compatible la definición de bienestar con enfermedad siempre y cuando esta no interfiera de manera decisiva en la actividad ordinaria del hombre y sus vínculos socio laborales. No obstante, esta esquematización de la salud no puede ser considerada válida, puesto que no permite el desarrollo integral del ser humano en todas sus esferas de acción, limitando e integrando un bajo nivel de bienestar físico, mental y social (integral) como una normalidad y solo tomando conciencia cuando se tiene una pérdida gradual de la salud y un estado crónico de malestar.

En consecuencia a esta concepción, se construye un Modelo biológico que influyó significativamente en el concepto pragmático de salud y enfermedad que se tenía, primando criterios de objetividad y validez junto al desarrollo de las ciencias naturales, en donde se integraron simultáneamente las variables biológicas y físicas que intervenían fuertemente en el cambio de un estado de bienestar a otro de malestar. En cierto modo, estos avances permitieron tener una visión más global del proceso que se desarrollaba de salud- enfermedad, pero este no era suficiente debido a su doctrina determinista de causalidad simple en este binomio. Así, que no solo se centró la atención en la biología humana como un actor principal en este proceso sino que se integraron los ámbitos donde el ser humano permanecía inmerso; teniéndose en cuenta no solo los aspectos biológicos y físicos sino los económicos, políticos y sociales relacionados con la salud, pasando de un modelo causal a un marco de procesos multicausales integrando las variables biomédicas, psicosociales, políticas y ecológicas.³

Es así, como a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, se empieza a construir una idea de salud ligada al concepto de desarrollo en relación con las condiciones de vida y el estado de bienestar del individuo, surgiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS- en “La Carta Magna de Salud”, el

³ VÉLEZ, A. Conceptos básicos del proceso salud enfermedad. Vicerrectoría Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales: Fondo Editorial monografías Universitarias; 1990.

cual fue puesto en vigencia el 7 de abril del año 1949 “La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o la enfermedad”,⁴ esta definición jugó un papel fundamental en la concepción que se tenía de salud debido a que incluyó aspectos relevantes de la vida del hombre, como lo es su esfera de acción y desarrollo en una sociedad en la cual se encuentra directamente inmerso. Así, la salud dejó de depender únicamente de factores sanitarios a integrarse en el mundo social, impulsado como un derecho de vida y de dignidad de todos los seres humanos en condiciones de igualdad y reconocimiento.

Esta visión sistémica que se atribuye a la salud, propicia el resultado de la interacción y adaptación entre los individuos, el medio ambiente físico y el espacio social, derivando otros aspectos como lo son la calidad de vida de las personas inmersa en esos espacios tanto individuales como colectivos que contribuyen a un fortalecimiento o deterioro de los factores psicológicos, afectivos, sociales, cognitivos y espirituales que tiene cada ser, o en otro caso podríamos considerar que “la salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado” según René Dubos en el año 1956. De cualquier modo, es de considerar que la salud siempre va a estar condicionada por aspectos subjetivos y objetivos dignos de control en unos casos y en otros no, pero que también dependerá de aspectos externos al individuo que intervendrán de manera considerable en su bienestar y calidad de vida.

Sin embargo, es indudable que el concepto de la OMS dio grandes avances a lo que se conocía como salud, aun con algunas limitaciones que presentaba la misma como el sentido de “completo” el cual según muchos autores es una

⁴ OMS. Glosario, Promoción de la salud. Ginebra, 2001. OMS. [En línea]. Octubre, 2006. [Citado en Octubre de 2009] Publicado en internet en: <<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> >

expresión absoluta la cual no puede ser alcanzada. De acuerdo a esto, en el año 1975 el famoso salubrista norteamericano Millón Terris propone eliminar el precepto de “completo” concluyendo que “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o de enfermedad”⁵, introduciendo un aspecto objetivo que es la capacidad funcional de cada ser vivo y un aspecto subjetivo que es sentirse bien.

En general, en el mundo siempre van a existir diferentes concepciones de salud y unas se van a considerar más acordes que otras. No obstante, en la actualidad se debe entender la salud como un proceso sistémico, dinámico y ecológico que permita al hombre interactuar y adaptarse a su medio social, cultural, físico, político y económico, desarrollando sus potencialidades con el fin de propiciar mejores condiciones de vida en un espacio social determinado.

Es importante considerar que la salud y la enfermedad forman un proceso continuo donde no existe una separación absoluta de la una con la otra, pero que hasta cierto punto existen unos factores que determinan que los niveles de salud aumenten o se desmejoren. Estos determinantes de la salud son factores que influyen en la salud individual de cada persona, que interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población y por consiguiente tienen un gran impacto en el bienestar individual y social.⁶

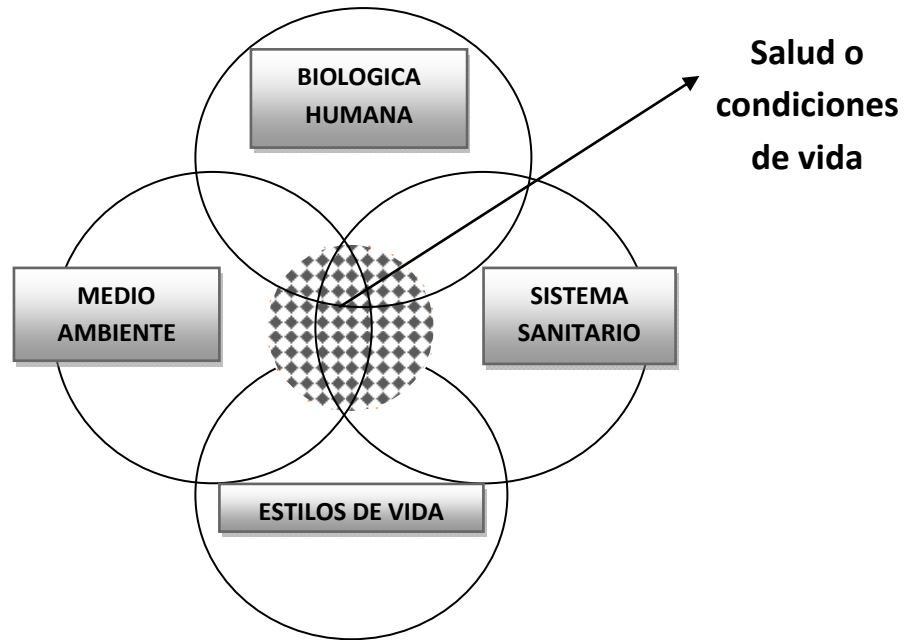
Para tener una idea más clara se presenta el modelo de Marc Lalonde propuesto en el año 1974, en donde plantea la necesidad de intervenir en el proceso que se genera de salud-enfermedad a través de cuatro factores claves que inciden directamente en ello, como lo son: el sistema sanitario o de organización de la

⁵ TOLEDO CURBELO, Gabriel. Fundamentos de Salud Pública. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2005

⁶ CASTRO, M. Calidad de vida y promoción de la salud. En Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2001.

atención en salud, la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida que tienen las personas. (Véase la Figura 1)

Figura 1. Modelo Multidimensional de salud y enfermedad



Fuente: Lalonde. Canadá 1974. O.P.S.

Estos conjuntos o determinantes del proceso de salud deben ser abordados desde una perspectiva sistémica, que permita la interacción de unos con los otros y que puedan ser dignos de modificación como es en el caso de Lalonde que considera a la salud como un campo multidimensional y difuso resultante de la variable entre dos universos: el mundo interno (individuo) y los múltiples entornos en los que las personas desarrollan su vida cotidiana , pudiendo decir que hay factores que condicionan las posibilidades de estar en salud o enfermedad. De acuerdo al autor (Lalonde), estos factores se agrupan y definen de la siguiente manera:

- **El Medio Ambiente:** Los factores que afectan al entorno del hombre influyen decisivamente en su salud y son, conforme los resultados de las más recientes investigaciones, los de mayor impacto sobre la misma. En el medio ambiente se identifican factores relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente el social. En el **ambiente natural** los de mayor repercusión sobre la salud se derivan de la contaminación ambiental, sea esta por factores biológicos (microorganismos), físicos (radiaciones, ruidos), químicos (plaguicidas, metales pesados) y los cambios climáticos. Entre los **Sociales** se destacan las condiciones de vivienda y trabajo; el nivel de escolaridad; el nivel de ingresos económicos y las pautas culturales.
- **Los estilos y hábitos de vida:** En las últimas décadas ha surgido importante evidencia de que los comportamientos y hábitos de vida pueden condicionar negativamente la salud. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social. Entre ellos la inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, conductas de riesgo en sexualidad entre otros. Los hábitos de vida sanos o insanos son uno de los principales condicionantes en el proceso de salud-enfermedad. La mejora de los mismos debe conducir a una mejora en el estado de salud de los individuos y por ende de la población.
- **El sistema sanitario,** entendiéndolo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, etc., viene condicionado por variables tales como accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, buena praxis, cobertura, etc.. En los países desarrollados el crecimiento del sector ha sido notable en las últimas décadas y ha tenido una influencia decisiva en los niveles de salud de la población, aunque estudios demuestran que esfuerzos mucho mayores en estos determinantes no lograrían ya el efecto proporcional en salud esperado.
- **La biología humana,** condicionada por la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años que abren unas perspectivas no conocidas hasta ahora, que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas demandarían.⁷

⁷ ACEVEDO, G.; Martínez,D.; y UTZ, L. Manual de Medicina Preventiva y Social. La salud y sus determinantes. [En línea].[Citado en Octubre de 2009]. Disponible en internet: < [http://www.mp.fc.m.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%201%20La%20Salud%20y%20sus%20Determinantes%20\(Final\).pdf](http://www.mp.fc.m.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%201%20La%20Salud%20y%20sus%20Determinantes%20(Final).pdf)

Es en este sentido que se debe reconocer al hombre como un ser vinculado a las múltiples dimensiones de la realidad social actual y que por la misma adopta comportamientos que en muchos casos son benefactores y en otros solo maximizan las causales de los males sociales e individuales. Debido a esto, se hace importante comprender, analizar y captar la dinámica humana en el constante vínculo que mantiene con los entornos socioculturales, políticos y ambientales, ya que van consolidando e instaurando comportamientos que responden a las necesidades sentidas y a las exigencias demandadas por los mismos.

Esta perspectiva de los determinantes supone una comprensión integral del ser humano y su estrecha relación con los diferentes entornos en los que se desenvuelve su vida cotidiana, así como los múltiples elementos presentes en los niveles individuales (persona), particulares (poblaciones, grupos, comunidades) y generales (sociedad) que caracterizan los estilos, las condiciones y los modos de vida de las poblaciones, que son capaces de configurar perfiles de protección y deterioro de la salud y por lo tanto definir las formas de enfermar - morir de las poblaciones en las que se encuentran presentes.⁸

Sin embargo, el ser humano no puede ejercer un control total sobre todas las variables que intervienen fuertemente en el proceso de salud-enfermedad y debe adoptar comportamientos adaptativos y positivos que le permitan desarrollar habilidades para la vida para abordar con eficacia las exigencias y desafíos diarios que se le presentan y al mismo tiempo poder modificar conductas o comportamientos que influyen en la salud. El desarrollo de estas habilidades es de carácter personal e interpersonal, físicas y cognitivas que permiten a las personas

⁸ OSORIO, Salua. Salud ambiental y entornos saludables en Colombia. Publicado el 03 de agosto de 2009. [En línea]. [citado en Octubre de 2009]. Disponible en internet: <
http://www.pnud.org.co/img_upload/61626461626434343535373737353535/Contexto%20Asentamientos%20y%20entornos%20saludables.doc>

controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad de vivir con su entorno para lograr que este cambie.⁹

Es indispensable centrarse en los estilos de vida de la sociedad como un determinante clave y controlable por los individuos, que predisponga a mejorar el estado de salud y a propiciar mejores condiciones de vida, entendiéndose por ello como los patrones de comportamientos identificables en donde el hombre puede decidir hasta cierto punto, si adoptar o rechazar y que pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo como en la de otros. Estos patrones de comportamiento que regulan de cierta forma la salud de las personas se encuentran determinados por la interacción entre las diferentes características individuales de cada ser, los vínculos sociales que este mantiene con su mundo exterior y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales por las cuales se encuentra regulado y sometido. Es así, como un estilo de vida se convierte en un modo de vida individual en donde el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares; sometiendo sus comportamientos a situaciones sociales que hacen que estos no permanezcan fijos, sino que se encuentren sujetos al cambio.

El ser humano como persona racional debe aprender a identificar en sus hábitos de vida los factores protectores que contribuirán a fortalecer su salud y que le permitirán desarrollarse en un entorno multidimensional con las capacidades tanto físicas como cognoscitivas, que contribuyan a fortalecer comportamientos responsables, con el fin de erradicar aquellos comportamientos nocivos que atentan contra la salud individual y social de una cultura, grupo, comunidad o sociedad. Por lo tanto, es muy importante resaltar que no existe un estilo de vida “óptimo, deseable o perfecto” al que puedan adoptar o incorporar a sus vidas las personas, ya que este depende mucho de las condiciones y formas de vida que tengan las mismas. No obstante, cada ser humano debe tomar conciencia sobre la

⁹ Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas, OMS, Ginebra, 1993.

importancia de incorporar hábitos protectores de la salud, con el objeto de proporcionar mejores condiciones de vida no solo individuales sino sociales que contribuyan a mejorar su calidad de vida con un ideal de seres humanos saludables.

Por otra parte, no hay que olvidar que el adquirir un determinado comportamiento obedece a un proceso de enseñanza - aprendizaje y por consiguiente, a la repetición del mismo, en donde se acoplan al diario vivir de manera gradual y dinámica, convirtiéndose en un hábito de vida. Es por esto, que muchos comportamientos negativos se vuelven parte de la vida de los seres humanos como es el caso del tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) que entran a formar parte de las conductas negativas o factores de riesgo que atentan contra la salud y el desarrollo integral de los seres humanos.

La adquisición de estos hábitos tóxicos, en especial la adicción a estupefacientes o sustancias Psicoactivas (SPA), se desarrolla a través de la cultura de los seres humanos, así como por factores educativos, motivacionales, individuales, familiares, institucionales, de contexto, las influencias sociales y las creencias que pasan a ser componentes que intervienen fuertemente en la conducta del ser ya sea de manera negativa o positiva. Por consiguiente, a mayor número de factores de riesgo asociados a las drogas, mayor es la probabilidad de caer en el consumo; ya que la combinación de estas causales tiene un efecto acumulativo e interdependiente, en donde la activación de un factor de riesgo puede traer la inclusión de otro, aumentando la probabilidad de que los seres humanos adquieran y acoplen conductas negativas a su estilo de vida y las vuelvan propias de su vida cotidiana.

Debido a lo anterior, se hace importante buscar alternativas efectivas que permitan la elaboración de estrategias que ratifiquen la intervención desde un modelo

preventivo y no curativo sobre los factores de riesgo que influyen de manera directa e indirecta en el proceso de salud de las poblaciones, modificando comportamientos y dirigiendo procesos que fortalezcan la capacidad de autocontrol y manejo de situaciones controlables, con el fin de evitar la exposición y el daño que se puede generar durante el proceso salud – enfermedad al cual se encuentra sujeto el individuo. El lograr promover comportamientos y conductas responsables con un ideal de vida sana, a través de métodos de intervención temprana que permita establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable; como aspiración de bienestar y calidad de vida de índole individual y colectivo, constituye uno de los focos principales de la Prevención y Promoción de la salud Pública en estos tiempos.

El hablar de Promoción y Prevención de la salud en los diferentes niveles de atención: primario, secundario y terciario, lleva a los organismos encargados de la salud pública a modificar el ideal de curar por el de prevenir la enfermedad, abriendo paso a la instauración de programas y proyectos en salud diseñados para tal fin, con el objeto de intervenir de una manera más eficaz y con mejores resultados. Es aquí, donde se abre paso a los nuevos modelos preventivos que comienzan a ser aplicados de manera masiva y que tienen un enfoque educativo que permite el desarrollo pleno de las capacidades psicológicas, biológicas, psíquicas y sociales de todos los individuos, en lo que se refiere al refuerzo de estrategias y habilidades para enfrentar los problemas, así como de las capacidades y habilidades interpersonales.

1.1 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO MODELO DE INTERVENCIÓN ACTUAL

En la actualidad la Salud Pública constituye la representación de la sociedad organizada en pro de un bienestar integral y mejores servicios de salud que aporten a mejorar la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, el apoyo

del Estado y de las instituciones de carácter público y privado se convierte en un impulso en materia de salud que permita mejorar, promover, restaurar y prevenir los riesgos en salud de las poblaciones, con el fin de abarcar todas las dimensiones colectivas de la misma.

De acuerdo a lo anterior, Milton Terris Propone en 1990 un concepto de salud pública que se construye en base al reconocimiento de los procesos y problemas colectivos de la enfermedad como un problema no solo individual sino institucional, entendiendo por esta como "La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"¹⁰.

Es así, como la salud pública se ha convertido en un concepto social y político destinado a mejorar la salud de la sociedad, a prolongar e incrementar la calidad de vida de las poblaciones, mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.

Hablar de **promoción** de la salud permite vislumbrar los procesos de control que pueden ejercer las personas para incrementar o mantener su salud, concibiéndose como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar sus impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su

¹⁰ OP. Cit. ACEVEDO, G.; Martinez,D.; y UTZ, L. p. 21.

control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla a través de la participación activa de la sociedad.¹¹

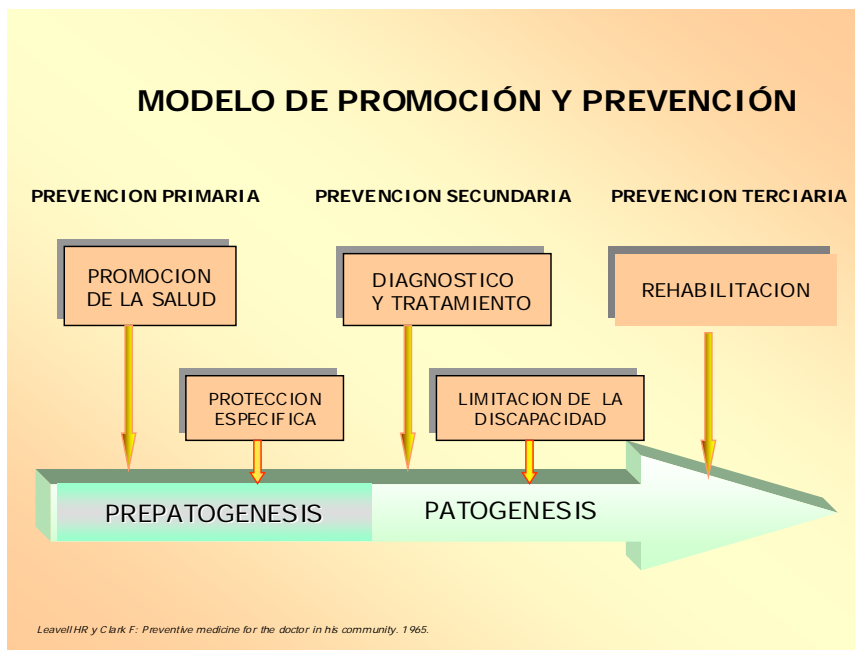
Por consiguiente, es necesario promover la responsabilidad social, incrementar el empoderamiento de los individuos, expandir las inversiones para el desarrollo de la salud, promover espacios educativos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud , que permita un desarrollo de la salud y una participación efectiva de la comunidad en pro del mejoramiento del bienestar de las personas y las comunidades, con acceso a los servicios de salud y sus diferentes niveles de atención, con el fin de prevenir o disminuir el daño causado por la enfermedad.

De acuerdo al modelo de Leavell y Clark, se puede comprender el proceso que se gesta del desarrollo de la enfermedad y como se da la predisposición al daño de la salud de los seres humanos, así como las formas de contrarrestar la enfermedad de acuerdo a los diferentes niveles de **prevención**, entendiendo por esta como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida¹². (Véase figura 2.)

¹¹ Carta de Ottawa para la promoción de la salud, OMS, Ginebra. 1986.

¹² OP Cit. Carta de Ottawa. P 26.

Figura 2. Aproximaciones al modelo Salud – Enfermedad de Leavell y Clark - 1965



Fuente:<http://guajiros.udea.edu.co/Eva/Recursos/Diapositivas/Proceso%20salud-enfermedad.ppt>.

El modelo de prevención y promoción, evidencia los tres niveles de atención que se manejan en la prevención de la enfermedad y las diferentes etapas de esta, como forma de resolución del proceso que se gesta de la salud- enfermedad. Por consiguiente, se hace necesario profundizar en el proceso de resolución de la enfermedad y consecutivamente en los niveles de prevención acordes para cada una.

El proceso de resolución de la enfermedad constituye un proceso dinámico que ésta condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su salud, siendo susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo, a través de la identificación de los agentes causales y los factores de riesgo que afectan al huésped. A partir de esto es claro distinguir tres periodos de gestación de la enfermedad:

1. Prepatógeno: se inicia con la exposición a factores de riesgo o agentes causales de la enfermedad.

2. Patogénico: se presenta en dos fases: la inicial o asintomática en que la persona aún no tiene ninguna manifestación de su enfermedad, y la segunda o sintomática en donde la persona ya tiene alteraciones orgánicas evidenciándose como signos y síntomas de la enfermedad.

3. Resultados: consecuencias del avance, detención o consecuencias de las alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales que se expresan en muerte, incapacidad, cronicidad o curación.¹³

Estas tres etapas en las cuales se centran los niveles de prevención como estrategias de acción frente a la enfermedad, toman como centro al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, interrelacionando la promoción y la prevención como un método de intervención profesional. Por lo anterior, se dice que la prevención implica promover la salud, así como tratar oportunamente la enfermedad, evitando el daño y las secuelas producidas por el avance de la misma, mediante sus diferentes niveles de intervención, los cuales responden al proceso creciente que se genera de la enfermedad. De acuerdo a lo anterior, seguidamente se presentan los diferentes niveles de atención-prevención en materia de salud.

1.1.1 Prevención Primaria. Es el conjunto de acciones destinadas a impedir la aparición o el riesgo de la enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de ocurrencia. En este, se actúa durante el periodo pre-patogénico, modificando los factores de riesgo y previniendo la acción de los agentes etiológicos con el fin de prolongar la vida física y mental de las personas.¹⁴

Las acciones de prevención primaria enfatizan la **promoción** y educación para la salud, con el fin primordial de incrementar el estado de concientización personal en cuanto a las diversas condiciones patológicas (enfermedades), de manera que las personas opten por la práctica de comportamientos/estilos de vida saludables

¹³ REDONDO ESCALANTE, Patricia. Prevención de la enfermedad. Centro de Desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social, Universidad de Costa Rica. Salud Pública. 2004.

¹⁴ VÉLEZA. Alba Lucía. Conceptos Básicos del Proceso Salud-Enfermedad. Universidad de Caldas, Manizales.1990.

que sirva de ejemplo ante los demás¹⁵. De igual forma, este nivel de prevención toma como referente **la protección específica** del individuo, con el fin de generar una detección y atención temprana de la enfermedad como foco de interés por parte de la salud pública, a fin de generar un impacto mayor en sus acciones de intervención.

1.1.2 Prevención Secundaria. Consiste en acciones destinadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase patogénica. En esta fase se da el diagnóstico y tratamiento oportuno para contrarrestar la incapacidad que pueda llegar a producir la enfermedad.

Se entiende por **Diagnóstico** y **Tratamiento** como la identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente, de su localización y su 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 síntomas¹⁷. Es así, como este segundo nivel pretende restablecer la salud, a través de una atención inmediata que evite el acelerar o desarrollo completo de la misma.

1.1.3 Prevención Terciaria. Se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática aguda, crónica, o de secuelas. Incluye el tratamiento y la rehabilitación de una

¹⁵ LONPAGUETI, Edgar. El concepto de salud. [En línea] publicado en el año 2000. [citado en Noviembre de 2009] Disponible en internet e: < <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaAcc.html>>

¹⁶ BLANCO, Jorge. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, 1997.

¹⁷ Ibit., Pág. 30.

enfermedad y de sus secuelas, disminuyendo o impidiendo la progresión de las mismas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.¹⁸

En relación con la **prevención terciaria**, es fundamental resaltar lo importante que es el control y seguimiento del enfermo, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los efectos adversos ocasionados a su organismo a consecuencia de su enfermedad; facilita la adaptación de los enfermos a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad¹⁹. Aquí la **rehabilitación** del paciente constituye el foco central de acción, debido a que busca la readquisición de la actividad funcional perdida a causa de la incapacidad y que de esta manera, pueda la persona reintegrarse a la sociedad.

Todos los tres niveles de prevención mencionados anteriormente buscan según su nivel, mejorar el estado de salud de la población en general, ya sea a corto, mediano o largo plazo, pero siempre dando respuesta a los factores de riesgo identificables a los cuales se encuentran expuestas las personas y las poblaciones. Estos factores de riesgo generalmente se encuentran relacionados con las conductas de riesgo de los individuos y la modificación de estos es uno de los principales objetivos de la prevención de la enfermedad.

En el campo de la salud siempre se van a buscar explicaciones causales que produzcan un suceso de enfermedad, no obstante ante la difícil tarea de encontrar una única causa de los males de la sociedad se comienza a hablar de los **factores de riesgo**, que determinan la probabilidad mayor o menor que se tiene de enfermar, mas no la razón principal de la misma. Por lo tanto, el concepto de factor de riesgo es una noción estadística, que no permite formular previsiones exactas respecto a la salud o la enfermedad de una persona o grupo. El riesgo es

¹⁸ GARCIA OSPINA, Consuelo. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención básica. Departamento de Salud Pública. Caldas, 1998.

¹⁹ OP. Cit. REDONDO ESCALANTE. p. 28.

siempre una “probabilidad” de que aparezca un acontecimiento de un individuo o grupo de individuos y los “factores de riesgo” son las variables de todo tipo asociadas al riesgo²⁰. Estas variables se encuentran relacionadas con los acontecimientos sociales, culturales, familiares, psicológicos, ambientales, culturales, económicos, biológicos etc., que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un problema.

Sin embargo, los seres humanos deben aprender a identificar los **factores protectores** que contrarresten el efecto de los factores de riesgo, entendiéndose por estos como aquellos que cumplen una función beneficiosa o de protección en el estado de salud del individuo, ayudándolo a su adaptación al ambiente físico y social. Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas. Son factores que reducen el impacto del riesgo en la conducta del individuo y que lo motivan al logro de las tareas propias de esta etapa del desarrollo. Los procesos protectores tienen que ver con la manera como enfrentan las situaciones y cambios en la vida²¹, por lo mismo, el conocimiento de estos factores tienen como finalidad el aprender a manejar, controlar o reducir la exposición a factores negativos y prevenir de esta forma los problemas de salud.

Es así, como las instituciones de la salud y la población en general debe dirigir esfuerzos para actuar de manera colectiva con el fin de promover el desarrollo y bienestar tanto de la persona sana como enferma, buscando no solo el bienestar físico sino mental de los seres humanos ya que el cuerpo es el medio por el cual la mente se desarrolla y ejerce sus funciones como ser individual, familiar y social, por tanto, si la mente y el cuerpo se encuentran en un equilibrio, existe el

²⁰ Concepto de salud; evolución y Tendencia. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009] Publicado en internet en: <<http://www.inde.edu.uy/posgrado/cursos/curso1/cerrado/consalu.doc>>

²¹ Hidalgo, C. y Carrasco, E. Salud Familiar: un modelo de Atención Integral en APS: “Factores de protectores y riesgo familiar”. 1999. [En línea] Publicado en internet:< <http://enfermeria-online.blogspot.com/2008/02/factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html>>

bienestar integral, pero es tan importante tener una buena salud mental si el cuerpo se encuentra sano.

Es indispensable que los seres humanos no solo centren sus esfuerzos a prevenir la enfermedad física sin una orientación de bienestar mental, que permita al individuo funcionar de manera completa en todas sus esferas de acción, definiendo la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»²².

Es indudable que los factores de tipo biológico, social y psicológico influyen directamente en la salud mental, todos y cada uno de los seres humanos se ven afectados por las situaciones fluctuantes propias de la vida, así como la forma como se reacciona ante las mismas determina las relaciones con el mundo y los seres humanos que nos rodean. Esta relación sujeto-mundo se torna patológica cuando las presiones sobrepasan los límites de resistencia del individuo y esto lleva a un deterioro de la salud física del individuo.²³

De acuerdo a lo anterior, en el plan maestro de salud mental de las Fuerzas Militares de Colombia (2007-2010), 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 en y a través de ellas, escribiendo cada día su historia vital en la medida en que es receptivo a la comprensión de nuevos significados. En esta tarea, la dimensión sana del

²²OMS. Octubre de 2009. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009] Publicado en internet en: <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html>

²³ OMS. Salud mental en el mundo: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001.

individuo se expresará en la voluntad para amar, comprometerse, crear, participar y transformar la realidad.²⁴

Fundamentalmente y para concluir se puede agregar que la salud mental constituye un estado de bienestar tanto emocional como psicológico, que permite al individuo hacer uso completo de sus capacidades cognitivas, emocionales, de interrelacionarse socialmente, y de responder a las demandas sociales, familiares y culturales que se presentan en la vida diaria. El mantener una salud mental sana complementa el bienestar físico de un individuo y contribuye a brindar una mayor estabilidad y calidad de vida de una manera completa e integral.

²⁴ Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia ,2007 – 2010.

2. LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ACTUALIDAD COLOMBIANA

Las Fuerzas Militares de Colombia enfrentan hoy, más que nunca, un desafío nacional: Responder con excelencia a los retos que plantea el actual conflicto armado contribuyendo así, a la construcción de la paz de Colombia. Para ello el principal recurso con que cuenta la organización castrense es su gente: hombres y mujeres militares que día a día planean y ejecutan operaciones cuyos alcances, características y niveles de riesgo se encuentran delimitados por la misionalidad de la institución.

Siendo el individuo el protagonista de los éxitos así como el principal actor de la institución, se requiere que los sistemas de salud atiendan, intervengan y brinden una atención integral a cada militar, procurando su adecuado desarrollo humano que de cómo consecuencia un óptimo desempeño militar.

Sin embargo, para hacer alusión al sistema de salud de las Fuerzas Militares de Colombia (FFMM), primero es necesario hacer un recorrido histórico al Sistema de Seguridad Social Colombiano (SSSC), su normatividad en salud y su evolución con el transcurrir de los años, con el fin de enfocar la atención en el Sistema de Salud que rige a la población militar, que constituye la base de acción e intervención profesional del presente proyecto.

La seguridad social en América Latina tuvo sus primeros inicios cuando el libertador Simón Bolívar proclama por primera vez en su discurso en el año 1819 que “el sistema de gobierno más perfecto es el que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”, lo cual es constitutivo y fundamental para la organización de la sociedad.

Sin embargo, el ideal de establecer un sistema de seguridad social para la población solo tomó auge en el año 1883 con el canciller alemán Otto Von

Bismarck, quien presentó un proyecto que protegía al trabajador industrial en forma obligatoria contra riesgos de enfermedad y contingencia de maternidad instituyéndose el primer régimen de seguridad social, que luego se hizo extensivo a los trabajadores de la agricultura (1886) y del transporte (1892)²⁵.

La principal razón de estos avances en materia de política social se produjo por la pobreza que existía en la época, la explotación laboral de los trabajadores y la privación de las necesidades básicas a las clases inferiores; consideradas así en su tiempo, lo cual era producto de la participación mínima del Estado frente a la necesidad social. Es así, como la protección de las necesidades sociales pasa a un plano de reconocimiento no solo a nivel nacional sino mundial, con la promulgación en 1901 del Código de Seguros Sociales en Alemania; naciendo la seguridad social como una impronta de la solidaridad social por parte del Estado hacia la población en general y siendo tomado como modelo de implementación a través del tiempo.

El pasar del anonimato a el reconocimiento de los derechos humanos fue una tarea que duró cientos de años y que entró a jugar un papel importante en la historia de la sociedad , filtrándose en todos los ámbitos sociales, políticos y económicos y rigiéndose como un derecho básico de bienestar y dignidad humana, reconociéndose oficialmente en el año 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo No 22 promulga que “ Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”²⁶; y el artículo 25: “Toda persona tiene derecho a

²⁵ LEON LOPEZ, Víctor. Seguridad Social: desarrollo a través del tiempo. [En línea].[Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/319/La_seguridad_social_a_traves_del_tiempo_1_.pdf

²⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 22. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social²⁷. Es así, como a nivel mundial es reconocida la seguridad social como un derecho inquebrantable e irremplazable del que deben gozar todos los seres humanos.

Por consiguiente, en Colombia el tema de seguridad social no pasó desapercibido, y a finales del siglo XIX se implementó un sistema de vigilancia e inspección, así como la educación sobre los sistemas sanitarios, el medio ambiente y su relación con las enfermedades conocidas en la época. En este periodo de tiempo la salud ocupó un espacio en la constitución política, centrándose en la “salubridad pública” y la “asistencia pública” que denominaba la atención a los trabajadores e incapacitados para ejercer laboralmente.

El desarrollo de la Seguridad Social se vio marcada desde el principio por la creación de la Caja Nacional de Salud (1945) como principal institución encargada de la salud de los Colombianos, consecutivamente a esto en los años posteriores se gestaron cientos de instituciones a nivel nacional, departamental y municipal, direccionadas por la entidad aseguradora y prestadora de los servicios de salud (Seguro Social), que ha sido parte de toda la historia del sistema de salud en el territorio Colombiano.

No obstante, el cambio de modelo centralizador del estado como principal ente responsable y regulador de la salud, hacia un modelo descentralizador que

²⁷ OP. Cit. Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25. p 35.

buscaba fortalecer las entidades territoriales, no logró funcionar adecuadamente y los alcances de universalidad no fueron los esperados con el sistema de salud que se tenía, quebrantando los principios de equidad, solidaridad, calidad e igualdad que lo regían.

Los acontecimientos anteriores, dieron inicio a el mandato descentralizador que inició con la ley 60 de 1993, el cual buscó el cambio de los sistemas de seguridad social optando por la descentralización de los servicios de salud, estableciendo niveles de atención e instaurando la participación de la comunidad como medida básica de su funcionamiento, agregando que el sistema debía ser sostenible financieramente y plural en la gestión y prestación de los servicios a la población (participación de agentes privados y públicos en la prestación del servicio). Todo este cambio en el modelo de salud culminó con la ley 100 de 1993, que dio paso al nuevo Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS). Este proceso de cambio se vio direccionado por los Ministerios de Salud, el Senado , la Cámara de Representante y el departamento de Planeación (DNP) que consideraron como principios rectores para la presente reforma: la equidad, unidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía institucional, calidad, descentralización, subsidiariedad, complementariedad, concurrencia y participación, además de los principios de universalidad contemplados anteriormente.

En la actualidad el sistema de seguridad social en Colombia ha tenido grandes transformaciones en su estructura, estando dividida en dos épocas que corresponden al pasado sistema de atención en salud y a la reglamentación de la ley 100 de 1993.

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 a través de los 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.²⁸

Es así, como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia entró a formar parte de la nueva legislación en materia de salud y fue definido como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”²⁹, lo cual se pretende lograr con la implementación de otros subsistemas para la prestación del servicio, que tienen como fin lo anteriormente expuesto según la ley 100 de 1993. De acuerdo a esto, este se encuentra conformado por:

1. Sistema General de Pensiones (SGP)
2. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
3. Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)

Pero será posible lograr una cobertura integral y universal a todo el territorio Colombiano con la reforma en la salud actualmente en vigencia?

²⁸ ECHEVERRI LOPÉZ, Esperanza. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. Gerencia y Políticas de Salud. Realizado el 9 de marzo de 2002, en la Universidad Nacional de Colombia.

²⁹Ley 100 de 1993. Preámbulo.

A principios de la reforma en salud, la meta principal de la misma era la cobertura universal de la población en el año 2000, de manera que todo colombiano debería estar afiliado a un sistema de protección en salud a partir de la vigencia de ese año, pero el resultado alcanzado para el año 2005 resulta muy lejano a lo esperado desde la vigencia de la norma. Si bien es cierto, que el número de población afiliada aumentó de un 22% al 69% de la población³⁰ del país, esta no ha alcanzado una cobertura total de la misma, presentando grandes problemas de igualdad y acceso a los servicios de salud promulgados por la ley y la constitución política de Colombia de 1991 en su art 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 de 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 comunidad³¹

No obstante, si una de las principales razones para modificar el anterior sistema de salud era la falta de accesibilidad e igualdad en el servicio, ahora persisten las mismas condiciones. Por consiguiente y en comparación con el sistema de servicios anteriores se puede establecer que:

³⁰ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005.

³¹ Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 49.

- La creación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como garante para mejorar la participación social y el acceso de los servicios en salud, a través de la participación del sector privado y por consiguiente sus recursos económicos en una mercado de libre competencia no ha contribuido a mejorar los servicios de atención en salud, por el contrario, ha primado la rentabilidad económica de estas “empresas de la salud” y no la prestación del servicio. Un estudio reciente confirma que las EPS reciben 4 billones de ingresos brutos y 14 mil millones de ganancias netas. (Reportaje de Yamid Amad al Parlamentario Roy Barreras el 25 de Marzo de 2007).

- El acceso a los servicios de salud cada vez es más restringido, y la necesidad de atención demandada por la población civil ha conllevado al aumento de tutelas como medida extrema para poder hacer uso de los servicios salubres y por consiguiente tener una oportunidad de ser atendidos por el sistema, presentándose una elevada instauración de la misma que va de 5.000 en el año 1998, 10.000 en el año 1999, y 85.000 para el año 2006 de las cuales el 25% obedecieron a el acceso a medicamentos.(Editorial el Tiempo, Febrero de 2006)

-En la constitución Política de Colombia se consagra un Estado Social de Derecho, en donde expresa la responsabilidad pública para la satisfacción de las necesidades básicas y la garantía de los derechos, pero el país se encuentra sumido en una apertura e inversión económica que deja de lado el desarrollo humano para primar el desarrollo económico, en donde la distribución de los recursos se da de manera inequitativa y desigual, generando pobreza y exclusión social del sistema de salud, lo cual no permite que exista un sistema solidario referente a la vinculación y atención a los servicios salubres.

Todos los aspectos anteriores, demuestran la poca eficacia que ha tenido el sistema hasta el momento y la disparidad en el acceso que se ha generado a

partir de la contribución económica de cada colombiano, la cual debe acreditar toda persona que desee vincularse a la seguridad social y pueda recibir atención médica para hacer uso de los servicios de salud ofrecidos los cuales se han configurados en unos planes de beneficio específicos unidos a regímenes de afiliación establecidos a saber:

- **Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo:** El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. De acuerdo a esto, son beneficiarios del Régimen Contributivo aquellas personas que tienen capacidad de realizar aportes económicos a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, entre estos se pueden encontrar trabajadores vinculados por contrato, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los servidores públicos, los pensionados y jubilados. Este régimen se estructura básicamente a través de Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población según lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) a cambio de una contribución por cápita garantizada, estas recaudan el valor fiscal del servicio y a través de las Instituciones Promotoras de Salud (IPS) prestan los servicios de salud a los usuarios vinculados.
- **Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado:** el régimen subsidiado tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen son determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en

Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990. Este régimen de afiliación tiene como finalidad esencial organizar y garantizar la cobertura con servicios de salud a la población colombiana considerada como pobre y vulnerable sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios, totales o parciales por parte del Estado. Las entidades promotoras de los servicios de salud para el presente régimen son las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quienes tendrán un contrato con las Instituciones Promotoras de Salud (IPS) ya sean públicas o privadas para que garanticen la prestación de los servicios a la población vinculada a este régimen.

- **Régimen para vinculados transitorios al sistema:** Este Régimen es destinado a las todas las personas que por incapacidad de pago y por diferentes razones no se han podido vincular al régimen subsidiado, los cuales deben seguir siendo protegidos por el Estado y quien les garantiza los servicios de salud a través de las instituciones públicas como las Empresas Sociales del Estado (ESE) , los centros asistenciales de salud públicos y aquellas entidades de carácter privado que tengan contrato con el Estado Colombiano.
- **Régimen de Excepción:** se encuentran adscritos al régimen de excepción según el art. 279 de la ley 100 de 1993 y la ley 647 de 2001, aquellas personas cotizantes o beneficiarias de las siguientes entidades: Fuerzas Militares, Policía Nacional, profesores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, funcionarios antiguos de Ecopetrol y universidades públicas que se acogieron a la ley 647 de 2001, debido a que cuentan con un sistema de salud propio.

Uno de los principales fines de la reforma era lograr una equidad en el acceso, uso y calidad de los servicios, el cual estaba fundamentado en el aseguramiento de los colombianos con capacidad de pago al Régimen Contributivo y la población más

pobre al Régimen Subsidiado, con el fin de optimizar la atención en salud basado en la solidaridad de transferencias de recursos particulares entre individuos de diferentes niveles de ingresos que podían cotizar al Régimen Contributivo y los correspondientes subsidios a la demanda sobre el aseguramiento a entidades de carácter público.

No obstante, el creciente desempleo con un aumento de la informalidad, sumados a la situación económica – laboral que se vive actualmente en el país paso del 11,2% en agosto de 2008 , a 11,7 en agosto de 2009³², ha generado un impacto considerable con respecto a la cotización en el régimen contributivo, el cual disminuyó el número de cotizantes, mostrando que en los últimos años, el crecimiento de los afiliados al Régimen Subsidiado (RS) fue más rápido que el del Régimen Contributivo (RC) hasta el punto en que hoy hay más población afiliada al Régimen Subsidiado (RS) con 22 millones de personas vs. 16 millones en el Régimen Contributivo. Como era de esperarse, las crecientes necesidades de financiamiento creadas por esta inusitada evolución de la afiliación, ha hecho necesario el aumento de las contribuciones (0.5 puntos en el año 2000) en el Régimen Contributivo, con el fin de financiar el aumento en la cobertura del Régimen Subsidiado. El efecto directo de esta medida es empeorar aún más la situación: se encarece el empleo formal por la creciente cotización, llevando a que en el tiempo, los trabajadores busquen evitar aumentos sucesivos en la cotización, escapándose del sector formal (es decir, abandonando el RC).³³

Este aumento de cotizantes al Régimen Subsidiado hace que el sistema deje de ser sostenible, y que los aportes solidarios, debido a la disminución de cotizantes al Régimen Contributivo no puedan ser los suficientes para solventar la demanda en el servicio, mostrando un futuro desalentador y paradójico con respecto a la visualización que se tenía desde que entró en vigencia la reforma.

³² Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE. 2008.

³³ SANTAMARIA, Mauricio. El sistema de salud colombiano: logros y retos después de 15 años de reforma. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.2001.

Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta, es la focalización de la población subsidiada por el Sistema de Información y Selección de Beneficiarios (Sisben), catalogando como pobres a las personas que se enmarcan en el NBI (asociada a la disposición de servicios públicos, calidad de la vivienda, hacinamiento, acceso de los niños a la educación y dependencia económica) como medida de medición para la afiliación correspondiente al Régimen Subsidiado. En consecuencia a esto, las encuestas muestran una cifra cercana al 37% de personas catalogadas por el NBI, mientras que la pobreza por ingresos, o línea de pobreza (LP) asociada a la pobreza por ingresos, a la calidad de empleo, al desempleo y a la posesión de activos, se ha incrementado sistemáticamente desde el mismo año, hasta llegar en el 2000, al 61,5% (Sarmiento, 2001, p. 29). La población base para cobertura de aseguramiento por el Consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS) es la población contemplada en la NBI. Es así como para el 2000, el total de población pobre por NBI, era de 15.905.560, de la cual solo 9.510.566, (59.8%) estaban afiliadas al régimen subsidiado (Informe del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, 2001); mientras 26.014.133 personas estaban por debajo de la línea de pobreza. La diferencia entre uno y otro método de medición de pobreza representa 10.108.573 de colombianos pobres e invisibles para la política de salud.³⁴

Todo el panorama anterior, muestra la exclusión social que se vive en la realidad colombiana, la falta de universalidad en el sistema vigente, la priorización del mercado económico por sobre el desarrollo humano y la falta de garantía de los derechos humanos, así como la inequidad en el acceso a los servicios y la violación constante de los derechos contemplado en la Constitución Política de Colombia con respecto a la garante de una vida digna, en donde el acceso real y efectivo de los servicios de salud solamente quedó plasmado en la presente ley,

³⁴ OP. Cit. ECHEVERRI LOPÉZ, Esperanza. P 38.

obteniendo como resultado la disminución en la utilización de los servicios y un aumento considerable en el gasto para acceder a los mismos.

Ante todo esta situación desalentadora y palpable en el contexto colombiano, el gobierno consideró viable hacer una modificación a la ley 100 de 1993, presentando la ley 1122 de 2007 que 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.³⁵ En consecuencia, se espera que esta reforma pueda contribuir a la dirección y vigilancia de la ley de seguridad Social y contribuya a alcanzar los objetivos propuestos por la presente ley.

Si bien es importante conocer el actual Sistema de Seguridad Social, también es de interés incursionar en el Régimen de Excepción en el cual se contempla la normatividad respectiva para las Fuerzas Militares y sus beneficiarios, quienes están sujetos a un sistema de salud con directrices y lineamientos diferentes al expuesto anteriormente.

2.1 RÉGIMEN DE EXCEPCION CONTEMPLADO PARA LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), constituye un caso especial respecto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), incorporado en la Ley 100 de 1993 y son parte de este sistema la Fuerza pública, integrada por

³⁵ Ley 1122 de 2007, art 1.

la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas (Ejército Nacional, Fuerza Aérea y la Armada Nacional), quienes se encargan de velar por la seguridad del país y la defensa del Estado.

De acuerdo con el Decreto 1795 de 2000, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) se concibe como un sistema administrativo nacional del Ministerio de Defensa, encargado de coordinar y desarrollar las actividades orientadas a la prestación del servicio de salud a los afiliados y beneficiarios del mismo. El SSMP es definido como un Sistema Administrativo Nacional, estructurado bajo la figura de un sistema autónomo, constituido por el Ministerio de Defensa, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP) y los afiliados y beneficiarios del sistema.

Así mismo, 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 Sistema de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSMP), es prestar el servicio de sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio Policial como parte de su logística Militar y además brindar un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios en pro de la defensa y seguridad nacional, basado en los valores de la calidad, ética, eficiencia, universalidad, solidaridad, protección integral, obligatoriedad para todos los sometidos al presente régimen, así como la racionalidad, obligatoriedad, equidad, protección integral, autonomía, descentralización y desconcentración,

unidad, integración funcional, independencia de los recursos y atención equitativa y preferencial.³⁶

Es fundamental rescatar el valor de la protección integral, que hace alusión a la educación, información y fomento de la salud como medidas de prevención y promoción de la salud, igualmente enfatiza su atención en el diagnóstico, recuperación, rehabilitación como actividades en materia de salud operacional, resaltando que no existen restricciones de acceso a todos los afiliados y beneficiarios que demanden el servicio.

Si bien es importante, prestar los servicios de salud en materia de operaciones militares, también es indispensable atender otras esferas de acción laboral como las devengadas del accionar diario, los riesgos de exposición y planes básicos de servicios de sanidad (asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en Hospitales, Establecimientos de Sanidad Militar y Policial y de ser necesario en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), que busca preservar la salud pública, a fin de que los afiliados y beneficiarios puedan tener una atención integral como valor clave en el funcionamiento de la ley de excepción, adicionalmente a esto, también se dedica un gran empeño a las campañas de sanidad, que están orientadas a preservar la salud física y mental del personal comprometido con las operaciones militares en tierra, orientadas a prevenir y detectar lesiones y enfermedades, en el entrenamiento, instrucción militar y en las actividades inherentes a la misión de la fuerza.³⁷ Por consiguiente, el plan de servicios dispuesto por el régimen de excepción el cual es apoyado por la dirección de sanidad (DISAN) de las Fuerzas Militares, es el siguiente (art 29 al 35 de la ley 1795 de 2000):

³⁶ Decreto 1795 de 2000, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP).

³⁷ Glosario de términos del subsistema de salud de las Fuerzas Militares. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: <http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/?idcategoria=1723#>

1. *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.
2. *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.
3. *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.
4. *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.
5. *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.
6. *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.
7. *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.
8. *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 SSMP³⁸.

El trabajo de salud realizado en materia de estos planes de acción permite que la población vinculada a la misma obtenga un reconocimiento tanto individual como social y sea compensado su aporte por los servicios prestados al Estado y a la nación Colombiana.

No obstante, tanto los afiliados como beneficiarios deben cumplir con obligaciones en materia de la prestación del servicio y se debe dar un aporte del (12%) mensual para la prestación del servicio sobre el ingreso base, entendiendo por este como el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar en el caso del personal militar en servicio activo, el personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y el personal civil; la asignación de retiro para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de pensión; y la bonificación mensual para los soldados voluntarios y el salario mensual para los soldados profesionales, en donde el (4%) está a cargo del afiliado y el (8%) restante a cargo del Estado como aporte patronal el cual se girará a través de las entidades responsables de que trata el Artículo 26 de este Decreto³⁹.

Un aporte de este monto cotizado en la cuenta SSMP, pasa al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Consecuentemente, se hace necesario exponer los afiliados y beneficiarios del sistema, expuestos en el capítulo II, artículo 23.

³⁸ Decreto 1795 de 2000, contemplando el régimen de excepción en salud.

³⁹ OP Cit. Decreto 1795 de 2000, art 36. P 48.

Existen dos clases de afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSMP), que son los afiliados sometidos al régimen de cotización y los no sometidos al mismo:

a) Los afiliados sometidos al régimen de cotización:

1. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.
2. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.
3. El personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional que se haya vinculado al Ministerio de Defensa Nacional o a la Policía Nacional con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.
4. Los soldados voluntarios.
5. Los soldados profesionales de las Fuerzas Militares en servicio activo y en goce de pensión.
6. Los servidores públicos y los pensionados de las entidades Descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado activo y pensionado de la Policía Nacional que se rige por la Ley 100 de 1993 y que a la fecha de la publicación del presente Decreto, se encuentren afiliados al SSMP.
7. Los beneficiarios de pensión por muerte del soldado profesional activo o pensionado de las Fuerzas Militares.
8. 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.
9. 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.

b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:

1. 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 1211 de 1990, el Artículo 106 del Decreto 41 de 1994 y el Artículo 94 del Decreto 1091 de 1995 y las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen, respectivamente.

2. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

No obstante, los no sujetos al régimen de cotización no tendrán beneficiarios respecto a los servicios de salud, así como aquellos que coticen en otro régimen de salud. Solo constituirán como beneficiarios para los afiliados al régimen de cotización según el art 24 del Decreto 1795 de 2000, los siguientes:

a) El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero(a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años.

b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado.

c) Los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura.

d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.

Así mismo y para finalizar, se presentan los derechos y deberes a los que están sujetos los afiliados(as) y beneficiarios(as) del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSSMP), según lo estipulado en el actual decreto de excepción (1796 del año 2000).

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.⁴⁰

- 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.
- 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.

⁴⁰ OVIEDO ROJAS, Silvia. Intervención Profesional De Trabajo Social en la Sección De Psicología Militar de la Quinta Brigada de la ciudad de Bucaramanga. 2008, pág. 49.

- 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 SSMP.⁴¹

- 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.

Para la prestación de los servicios de salud, según la norma el Hospital Militar Central, es el Establecimiento Público del orden Nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, quien prestará los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del SSMP y se constituye en uno de los establecimientos de más alto nivel para la atención de los servicios de salud del sistema logístico de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

⁴¹ OP. Cit. Decreto 1795 de 2000, capítulo I, art 25. p 48.

3. EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA (FFMM)

El Ejército Nacional de Colombia enfrenta como desafío la protección de la sociedad civil y la disminución de grupos armados a través del combate, en aras de contribuir a mantener la paz y la soberanía del Estado Colombiano. Con el fin de tener un mayor control a nivel nacional, éste ha instaurado bases de protección y resguardo que permitan mantener la soberanía y el orden social, encontrando entre estas, la Quinta brigada ubicada en Bucaramanga, que es la encargada de mantener el orden publico de la región santandereana y su jurisdicción, en materia de protección.

La Quinta Brigada fue creada el 17 de Junio de 1910 en la ciudad de Cali, a partir del decreto No. 556, siendo Ministro de Guerra el Señor General José Medina Calderón y Presidente de la República el Doctor Ramón González Valencia.⁴²

Anteriormente a la creación de la Quinta Brigada existía el decreto 947 de 1908; de agosto 31, en donde el presidente de la República incluye la ciudad capital de Bucaramanga, entre las plazas Militares, correspondiéndole la Segunda zona Militar. En aquella época fue nombrado como comandante General Divisionario, el Señor General Marcos E Soto, mediante el decreto 1013 de 1908 del 19 de septiembre.

La Quinta Brigada residía en la ciudad de Cali y se disponía los acontecimientos de las unidades que formaban el Ejército de la República, en el que el regimiento de Infantería “Ricaurte” No 8 era de la guarnición de Bucaramanga.

⁴² Ejército Nacional de Colombia; Historia Quinta Brigada. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: <http://www.ejercito.mil.co/>, enlace en etiqueta de Segunda División, Quinta Brigada.

Los diferentes cambios de alojamiento y guarnición de la Unidad Operativa Menor a través del tiempo, como las continuas incineraciones de documentos, han impedido dilucidar con exactitud la fecha de organización de la Quinta Brigada. Sin embargo, de acuerdo a documentación clasificada para el día 19 de diciembre de 1941, el Ministerio de Guerra, por resolución No 1124 trasladó el comando de la Quinta Brigada a la ciudad de Bucaramanga, para encargarse de la conservación de orden público de la región.

A partir del decreto 01721 del 21 de mayo de 1948 el Gobierno Nacional designó a la ciudad de Bucaramanga como sede de la Quinta Brigada. Con la llegada de la Brigada a esta ciudad, se formó el escuadrón Ricaurte que adoptó el nombre de Regimiento dos años después y posteriormente en 1928, se le asignó el nombre con el que hoy se conoce: Batallón de Infantería No 14 Antonio Ricaurte, siendo entonces el más antiguo de todos los batallones que conforman la Brigada.

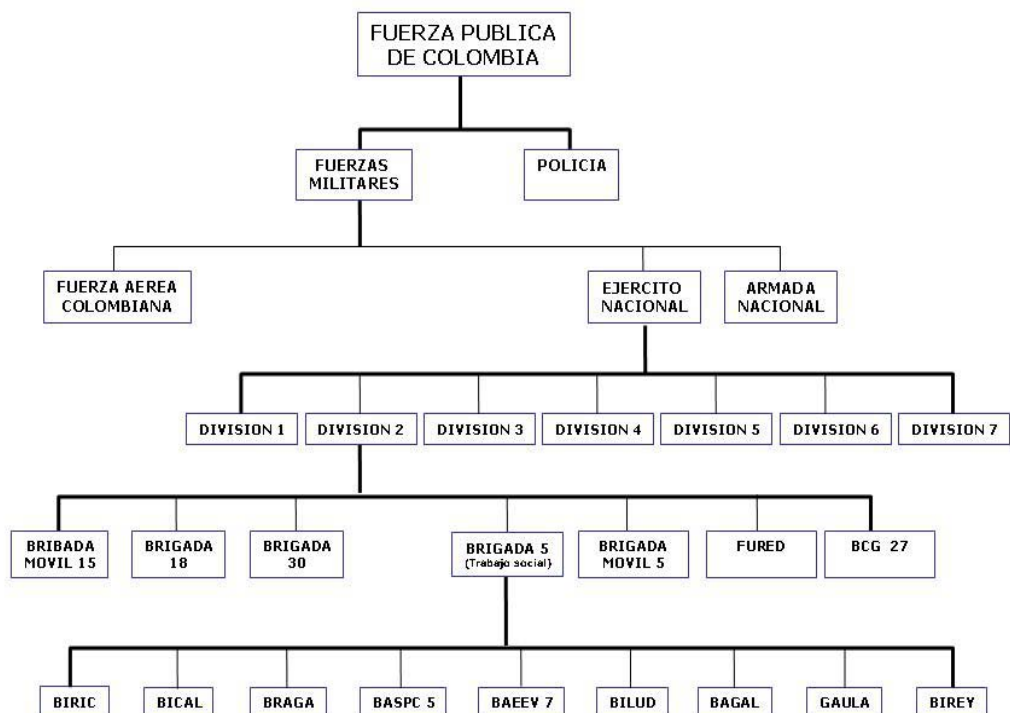
Actualmente la Quinta Brigada, con responsabilidad en 92 municipios, ubicados en los departamentos de Santander, Norte de Santander, sur del Cesar, sur de Bolívar, norte de Boyacá y un municipio de Antioquia, está conformada por los siguientes Batallones:

- ✚ Batallón de Infantería No. 14 "Capitán Antonio Ricaurte", con puesto de mando en Bucaramanga, Santander (BIRIC).
- ✚ Batallón de Infantería No. 40 "Coronel Luciano D'elhuyar", con puesto de mando en San Vicente de Chucuri, Santander (BILUD).
- ✚ Batallón de Artillería No. 5 "Capitán José Antonio Galán", con puesto de mando en Socorro, Santander (BAGAL).
- ✚ Batallón de Ingenieros No. 5 "Coronel Francisco José de Caldas", con puesto de mando en Bucaramanga, Santander (BICAL).
- ✚ Batallón de Servicios para el combate No 5 "Mercedes Abrego" (BASPC 5)

- ✚ Batallón Plan Energético y Vial No. 7 “Rodrigo Antonio Arango Quintero”, con puesto de mando en Barrancabermeja, Norte de Santander (BAEEV 7).
- ✚ Batallón de Artillería de Defensa Aérea No.2 "Nueva Granada", con puesto de mando Barrancabermeja, Santander (BAGRA)
- ✚ Batallón de Infantería "Reyes" (BIREY).
- ✚ Grupo de Acción Unificado para la libertad Personal GAULA.

Hoy en día en la ciudad de Bucaramanga, La Quinta Brigada del Ejército Nacional se halla ubicada en la Carrera 33 # 14, Barrio los Pinos. (6459001 Ext. 107). A continuación se presenta el organigrama que resume la estructura divisionaria anteriormente presentada:

Figura 3. Organigrama institucional – 2da división- Quinta Brigada



Fuente: Manual de Procedimientos Directiva de Distribución Organizacional Quinta Brigada⁴³

3.1 LINEAMIENTOS DE DIRECCIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATEGICA INSTITUCIONAL⁴⁴

3.1.1 Misión. El Ejército Nacional de Colombia desarrolla operaciones militares para defender y mantener la soberanía, la independencia y la integridad territorial, con el fin de generar un ambiente de paz, seguridad y desarrollo que garantice el orden constitucional de la nación.

3.1.2 Visión. Se proyecta como un Ejército moderno, profesional, organizado y entrenado, victorioso en el combate y preparado para la paz, afianzado en sus valores, integrado al desarrollo de la nación que sortea con éxito el siglo XXI.

3.1.3 Objetivos corporativos. Fortalecer la capacidad operacional de las Fuerzas Militares a través del desarrollo de medios y la consolidación de la reestructuración, con criterios de eficiencia y productividad.

- ✓ Doblegar la voluntad de lucha de los grupos terroristas a través de éxitos operacionales contundentes y la protección de la población civil.
- ✓ Fortalecer la legitimidad alcanzada como una institución transparente, eficaz y respetuosa de los derechos humanos y el derecho Internacional humanitario.
- ✓ Fortalecer la capacidad de disuasión para mantener la seguridad externa, la defensa de la soberanía y la integridad de del Territorio Nacional.
- ✓ Incrementar el nivel profesional tanto en el manejo de la guerra como en la capacitación del conocimiento integral.

⁴³ Archivo de la Sección de Psicología Militar (PSICMIL).Quinta Brigada de Bucaramanga, 2009.

⁴⁴ Ejército Nacional de Colombia. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: <http://www.ejercito.mil.co>

3.1.4 Valores corporativos.

- ✓ **Honestidad:** es la forma de ser, de obrar, de construir, el mejoramiento, de realizar las críticas, sirviendo de modelo para las nuevas generaciones. Decoro en todos sus actos.

- ✓ **Lealtad:** es ser fiel y seguro con la patria, la institución, con el cumplimiento de la ley, con los superiores, con los compañeros y con la misión.

- ✓ **Respeto:** es la profunda consideración por todas las personas, por su dignidad, por los compañeros, por los superiores, por uno mismos y por su familia, acatamiento a los derechos humanos.

- ✓ **Valor:** coraje y osadía para enfrentar los desafíos y retos que la misión impone para reconocer los errores y decidirse a rectifica.

- ✓ **Honor:** compromiso con la patria y la institución, con los deberes asignados y la responsabilidad de asumir las consecuencias de sus actos.

- ✓ **Prudencia:** sabiduría práctica para ejecutar y tomar decisiones acertadas en diferentes situaciones.

3.1.5 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.

❖ **VALORES DEL SECTOR DEFENSA**

- ✓ **Lealtad:** Guardar fidelidad a sí mismo, a los demás, a la Institución, a la Patria y a Dios.
- ✓ **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.

Esta plataforma busca un equilibrio entre las metas y expectativas individuales de la población castrense y la razón de ser del espíritu de cuerpo del Ejército Nacional, quienes tienen como orientación la defensa de la patria bajo una perspectiva de trabajo en equipo, liderada por los valores del respeto, la igualdad, la justicia, el honor y lo más importante la libertad no solo social sino individual de cada ser humano que hace parte de la patria Colombiana.

Por consiguiente, el personal que se integre y forme parte de la población militar, debe ser competente, justo, ético y comprometido con su labor al interior de la institución, capaces de enfrentar situaciones críticas y extremas con una capacidad mental de acción eficaz, rápida y adaptativa que les permita cumplir con la misión institucional que se las ha encomendado.

De acuerdo a lo anterior, es que se hace importante el accionar de los profesionales en el escenario de la salud mental, girando en torno al cuidado humano, en cuanto al intento de preservar genuinamente sus valores éticos, estéticos, intelectuales y culturales, así como de mantener una estabilidad a nivel psicosocial que le permita desempeñarse de manera adecuada en las esferas de

desarrollo social junto con su entorno familiar, para que durante el desarrollo de sus tareas y una vez haya cumplido con sus deberes de patria, retorne a la vida social, como un individuo productivo, consciente de su rol transformador de la realidad, realizado en la coherencia de su mejor condición humana tanto física como mental.

Por consiguiente, la División de Sanidad de las Fuerzas Militares (DISAN) tiene dentro de sus lineamientos de acción el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFm) quienes dirigen una acción-intervención profesional de la salud mental desde una plataforma estratégica que permite la visualización del quehacer profesional dentro de este ámbito de acción, el cual es el siguiente:

3.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA EN SALUD MENTAL (SSFm)⁴⁵

3.2.1 Misión del área de salud mental⁴⁶. Fortalecer la salud mental del personal que integra las Fuerzas Militares a partir de la formulación de estrategias de prevención e intervención orientadas a mantener su capacidad de combate para el cumplimiento de la misión institucional.

3.2.2 Visión 2007-2010. Consolidar una cultura institucional de salud mental desde una perspectiva sistémica que conciba al hombre como unidad y totalidad, facultado para transformar su realidad en contextos de guerra y de paz, inmerso en una organización que se asume como generadora de modelos sociales.

3.2.3 Políticas de salud mental de las fuerzas militares.

- El militar es un hombre que trabaja y ese trabajo constituye su forma de vida. El grupo interdisciplinario de Soporte Básico (Psicología, Psiquiatría, Trabajo

⁴⁵ Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

⁴⁶ Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares 2007-2008. Lineamientos de intervención en salud mental.

Social, Sociología, Antropología, asesoría espiritual), debe orientar acciones preventivas con el objeto de cuestionar el sentido del quehacer de las personas dentro de las Fuerzas Militares, de tal manera que se descubran como protagonistas en la construcción de la calidad de su cotidianidad, al tiempo que la organización asume una actitud de corresponsabilidad en la generación de mecanismos que promuevan el desarrollo de sus hombres.

- El combatiente, en cuanto hombre, es el único ser consciente de las crisis que enfrenta. Por encontrarse permanentemente en contextos de guerra, estas crisis están más próximas a la vivencia de muerte y finitud y estarán acompañadas por angustias y miedos propios del ser humano ante situaciones límite, pero cobrarán gran valor en la medida en que permitan desplegar las mejores actitudes y virtudes de este ser humano como son el coraje, la valentía, el arrojo, la fe y la esperanza.
- El hombre es un ser en permanente relación: establece vínculos e interacciones que le permiten desarrollarse. El grado de avance de ese desarrollo estará referido a la calidad de sus interacciones. El grupo interdisciplinario de Soporte Básico posee las condiciones científicas para implementar actividades tendientes a mejorar las condiciones en que se da ese proceso en las Fuerzas Militares, interviniendo de manera particular cualquier situación que represente deterioro, vulnerabilidad, riesgo o patología para el grupo humano armonizando, en lo posible, el mundo psicosocial y relacional de los individuos con otros sistemas (familia, organización, comunidad, sociedad).

3.2.4 Principios para la acción en salud mental en el SSFM⁴⁷

- Respeto: Toda la actuación del Grupo Interdisciplinario de Soporte Básico debe estar enmarcada dentro de una profunda consideración de la condición humana y su genuino interés por el otro, reconociendo que cada persona es

⁴⁷ Estos principios han sido planteados conforme al espíritu de la Constitución Política de Colombia y del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, para orientar sus políticas de desarrollo humano y respeto por los derechos de las personas, favoreciendo su participación ciudadana.

absolutamente un ser nuevo con la capacidad de levantarse por encima de sus circunstancias y enfrentarse a sí mismo.

- **Integridad:** La manera en que el profesional de la salud mental despliegue su tarea develara su axiología interna y personal, lo que plantea una indiscutible relación entre la calidad de la persona y la calidad profesional. Por lo tanto, el impacto que obtenga del quehacer profesional irá en relación directa con su vocación, entrega y servicio. No es posible dar lo que no se tiene.
- **Solidaridad:** El equipo de salud mental debe tener la capacidad de entregarse al otro o a una acción a favor de la sociedad. La tarea que se despliegue en bien de la comunidad de pertenencia se constituye tanto en un beneficio para la propia salud como en un apoyo a otros miembros de la sociedad.
- **Responsabilidad:** El actor social comprenderá que su labor profesional lleva el sello de su propia modalidad de respuesta y compromiso frente a la vida como ser humano. Cuando asume una responsabilidad, significa que se compromete con clara conciencia a desplegar sus conocimientos y habilidades para dar respuesta efectiva a las situaciones que se le presenten garantizando un ejercicio profesional acertado.

De esta manera, se plantea el reto de que el trabajo en salud mental en las Fuerzas Militares se constituya en un quehacer disciplinario e interdisciplinario, condición que asegurara un impacto de mayor alcance y con mejores resultados en el logro de los objetivos trazados en la prevención y promoción de la salud.

Es así, como la intervención profesional de un grupo interdisciplinario al interior del Ejército Nacional, constituye un soporte básico en materia de salud mental y por lo mismo los profesionales de Trabajo Social y Psicología constituyen los ejes de acción e intervención al interior del cantón Militar de la Quinta Brigada, ubicándose de la siguiente manera:

Figura 4. Organigrama de ubicación de Psicología Militar al interior de la Quinta Brigada de Bucaramanga.⁴⁸



Fuente: Archivo del Departamento de Psicología Militar (PSICMIL), Quinta Brigada / Bucaramanga.

La sección de Psicología de la Quinta Brigada es dirigida por una Oficial Psicóloga, quien es la encargada de controlar, coordinar y direccionar el accionar de las Psicólogas civiles y las Practicantes de Trabajo Social y Psicología que se encuentren adscritas a dicha institución, quienes se deben regir por los siguientes lineamientos de carácter institucional y profesional:

⁴⁸ Archivo del Departamento de Psicología Militar, Quinta Brigada de Bucaramanga. 2009.

3.3 PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL AREA DE PSICOLOGIA MILITAR (PSICMIL) COMO MEDIO DE INTERVENCIÓN⁴⁹

3.3.1 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.

3.3.2 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.

3.3.3 Objetivos de la sección de psicología militar

❖ 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

⁴⁹ Manual de Procedimientos de Psicología Militar (PSICMIL).

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

❖ **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.

❖ **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 de la Quinta Brigada.

El Departamento de Psicología Militar busca comprender el comportamiento del combatiente con el fin de preservar su capacidad combativa lo largo de su carrera. La atención clínica general, los procesos de incorporación, las estrategias psicosociales que se usan en la organización; en la capacitación y la intervención social forman parte de los servicios que ofrece el departamento.

De forma detallada se puede decir que el Departamento de Psicología Militar perteneciente a la unidad de sanidad presta los siguientes servicios al cuerpo

militar: ofrece el apoyo y acompañamiento psicológico a lo largo de todos los procesos que tienen que ver con la recepción de casos y trámites que conlleva el reclutamiento e incorporación de soldados regulares (SLR), soldados profesionales (SLP) y soldados campesinos (SLC) para la selección de candidatos que formarán parte de los diferentes batallones del Ejército Nacional y de la Quinta Brigada.

Así, como contribuye a la recuperación integral de soldados heridos en combate o en situación de crisis, además de generar opciones para potencializar un bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de todo el cuerpo militar, el personal civil vinculado y las familias de los militares activos.

No obstante, no solo la Psicología forma parte de los procesos anteriormente mencionados, el desempeño de Trabajo social en estos procesos y más específicamente en el área de salud ocupacional con énfasis en salud mental tiene como fin el desarrollo de un trabajo interdisciplinario junto a la psicología, que trascienda lo momentáneo por procesos continuos, dinámicos, de impacto, que contribuyan a generar cambios significativos en los niveles de salud mental, en pro de un bienestar individual y social de la población militar tanto en el ejercicio de su labor como fuera de ella.

Por consiguiente, el Trabajo social se presenta en esta dinámica de acción como un agente inexorable, que busca fomentar un espacio de construcción, diálogo y reflexión de la realidad a fin de generar profundas transformaciones que contribuyan a mejorar el bienestar tanto emocional como psicosocial de la población castrense, así como de promover iniciativas analíticas y propositivas frente a la realidad militar y sus complejos problemas que se vivencian por el contexto de lucha y defensa permanente que mantiene la población militar.

Es aquí, donde los trabajadores sociales están capacitados para estudiar las situaciones de conflicto y formular propuestas de intervención que permitan la realización de los individuos y sus familias en su integralidad, haciendo que la participación de la profesión no solo complemente el accionar profesional de la Psicología Militar sino que se consolide como otro pilar básico de la cual ésta depende para ejercer una labor completa y eficaz en busca de una garantía social a nivel institucional.

El desarrollo de acciones estratégicas en la intervención profesional e interdisciplinar al interior de la Brigada se debe orientar a partir del contexto y la forma de funcionamiento general de la institución, las cuales direccionaran las prioridades de intervención preventiva en la cual se debe enfocar la atención de los profesionales, lo cual permitirá llevar un control y registro de las situaciones que mas aquejan a la población en general, encontrando en estas las siguientes⁵⁰:

- ✓ Problemas de adaptabilidad a la vida militar y a la sujeción de normas por parte de los superiores.
- ✓ Problemas de reclusión de militares por desobedecer las normas.
- ✓ Personal militar en crisis y desordenes en la personalidad.
- ✓ Problemas relativos al ambiente de trabajo (fallecimiento de amigos, incursiones en combates, estrés postraumático)
- ✓ Problemas familiares (problemas de pareja).
- ✓ Problemas con los superiores, subalternos o compañeros.
- ✓ Problemas de consumo de Sustancias Psicoactivas.
- ✓ Valoración y emisión de conceptos clínicos-psicológicos por conductas desadaptativas que no permiten su permanencia en la institución.

De acuerdo a lo anterior, es evidente que los procesos desarrollados al interior del Departamento de Psicología Militar se centran en la atención al militar y la

⁵⁰ Estadísticas epidemiológicas del archivo de Psicología Militar. Quinta Brigada de Bucaramanga, 2009.

detección de factores de riesgo que puedan afectar su estado emocional, desencadenando situaciones de crisis y riesgo tanto para el sujeto de intervención como para la institución, pero también es importante no solo intervenir desde la deficiencia mental o el problema ya ocasionado, sino desde la promoción y prevención del mismo, así como de las conductas y comportamientos saludables que enfatizan y propicien mejores condiciones individuales, mentales, sociales; que permitan forjar una personalidad estable con capacidad de adaptación y de respuesta a efectos negativos y de crisis que propicia el mismo contexto de inmersión.

La participación de los profesionales debe ajustarse a las necesidades no solo demandas; sino anticiparse a ellas con el fin de prevenir la aparición y desarrollo de problemas de mayor alcance en la institución. El fomentar campañas saludables en torno a la promoción de estilos de vida saludables como primer nivel de educación, propenderá la adaptabilidad al contexto y por consiguiente, al desarrollo de conductas positivas que fortalecerán el ser de cada individuo, permitiéndole desarrollarse y desenvolverse a nivel individual y social al interior del cantón Militar.

Así mismo, para poder intervenir desde un enfoque preventivo se hace necesario primero conocer el contexto social de inmersión, con el propósito de tener una idea clara del mismo, en aras de fomentar las bases del trabajo profesional e interdisciplinar.

3.4 EL SERVICIO MILITAR, CUESTIÓN DE CONCIENCIA U OBLIGATORIEDAD

Hoy en día en Colombia, se están librando batallas internas que traen consigo daño social, demanda de personal y una guerra que hasta el momento no tiene final. El acelere de los conflictos armados ha llevado a que el sistema Estatal en relación con sus organismos de protección como son las fuerzas Militares, en

especial el Ejército Nacional lleven a la demanda de personal joven que forme parte de sus filas y contribuya con la causa nacional que el actual gobierno a designado como prioritaria para la búsqueda de la seguridad civil y la paz nacional, librando una guerra de guerrillas y soldados que quizá no tenga fin pero que si tiene una causa final: aportar con valentía y coraje a la búsqueda de la paz en el territorio Colombiano.

Es así, como desde hace varios años el gobierno y el Congreso de la República estipularon la ley 48 de 1993, conocida como ley de Servicio Militar Obligatorio para los jóvenes colombianos, que tiene como fin primordial la defensa de la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y del orden constitucional a través de las Fuerzas Militares.

El art 3 de la citada ley, decreta que “Servicio Militar Obligatorio, todos los colombianos están obligados a tomar las armas cuando las necesidades publicas lo exijan para defender la independencia nacional y las instituciones públicas con las prerrogativas y las exenciones que establece la ley”, en donde todo joven que cumpla su mayoría de edad debe solucionar su situación militar de dos formas: la primera que es prestar sus servicios a la patria durante un lapso de 12 a 24 meses dependiendo del caso estipulado en su reclutamiento y la segunda ser exento por las diferentes causales que la ley estipula.

Por consiguiente, jóvenes de 18 años hasta 28 años se deben presentar para dar solución a su situación militar y definir si formaran parte de las Fuerzas Militares de Colombia. Todo este proceso se debe desarrollar de manera eficiente, permitiendo ingresar al personal mejor calificado tanto de manera física como emocional, familiar y psicológica, como variables fundamentales que les permitan cumplir una labor de defensa que requiere de tenacidad, valentía, perseverancia y paciencia.

Para tales fines, según el manual de Psicología Operacional de las Fuerzas Militares, se hace indispensable incorporar personal altamente calificado y competente, que se encuentre en la capacidad de asumir con firmeza los riesgos del conflicto armado, demostrando disposición y vocación militar, espíritu de servicio, capacidad de trabajo en equipo, alto grado de tolerancia, capacidad de adaptación, capacidad de asumir normas y ordenes, exhibir condiciones de líder, poseer habilidades psicosociales y de afrontamiento frente a situaciones críticas, habilidades en la resolución de problemas y un gran sentido de pertenencia, aspectos esenciales para que den respuesta efectiva a las exigencias de un juicioso y estricto entrenamiento que garantice resultados operacionales exitosos.

Figura 5. Perfil básico de un joven a incorporar⁵¹



Fuente: Manual de Psicología Operacional de las Fuerzas Militares de Colombia

Pero, el reunir todas estas condiciones en un individuo joven es una tarea difícil y muy poco probable de conseguir, debido a que tanto voluntarios como jóvenes regulados por la ley, que no pueden acceder a una libreta militar por cuestiones económicas o diferentes variables, tienen unas características socio demográficas

⁵¹ Manual de Psicología Operacional de las Fuerzas Militares de Colombia. Dirección General de Sanidad Militar. Bogotá D, C. Abril de 2008.

marcadas, demostrando que la realidad es otra y la necesidad lleva a incorporar jóvenes que no reúnen todos los requisitos anteriormente mencionados.

Los jóvenes reclutados para prestar el servicio militar, son categorizados de acuerdo al nivel estudiantil, su lugar de origen y sus características psicosociales, dividiéndolos en tres grandes grupos: Soldados Bachilleres (quienes han culminado sus estudios de bachillerato), Soldados Regulares (quienes no han culminado sus estudios de primaria o bachillerato), y Soldados Campesinos (quienes vienen de zonas rurales y en ciertos casos no han terminado sus estudios), en donde la mayoría de los casos presentan inestabilidad tanto a nivel emocional (problemas de depresión, falta de madurez emocional, dificultad para asumir y resolver problemas), como individual (problemas personales, consumo de sustancias, consumo de cigarrillo etc.) o familiar (disfuncionalidad familiar, padres separados, falta de redes de apoyo, padres enfermos, pareja o hijos a cargo etc.), que hacen parte de su vida y por consiguiente de los problemas que se presentan en la institución castrense.

Con el fin de contrastar la información presentada y para efectos del proceso de intervención desarrollado en el año 2009, uno de los principales objetivos de la práctica profesional correspondía al conocimiento y caracterización socio demográfica de la población seleccionada, con el objeto de construir un proceso de trabajo basado en realidades palpables que permitieran tener un mayor impacto y concordancia con el personal militar e indiscutiblemente centrar el trabajo en un grupo poblacional específico.

El proceso de conocimiento buscaba conocer la realidad inmediata, a fin de generar un proceso enriquecedor de conocimiento/intervención, el cual se desarrollo durante todo el tiempo de permanencia al interior de la institución castrense. Para dar cuenta de lo anterior, el estudio socio demográfico que se llevó a cabo con los Soldados campesinos del contingente 6 del 9 (Ver Tabla 1),

los cuales se encontraban distribuidos por pelotones con su respectivo batallón de asignación, permitió visualizar las diferentes características tanto personales como familiares que presentan la mayoría de los jóvenes que entran a las filas militares y que pasan a ser parte del talento humano que defiende la soberanía nacional.

La información que se presenta a continuación se logró obtener a través de la aplicación de encuestas individuales desarrolladas al momento de la incorporación del mismo y de formatos de trabajo presentados (entrevistas) durante las intervenciones de la profesional de Trabajo Social frente a los respectivos pelotones que dan cuenta de la primera fase del proceso de intervención profesional.

Tabla 1. Muestra Poblacional

BATALLÓN	PELOTÓN No	Soldados Campesinos
Ricaurte	2	35
Luciano D"elhuyar	2	35
Antonio Galán	1 y 2	53
Pieza de Detenidos	Diferentes unidades	20
TOTAL		143

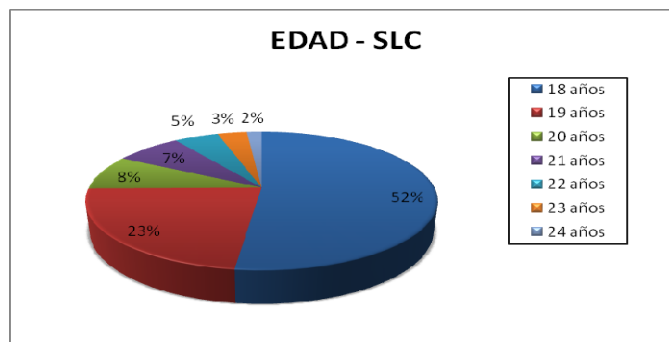
Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia.
 Datos pertinentes a la población estudiada

De acuerdo al grupo poblacional específico, se observó que los rangos de edad que se presentan en el contingente 6 del 9 de Soldados campesinos (SLC) muestra que la mayoría de jóvenes soldados se encuentra en los 18 años de edad con un 52% de la población total, en segunda instancia se evidencia un 23% de jóvenes de 19 y así en mayor rango, llegando a un 2% de soldados con 24

años de edad, como los mayores del presente contingente incorporado (Ver Gráfica 1).

Esta disparidad en la edad de los contingentes puede ser tanto positiva como negativa para el mismo, puesto que se ha hecho evidente el acoso y las burlas de los más jóvenes para con los mayores, debido a la madurez mental que estos tienen, y como segundo aspecto los mayores contribuyen a guiar a los más jóvenes en el aspecto emocional. No obstante, es indispensable que los profesionales trabajen con los soldados, en especial con aquellos que recién se integran a la vida militar, para consolidar y construir un proceso de adaptación eficiente.

Gráfica 1. Rangos de edad de los Soldados Campesinos (6-09)



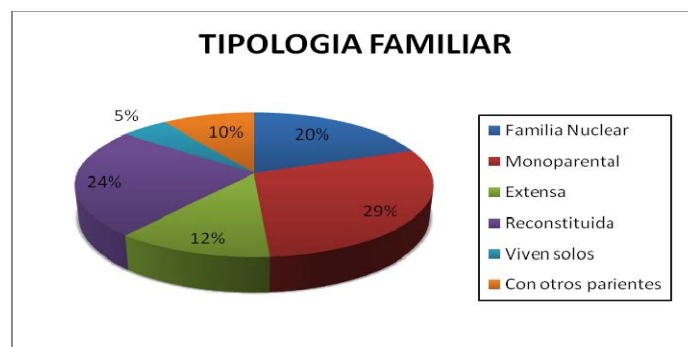
Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Dentro del aspecto familiar, se dice que una estructura familiar funcional-cohesionada permite un mejor desarrollo del individuo, constituyéndose como la principal red de apoyo del mismo, quien aportará el apoyo incondicional, compartirá sus éxitos y fracasos, lo motivarán a luchar por un futuro mejor, fortalecerán su esfera emocional y biopsicosocial.

No obstante, la mayoría de los jóvenes soldados no cuentan con una familia estable, predominando la tipología familiar monoparental con un 29%; que es aquella que solo tiene a uno de sus padres o cabeza de hogar que se hace cargo

y responde por el hogar, un 24% pertenece a familias reconstituida; entendiendo por esta como la unión de dos padres con familias ya conformadas o al menos uno de ellos, se muestra un 20% de jóvenes que viven en familias nucleares; conformada por ambos padres y hermanos (as), un 12% pertenecen a familias extensas en donde comparten su núcleo familiar con tíos, primos, abuelos u otros familiares, también se presenta un 10% de jóvenes que viven con otros parientes diferentes a sus padres, que se han hecho cargo de ellos y por último un 5% de la población que vive sola ya sea por diferentes motivos: trabajo lejano de su hogar, perdieron contacto con sus padres desde muy jóvenes, son independientes etc. (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Tipología Familiar de Soldados Campesinos (SLC)



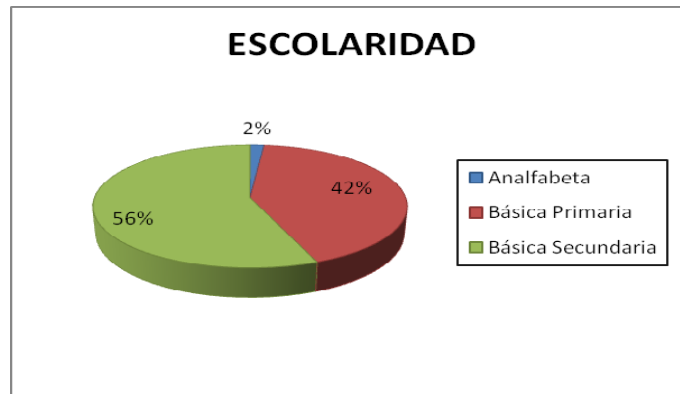
Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Otro aspecto importante, son los niveles educativos que poseen los jóvenes reclutados, evidenciando el poco acceso a la educación y la falta de recursos económicos para la misma, con lo cual los jóvenes se dedican a trabajar para poder acceder a un ingreso económico y contribuir al sustento diario de su familia.

Por consiguiente, es evidente que la cobertura en materia de educación es de muy poco acceso en especial para la población de bajos recursos y de las zonas rurales de Colombia, mostrando que un 2% de los Soldados Campesinos son analfabetas, lo cual es no haber desarrollado la capacidad de leer y escribir, siendo un impedimento para poder tener un desempeño adecuado y en las

mismas condiciones de sus compañeros, también se muestra un 42% que cursaron la básica primaria y un 56% la básica secundaria.(Ver Gráfica 3).

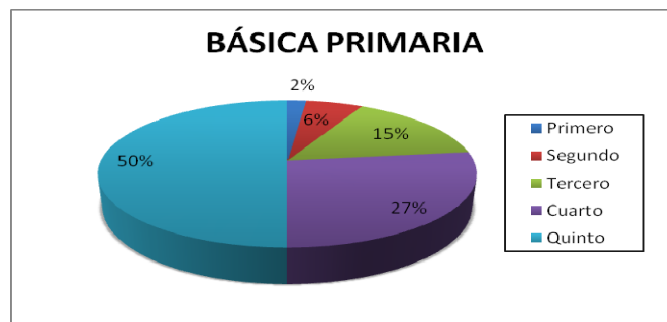
Gráfica 3. Nivel de Escolaridad



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Dentro de esta categoría, se decidió profundizar los niveles de educación que se poseen tanto en la básica primaria como en el bachillerato tal como se presentan en la Gráfica 4, evidenciando que solo el 50% del 42% total de la población de Soldados Campesinos, culminó los estudios de quinto grado, un 27% llegó hasta cuarto primaria, solo un 15% curso el grado tercero, otro 6% segundo de primaria y un 2% solo curso el primero primaria, demostrando que la escolaridad no es un requisito fundamental para prestar el servicio militar al interior del Ejército Nacional de Colombia.

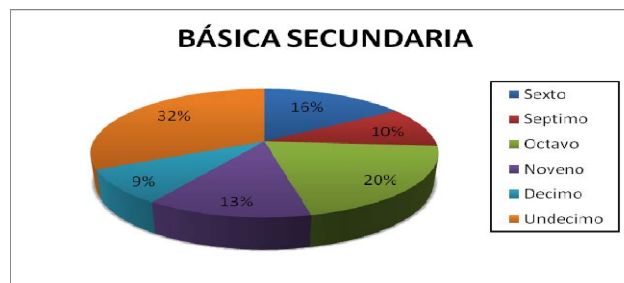
Gráfica 4. Niveles de Básica Primaria



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Otro aspecto importante, son los grados cursados en la básica secundaria, evidenciándose un 32% del 56% total de la población que culminaron con éxito sus estudios. No obstante, esto solo representa 22 jóvenes de 143 que se encuentran prestando el servicio militar como soldados campesinos (SLC) al interior de la Quinta Brigada, representando una población muy reducida que podrá aspirar a un empleo estable después de culminar el tiempo de obligatoriedad nacional. (Ver Gráfica 5)

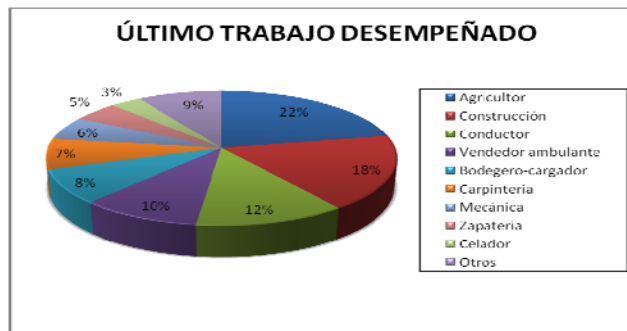
Gráfica 5. Niveles de Básica Secundaria



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Según las normas de la institución castrense, los niveles de educación para prestar el servicio militar no son fundamentales desde que el individuo tenga capacidad cognoscitiva normal; que le permita comprender las leyes naturales de la vida e interactuar con las demás personas de manera saludable. Sin embargo, ésta sí es fundamental para poder acceder a un empleo estable que le brinde las mínimas condiciones humanas y le garantice una estabilidad tanto económica como individual, social y salubre para gozar de una vida digna.

Gráfica 6. Desempeño Laboral



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Sin embargo, el caso que viven los jóvenes militares, en donde la necesidad de contribuir económicamente con su familia, de ser independientes y responder por sí mismos, así como de no haber alcanzado el mínimo en educación para graduarse como bachilleres, los ha desplazado a formar parte del gran cumulo de personas que se emplean en “lo que salga” como ellos mismos expresan, desempeñándose en empleos informales, de poca duración y en muchos casos en trabajos que sobrepasan el horario máximo de desempeño laboral.

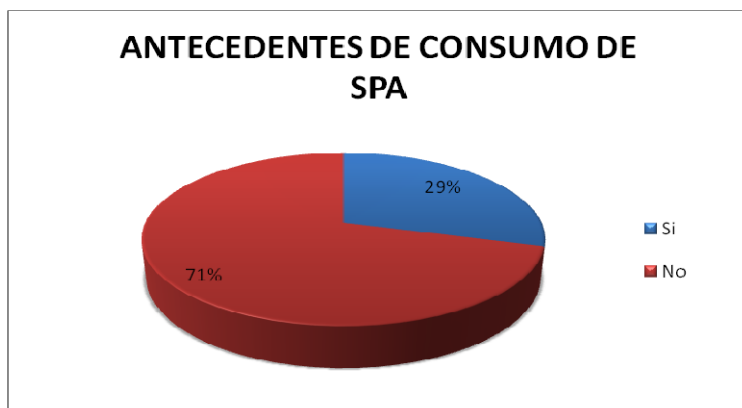
De acuerdo a las características de la población castrense intervenida (campesinos en su mayoría), se presenta un 22%, en donde la principal fuente de ingreso antes de entrar a formar parte de la institución militar, era la agricultura y el labrado de la tierra, un 18% se dedicaba a las labores de la construcción, que es un trabajo de corta duración, un 12% se desempeñaron como conductores, la mayoría de camiones de carga y taxis, otro 10% se dedicó a las ventas ambulantes: verduras, frutas, pescado entre otros y el resto ejerció otras labores como bodegueros-cargadores, carpinteros, zapateros, mecánicos, celadores etc., que no retribuyen mayores ingresos económicos y que por el contrario son empleos que exigen de la capacidad física de las personas o “mano de obra no calificada”.(Ver Gráfica 6).

La inmersión de estos jóvenes soldados hacia un contexto basado en el orden, el control, la normatización y subordinación, como lineamientos básicos de acción, comprenden un cambio a su estilo de vida frente al contexto ciudadano en el cual se encontraban, pasando de ambientes inestables de marginación tanto a nivel social como familiar, en donde la falta de una estructura familiar sólida, reforzada con el abandono de la escuela y la casi imposibilidad de lograr posteriormente una inserción laboral que les permita una vida digna, junto con el cambio de contexto social, en donde se pasa de una estructura de vida flexible a una estandarización y normatización de la misma, genera cambios en los estados de ánimo y afectan la esfera psicosocial de los jóvenes reclutados.

La combinación de los factores anteriores junto con el cambio de vida que experimentan los soldados campesinos, hacen de estos seres vulnerables y expuestos a situaciones negativas como lo es el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), de cigarrillo y bebidas alcohólicas; un aspecto que es notorio y que fue observado por la Profesional de Trabajo Social, que aumenta cuando se forma parte de la institución militar durante un periodo considerable, ya que se convierte en una forma fácil de olvidar la realidad inmediata en la cual se encuentran sumergidos.

El consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en los jóvenes es un aspecto de tipo social que se ha convertido en un problema de salud pública, no solo por la facilidad de iniciación por parte de los jóvenes; sino por la reincidencia que se genera a partir de su consumo, es por esto que muchos jóvenes que se integran a la institución castrense presentan antecedentes de consumo, sin embargo las políticas de incorporación para el Ejército mencionan que si el joven no ha consumido desde hace seis meses o no presenta adicción, puede prestar su servicio militar.(Ver Gráfica 7)

Gráfica 7. Antecedentes de Consumo



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

De acuerdo a las entrevistas realizadas, un 29% de los jóvenes admitió haber consumido de una vez a cuatro veces algún tipo de estupefaciente entre las cuales se destacan las siguientes: la marihuana como droga de fácil acceso tanto económico como social e inhalantes, pero se manifestó que no se tenía un consumo activo de ningún tipo de sustancia al momento de la incorporación y evaluación por parte del Profesional de Trabajo Social, lo cual los facultó para ser candidatos a prestar el servicio militar obligatorio.

Gráfica 8. Tipo de Sustancia consumida antes de prestar el Servicio Militar



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Por consiguiente, si no existe una adicción por parte del candidato a prestar el servicio militar, esto no debería constituir un obstáculo para que cumpla con lo reglamentado por la ley 48 de 1993 (Servicio Militar Obligatorio), pero en cierta medida el incorporar gente con antecedentes de consumo se convierte en un factor predisponente a que se reincida en el consumo y lo peor aún, que otros jóvenes se inicien por sus compañeros de pelotón o de grupo de asignación al momento de ser incorporados. Uno de los aspectos básicos que se deben tener en cuenta es que muchos soldados no se adaptan fácilmente a la vida militar y en sus inicios expresan sentimientos de soledad, nostalgia, negatividad, desacuerdo con las normas, problemas con compañeros, que no les permiten tener un adecuado ejercicio de su labor, conduciéndolos en muchas ocasiones al consumo de todo tipo de sustancias alucinógenas.

Durante el transcurso de la intervención profesional un 4% de los Soldados Campesinos (SLC) manifestaron su consumo activo al interior de la institución y lo adjudicaron a las razones anteriormente mencionadas, convirtiéndolo en un problema creciente y cíclico que puede llegar a afectar a otros jóvenes del mismo contingente.(Ver Gráfica 9)

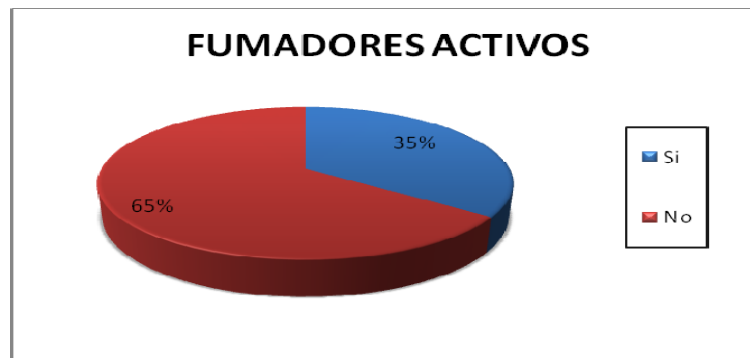
Gráfica 9. Consumo Activo de SPA



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

No obstante, no solo el consumo de estupefacientes constituye uno de los principales factores de riesgo de la población castrense, el uso del cigarrillo como droga permitida y legalizada es una de las principales actividades que realizan los jóvenes al interior de la institución (Ver Gráfica 10), encontrando que un 35% de los SLC del contingente 6-09 son fumadores activos y manifiestan su consumo debido a la ansiedad, el estrés, la preocupación por sus familiares y en muchos casos como hobby.⁵²

Gráfica 10. Consumo activo de Cigarrillo



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de la entrevista realizada como filtro de incorporación para Soldados Campesinos en el mes de Junio de 2009 (6-09)

Las anteriores características no solo corresponden a Soldados Campesinos (SLC), estas también trascienden y se marcan de manera uniforme en las otras categorías de jóvenes al interior de la institución como: en los Soldados Regulares (SLR), soldados profesionales quienes han decidido seguir con la carrera en la milicia después de terminar su servicio militar, a todas las unidades de soldados heridos en combate, quienes se encuentran ubicados en TRAMBUL (Tratamiento ambulatorio) y por último a los detenidos en la pieza de reflexión (por haber infringido normas internas).

Todos los aspectos anteriores son dificultades que se presentan al interior de la institución y que deben tener un control, direccionamiento e intervención por parte

⁵² BARAJAS SIERRA, Yesenia. Datos recopilados a partir de las entrevistas realizadas por la Profesional de Trabajo Social en el mes de Junio del año 2009.

de las profesionales en Trabajo Social y Psicología para apoyar ese proceso de adaptación que experimenta el personal recién incorporado. Por consiguiente, el desempeño profesional de Trabajo Social se centró en los grupos de jóvenes que recién ingresan a la vida militar y en los procesos pertinentes para superar los factores de vulnerabilidad, auto prevenirse y poder generar interacciones enriquecedoras y adaptativas que produjeran un impacto positivo en este grupo poblacional, enmarcado la intervención a partir de la educación como medida que permite crecer a nivel individual – grupal, amplía la visión de las realidades y posibilidades del individuo, concientiza acerca de las limitaciones y motiva al ser a la realización concreta de sus valores, siendo la persona un valor absoluto capaz de desplegar sentimientos de identidad y pertenencia al ámbito en particular donde se desarrolla, implicando la adopción voluntaria de conductas que conlleven a la protección de la salud, la evitación del riesgo y por último a estimular el pensamiento crítico frente al desarrollo en los distintos ambientes.

Es importante reconocer que en la época actual se requiere el desarrollo de actividades dirigidas no a mejorar la condición en la que se vive (objetivo muchas veces imposible de cumplir), sino a desarrollar la posibilidad de encontrar sentido en medio de la condición en que se vive⁵³ y por consiguiente, este trabajo tiene como enfoque la prevención y promoción de la salud como soporte básico frente al desarrollo humano y sus estilos de vida saludables como estrategia de acción.

⁵³ Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia, Bogotá, D.C., 2007-2010.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Como principio básico de acción, en lo que concierne al plano procedimental y con el fin de construir un análisis situacional a nivel institucional y social que permitiera permear una realidad social, la profesional de Trabajo social inicialmente centró sus esfuerzos en una revisión retroalimentaría de los anteriores proyectos implementados al interior del cantón militar, así como en la búsqueda de conocimientos bases que permitieran efectuar un adecuado análisis de la información, a fin de generar un proceso de intervención adecuado frente a los factores de riesgo que se presentan al interior de la institución castrense.

El anterior proceso permitió una articulación equilibrada de las debilidades y posibilidades que tienen los profesionales y sobre las que se busco construir un marco de acción que abordara con eficacia las problemáticas castrenses que se generan a partir de la integración de personal civil a dicha institución.

4.1 ANALISIS SITUACIONAL

Las Fuerzas Militares de Colombia, son las instituciones encargadas de defender la soberanía e integridad del territorio nacional, hasta el punto de poner en riesgo y perder la vida de su mismo personal militar en combate, solo con el objetivo de cumplir su misión; defender el territorio Colombiano y su población Civil.

De acuerdo al Plan Maestro de salud mental para las Fuerzas Militares en Colombia, 2007-2010, se establece el perfil del personal militar; el cual debe provenir de una familia integrada, poseer buena tolerancia a la frustración, tener un buen manejo de los impulsos, mostrar un moderado nivel de ansiedad, no tener tendencia al alcoholismo ni a la farmacodependencia, ser capaz de dar órdenes y recibirlas, estar en capacidad de establecer relaciones interpersonales intimas y

profundas y tener una conducta responsable. A partir de estas características se busca que el personal militar tenga la capacidad de enfrentar y sortear de manera adecuada situaciones conflictivas que se presentan dentro del contexto, que asuma de manera adecuada su rol militar, y que se adapte a las nuevas costumbres, valores y creencias, caracterizados por la uniformidad y jerarquías propias del entorno.⁵⁴

Sin embargo el personal militar incorporado a la institución no reúne todos los requisitos anteriormente mencionados y en muchos de los casos presentan deficiencias a nivel emocional y mental que les impiden tener un desempeño adecuado al interior de la institución. Es menester resaltar, que todas las situaciones presentes a especificar pueden ser derivadas de las condiciones de aislamiento del núcleo familiar, pareja y grupo de pares en las que se encontraban inmersos los individuos, así como la adaptación a un nuevo estilo de vida regido por el acatamiento de normas y órdenes por un superior, además de la pérdida plena de la libertad que antes manejaban fuera del contexto militar.

Todas las problemáticas anteriores son conocidas por el grupo de profesionales y practicantes de las diferentes disciplinas de la salud que hacen parte del cuerpo Militar Profesional; los cuales prestan sus servicios para disminuir o contribuir en lo posible a que los cuadros de soldados sea cual sea su rango, de oficiales y suboficiales tengan todas las oportunidades posibles para desempeñarse adecuadamente al interior de la institución y puedan fortalecer su salud mental, emocional y física para que esta sea lo más positivo posible.

Igualmente los servicios prestados por el personal Militar Profesional o civil brindan el apoyo, acompañamiento individualizado y atención de parejas, así como prestan los servicios de Promoción y Prevención (P y P) para informar y contribuir a mejorar los estilos de vida que tiene el cantón Militar.

⁵⁴ Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia, Bogotá, D.C., 2007-2010.

No obstante, La población militar, en especial los Soldados Regulares (SLR), los Soldados campesinos (SLC), los Soldados Bachilleres (SLB) y los Soldados Profesionales constituyen una población que evidencia problemáticas a nivel individual, que requieren de intervención profesional para superar y mejorar su salud mental y por consiguiente poder adaptarse a su nuevo estilo de vida. Una de las principales dificultades que se enmarcan en este tipo de población es la no adaptabilidad a la vida militar, por el mismo rigor que esta exige.

La adaptación al medio militar se ha convertido en un proceso complejo y en muchas ocasiones difícil de superar, en especial en los casos en que el servicio militar ha sido impuesto al individuo, es decir se le haya obligado a prestar sus servicios al país; esta situación hace que muchos de los jóvenes que ingresan a la institución presenten una situación orientada a la desmotivación y posiblemente hacia la frustración, puesto que se ven expuestos a cambiar de planes y a renunciar a algunas de las facetas atractivas y propias de la vida civil , haciendo que sus actitudes frente al nuevo medio sean negativas, llegando a obstruir el proceso de adaptación al medio militar.

Es por esto que es importante el apoyo terapéutico, la inducción y la orientación que brinda el ejercito a través de los profesionales y practicantes, para que los problemas como la desmotivación, frustración y actitudes negativas al cambio solo sean algo temporal y se fortalezca la iniciativa, la motivación, el liderazgo y el deseo de triunfar en todas las facetas que la vida les presenta, todo lo anterior se hace con él con el fin de evitar a futuro: la deserción de los Soldados de la institución, el consumo de sustancias psicoactivas las cuales son muy fáciles de conseguir entre tanto personal y la experimentación de sentimientos de soledad por lo que se está lejos de la familia y grupo de pares, los cuales afectan notablemente el desempeño normal de la Institución.

Es importante resaltar que los jóvenes que ingresan a la milicia con el propósito de solucionar su situación militar, recién están terminando sus estudios y en el peor y más frecuente de los casos aun no han terminado, además de ser personas con pocos recursos económicos; lo cual conlleva a que en la mayoría del personal militar sean estos unos jóvenes que apenas han cursado la primaria y unos grados de la educación superior y en pocos casos, estos sean analfabetas. Es importante mencionar que un joven soldado tiene que cumplir con un requisito mínimo que es leer y escribir, pero la necesidad de incorporar personal ha hecho que esto sea pasado por alto y que jóvenes analfabetas se formen en las filas de la milicia.

Sin embargo, el Ejército Nacional dentro de sus políticas de acción busca el desarrollo de actividades que requieren de una habilidad física y mental rápida, es por esto que el nivel educativo no presenta una dificultad para prestar el servicio militar o continuar con la carrera de Soldado Profesional. No obstante, existen unos convenios estudiantiles entre las Fuerzas Militares y el SENA (Servicio Nacional de Enseñanza y Aprendizaje), así como con la Corporación Matamoros, las cuales brindan formación tecnológica, validación del bachillerato, cursos de diferentes índoles y oportunidades de formación educativa para los jóvenes heridos en combate, los cuales no están prestando sus servicios a la institución.

Otro beneficio básico que brinda el cantón a su cuerpo Militar es la manutención completa de los Soldados (Regulares, Bachilleres, Campesinos y Profesionales), la cual está constituida por la alimentación, los servicios de seguridad social, alojamiento, uniformes entre otras cosas que permiten que los soldados tengan los recursos básicos para desempeñar sus actividades y no tengan gastos económicos mientras se encuentran vinculados al cantón Militar, así como los beneficios de casas fiscales, educación superior y seguridad social a Oficiales y Suboficiales e igualmente la vinculación a un Régimen Pensionario (20 años de servicio a la institución) ; lo cual evidencia la inversión financiera que tiene la institución por parte del Estado colombiano.

La vida militar no es fácil y el personal que forma sus filas constituye un ejemplo para las demás personas, debido a que exponen sus vidas para prestar sus servicios a la patria y se sumergen en situaciones difíciles y enfermedades que normalmente no se viven y que afectan la salud mental-física, el estado de ánimo y aumentan el temor y el miedo a la muerte; constituyendo una de las dificultades mas grandes al interior de la institución.

De muchos episodios de combate que se presentan, en la mayoría de los casos existen militares heridos: personas que pierden un miembro, un sentido, que quedan con deficiencias motoras o mentales; todas víctimas del conflicto armado de Colombia. Para estas personas el Ejército busca garantizar que su vida fuera de la Institución se desarrolle con normalidad, a lo cual responden con capacitaciones, atención en crisis, estudio, liquidación económica o pensión en varios casos la cual se determina por un dictamen Médico, todo con el fin de apoyar y reconocer el gran esfuerzo y sacrificio que tuvieron estos hombres para con el País.

Cabe resaltar que estos problemas a nivel personal no solo se presentan en los soldados ya sean regulares, bachilleres, campesinos o profesionales, la población de Oficiales y Suboficiales también se encuentra sumergida en esta situación, claro está que unos más que otros, todo dependiendo de la función que estén ejerciendo, ya que esta puede ser de curso Militar o de curso Profesional (Administrativo).

Todo lo anterior predispone al personal militar a desarrollar patologías que son generadas por su misma dinámica de vida y de “trabajo”, haciendo necesario la creación de estrategias de promoción y prevención de la salud mental con el fin de favorecer y generar una mejor calidad de vida para quienes ingresan a la milicia e integran las fuerzas militares.

Por consiguiente, y con el fin de dar cuenta a lo anterior, así como de fundamentar la intervención profesional, en la Tabla 2 se presenta un análisis de las fortalezas, debilidades (nivel interno), oportunidades y amenazas (nivel externo), con el propósito de ser específicos respecto a la dinámica institucional y social que se maneja dentro como fuera de la institución castrense.

Tabla 2. Matriz DOFA

FORTALEZAS (Inter)	DEBILIDADES (Inter)
1. La presencia de estudiantes en práctica de Trabajo Social y psicología que apoyan todos los procesos manejados al interior del Departamento de Psicología Militar (PSICMIL).	1. Baja escolaridad de los Soldados, ya que son reclutados a los 18 años, sin importar la dinámica de vida que lleven, lo cual obstaculiza que sigan o reanuden sus estudios.
2. El desarrollo de procesos de inducción, e incorporación de soldados, a partir de una valoración psicopatológica que determina si el individuo es apto o no para prestar el servicio o seguir con la carrera militar.	2. El autoritarismo y la rigidez de las relaciones interpersonales entre subalternos y superiores afecta la motivación y el sentido de pertenencia a la Institución por parte de los Subalternos.
3. El servicio de atención individual y en parejas en la sección de Psicología Militar para el manejo y resolución de conflictos de diferente naturaleza; ya sean personales o familiares.	3. Alta demanda de personal militar, frente a la oferta de jóvenes con las capacidades cognitivas que se requieren para ser incorporados.
4. El desarrollo de Programas de P y P (promoción y prevención) sintonizados a nivel nacional por la emisora FFMM, quien brinda un espacio de participación a las practicantes de Trabajos Social y Psicología para que dirijan el programa “Mejora tu Vida”.	4. Falta de conocimiento por parte de los Soldados Regulares, Bachilleres y Campesinos, sobre los servicios de atención y apoyo individual y familiar que ofrece la sección de Psicología Militar (PSICMIL).
5. Existencia de la sección de Psicología Militar que apoya y dirige todos los procesos de intervención en salud mental del cuerpo Militar.	5. Situación de riesgo permanente por parte de los soldados profesionales, oficiales y suboficiales que ejecutan operaciones militares en el área.

<p>6. Autonomía por parte de las practicantes para intervenir en grupos específicos de la población militar y desarrollar su plan de trabajo.</p>	<p>6. Poco personal profesional para satisfacer la demanda de la población Militar y los procesos de intervención que se requieren.</p>
<p>7. Disponibilidad de amplias instalaciones y equipos tecnológicos para el desarrollo de las actividades programadas con la población Militar, con excepción de los detenidos por motivos de su situación actual, no pueden salir de la pieza de reflexión; limitando el trabajo profesional.</p>	<p>7. La separación del personal familiar con su familia durante largos periodos de tiempo.</p>
<p>8. Apoyo terapéutico, inducción y orientación a los soldados incorporados, para que entiendan la dinámica de trabajo del ejército y puedan adaptarse más fácilmente a la vida militar y sus exigencias.</p>	<p>8. Presencia de problemas personales; desmotivación, estrés postraumático, consumo de sustancias psicoactivas, problemas con los superiores, miedo y soledad que experimentan algunos soldados, especialmente aquellos que fueron reclutados por obligación.</p>
<p>9. La vinculación directa de los jóvenes al ejército (Servicio Militar); les permite obtener su libreta militar y en ciertos casos se convierte en una opción de trabajo para los que desean seguir con la carrera militar.</p>	<p>9. Poca cultura del auto cuidado y prácticas de estilos de vida saludables por parte de los soldados regulares, bachilleres, profesionales y en muchos casos de oficiales y suboficiales.</p>
<p>10. Los oficiales y suboficiales cuentan con el beneficio de vivienda fiscal, las cuales se encuentran en el interior del Batallón al cual están asignados.</p>	<p>10. Problemas a nivel de pareja en el caso de los soldados profesionales, suboficiales y oficiales quienes dejan en segundo plano su vida familiar por la dinámica de trabajo que manejan.</p>
<p>11. Manutención de los soldados regulares, profesionales y bachilleres, a quienes se les da el beneficio de alojamiento, alimentación, dotación de uniformes, acceso a seguridad social y educación en ciertos casos (Soldados heridos en combate).</p>	<p>11. Falta de consistencia en el desarrollo de procesos de intervención, los cuales se ven interrumpidos por la movilidad y la dinámica de trabajo de la población, la cual tiene mayor importancia para la institución que los procesos de bienestar mental que se estén ejecutando.</p>
<p>12. Manejo de procesos de ascenso de oficiales y suboficiales, de selección de guías caninos, de baja (retiro) de soldados; así como de oficiales y suboficiales.</p>	<p>12. No existe especificad en el rol de Trabajo Social al interior de la Institución.</p>

13. Intervención individual y/o grupal de cuadros militares, de acuerdo a las demandas o necesidades que se estén presentando.	13. Alta demanda del servicio de salud del Hospital Militar Regional (HOSMIR) frente a la oferta de los servicios prestados a la población Militar y sus familias.
	14. La alta restricción de salida del personal Militar, sin importar los problemas familiares por los cuales estén atravesando (en su mayoría afectan su estado emocional).

Tabla 2 (Continuación)

AMENAZAS (Ext)	OPORTUNIDADES (Ext)
1. Alto riesgo de muerte en operaciones por parte de los soldados profesionales (SLP) y oficiales y suboficiales que comandan las operaciones en el área.	1. Convenio Estudiantil entre el Ejército Nacional, el SENA y la Corporación Matamoros, dirigidos por la Sección de Psicología Militar (PSICMIL), que brindan oportunidades de validación del bachillerato y de estudio de carreras tecnológicas a los soldados heridos en combate.
2. Alta exposición de los soldados, oficiales y suboficiales a enfermedades o ha infecciones en el área de combate por las dificultades que afrontan en cuanto al aseo personal, durante las operaciones y el patrullaje.	2. Alianzas del Ejército con universidades que brindan la oportunidad a que oficiales y suboficiales estudien una carrera profesional.
3. Baja motivación y experimentación de sentimientos de miedo por parte de los soldados profesionales, por el constante riesgo que corre su vida y las experiencias de muerte que han presenciado de sus compañeros durante los combates.	3. Gran inversión financiera por parte del actual Gobierno; destinando una alta inversión presupuestal para el mantenimiento y desarrollo de las actividades y operaciones de la institución.
4. La decepción y soledad que experimentan los soldados al vivenciar el poco tiempo que tienen para visitar o compartir con su familia.	4. Vinculación del personal militar a un régimen pensionario, al cual se puede acceder después de 20 años de servicio al país.

5. La deserción de soldados regulares, campesinos, bachilleres y profesionales que no se han adaptado a la vida Militar.	5. Reconocimiento de la FFMM a nivel nacional, como una emisora responsable y necesaria para informar, educar y dar a conocer los acontecimientos Militares que se están presentando.
6. El manejo de armamento por parte del personal Militar, el cual predispone a situaciones de riesgo por el mal manejo de armas e inclusive a casos de suicidio o Homicidio a compañeros y civiles.	6. Reconocimiento a nivel nacional e internacional de la institución, por su disciplina, su valor y su necesidad como fuerza pública.
7. El abuso de poder por parte de los Oficiales y Suboficiales con los soldados, desencadenando situaciones de violación y atropello de derechos humanos a sus propios pelotones e inclusive en su núcleo familiar.	7. Avance tecnológico al interior de la institución que permite un mejor entrenamiento del personal militar, así como realizar operaciones con mayor precisión y éxito.
8. La separación y ruptura de vínculos familiares, que pueden desestabilizar la salud mental de los militares y afectarlos gravemente a nivel emocional.	8. El seguir la carrera Militar voluntaria como Soldado Profesional les garantiza a los jóvenes de pocos recursos, una remuneración salarial estable, así como una opción de trabajo.
9. Mitos y creencias que tienen y construye el personal Militar sobre el adecuado cuidado de la salud y la necesidad de educación al respecto.	9. Valoración Médica y Psicología para pensionar o liquidar económicamente a un soldado herido en combate, el cual ya no puede seguir prestando sus servicios a la institución por la situación física y emocional en la cual se encuentra.
10. Aumento y constancia del consumo de sustancias psicoactivas debido a la facilidad de adquisición y a los grandes campos al interior de la institución que son utilizados para consumirla.	10. Vinculación de personal civil Profesional a la institución; el cual puede laborar y apoyar todos los procesos que se estén desarrollando.

Fuente. BARAJAS, Sierra. Yesenia. Bucaramanga. 2009

De acuerdo, al análisis DOFA realizado a partir de un análisis institucional se hace necesario identificar las posibles estrategias de intervención profesional a partir del cruce de las variables identificadas, en especial de aquellas que tienen un mayor impacto en la institución Militar y que por lo tanto merecen una atención prioritaria. (Ver Tabla 3.)

Tabla 3. Cruce de Variables- DOFA

FO (Fortalezas y Oportunidades)	DO (Debilidades y oportunidades)
Educación para la salud de hábitos de vida saludables en el personal Militar.	Visitas de comprobación familiar al personal de oficiales y suboficiales, con el fin de brindar una adecuada orientación y atención de pareja.
Demanda inducida en el uso de los servicios de psicología y Trabajo Social a nivel individual, de pareja y en crisis al personal Militar.	Atención individualizada de las familias de los Oficiales y Suboficiales de la Quinta Brigada.
Motivación del cuerpo de Soldados (SLP, SLC, SLR, SLB), Oficiales y Suboficiales a hacer partícipe de todos los programas de capacitación establecidos por la división de sanidad.	Utilización de medios de difusión institucional para dar a conocer los servicios de atención prestados en la Sección de Psicología Militar.
	Educación sobre el buen trato para el manejo y resolución de conflictos entre los soldados.
	Promoción de conductas de auto cuidado y auto reconocimiento que permitan elevar la autoestima y confianza del cuerpo Militar.

Tabla 3 (Continuación)

FA (Fortalezas y Amenazas)	DA (Debilidades y Amenazas)
Información sobre las garantías que le brinda la institución a nivel educativo al cuerpo militar.	Enseñanza de las formas de afrontamiento ante situaciones difíciles, en especial en el cuerpo de SLP, Oficiales y Suboficiales que van para el área.
Motivación del personal Militar (Heridos en combate, Oficiales y Suboficiales) a	Discernimiento de los mitos preexistentes sobre las conductas del

estudiar y aprovechar las garantías que les brinda el Ejército.	auto cuidado e inculcar al cuerpo Militar la importancia de estas.
Intervención y asistencia (profesionales de Trabajo Social y Psicología) al personal en crisis y estrés postguerra.	
Promoción de la cultura del buen trato en los oficiales y suboficiales del cantón Militar.	
Sensibilización sobre el respeto, la constancia y el adecuado manejo de relaciones familiares y de pareja a los SLP, Oficiales y Suboficiales.	
Fortalecimiento del sentido de pertenencia y amor a la institución a fin de evitar la desertión y robo de armamento.	

Fuente. BARAJAS, Sierra. Yesenia. Bucaramanga. 2009.

De acuerdo a la matriz DOFA realizada y al cruce de variables realizado, se presenta la secuencia a los planes operativos desarrollados, cada uno con su respectivo proceso metodológico de ejecución.

4.2 DESARROLLO DEL PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN

Como principio fundamental de acción profesional, el conocimiento de la realidad inmediata constituye el principal paso que se debe dar para intervenir en la misma. A partir de lo anterior, se inicio el análisis de información almacenada en el archivo de psicología Militar y a la recopilación de información actual sobre los jóvenes reclutados al ejército con el fin de prestar su servicio Militar, a través de entrevistas estructuradas que permitían conocer más de cerca la vida familiar, social, laboral y

cultural que tienen todos y cada uno de los jóvenes colombianos que entran a formar parte de las filas de la milicia.

Una de las principales metodologías utilizadas en la recopilación de información se dio a través de las incorporaciones masivas de Soldados Regulares, campesinos, Bachilleres y Soldados Profesionales como medida disciplinar y básica para entrar a la institución, la aplicación de un formato base-estandarizado dado por la misma sección de Psicología Militar permitió a la profesional tener una visión más clara y cercana, debido a que la misma se encargada de registrar y entrevistar a los jóvenes reclutas, así como la información registrada a partir de los conversatorios desarrollados en la intervención.

Posteriormente, la realización de un análisis de los formatos de incorporación permitió conocer la similitud que existe entre la individualidad de cada joven y su realidad socio familiar inmediata, así como sus antecedentes de tipo sociocultural, evidenciando grandes deficiencias a nivel de superación en relación a la educación y a sus núcleos familiares. A partir de lo anterior, se consideró importante generar un trabajo interdisciplinar con el personal que recién es ingresado a la milicia, con el cual se podría generar un proceso de mayor impacto a nivel de adaptabilidad.

Inicialmente se planeó un programa de trabajo que lograba abarcar a los pelotones incorporados para el presente año (2009), en especial a aquellos en los que se hizo partícipe la profesional de Trabajo Social, incorporando personal de diferentes batallones (unidades) y pelotones de asignación, con el propósito de lograr abarcar casi el total de la población de Soldados Campesinos recién integrados a las filas en el mes de junio del año 2009. (Contingente 6 del 9).

De acuerdo a los datos obtenidos previamente, del análisis y la fundamentación textual tanto del contexto institucional como de los antecedentes de los proyectos

anteriores, se diseñaron planes de trabajo con su respectiva estrategia, que permitiera enfrentar de manera continua y con la mayor objetividad posible los problemas y necesidades detectadas a partir del diagnóstico situacional y la respectiva matriz DOFA, a fin de fortalecer los factores positivos, disminuir los aspectos negativos y generar impacto a gran escala y con la mayor sensibilidad posible.

Seguidamente a la estructuración de los planes de trabajo, los cuales se fundamentaban principalmente en la promoción y prevención de estilos de vida saludables y en todos los aspectos que esto abarca, además del desarrollo de las actividades misionales de la sección de Psicología Militar las cuales se abarcaron desde el inicio hasta el final del proceso de aprendizaje, junto con las variables del tiempo y los recursos disponibles, se decidió trabajar con grupos separados, cada uno de acuerdo a su pelotón y batallón con el fin de tener un acercamiento e incidencia mayor en esta población.

La principal intención de trabajar con pelotones ya conformados se debía a que estos formarían lazos de amistad y grupos de pares, permaneciendo en la misma unidad durante los 18 meses que se encuentren en la institución militar, lo cual constituía un punto a favor frente a la construcción de valores de amistad, corresponsabilidad, respeto, responsabilidad y orientación.

Debido a lo anterior y de manera consecutiva se partió de un modelo integrador de la realidad social como eje de intervención profesional, en el cual se fundamentaron un conjunto de acciones determinantes para el cumplimiento del siguiente objetivo propuesto.

4.3 PLANEACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA QUINTA BRIGADA

El personal Militar perteneciente al Ejército Nacional – Quinta Brigada presenta una dinámica de vida y trabajo bastante riesgosa que puede llegar a afectar gravemente la salud física y mental de una persona sino se contribuye a su adaptabilidad y orientación durante su trayectoria al interior de la institución.

Es importante resaltar que la intervención profesional en el proceso de adaptación de una persona a la vida militar cumple un papel básico y fundamental para que esta pueda enfrentar y manejar nuevas situaciones y vivencias difíciles al interior y fuera de la institución; igualmente puede aportar sus conocimientos, así como orientar al personal militar a mantener y propiciar su estado de salud y disminuir su deterioro a nivel personal.

Por consiguiente, el principal Objetivo de intervención por parte de la profesional de Trabajo Social al interior de la Quinta Brigada se centra en : Fomentar estilos de vida saludables que generen un impacto favorable en la calidad de vida del personal Militar, teniendo presente aspectos relacionados con el tema como los son el auto cuidado, la reevaluación de conductas nocivas (consumo de cigarrillo, sustancias Psicoactivas, abuso del alcohol), el buen trato para el manejo y resolución de conflictos en busca de una convivencia pacífica, manejo del estrés, uso adecuado del tiempo libre, auto reconocimiento y proyecto de vida a futuro. Igualmente, se considera importante el fortalecer las relaciones familiares del cuerpo de Oficiales y Suboficiales de la institución a fin de permitir un crecimiento y desarrollo pleno del grupo familiar de los uniformados.

Todo lo anterior se construye y vislumbra sobre una base integradora del ser humano como único ente capaz de dar un giro inesperado a su vida y propiciar

condiciones positivas para mantener y mejorar su estilo de vida en pro de un bienestar ya sea individual o grupal.

Por consiguiente, con base en la esquematización anterior y de acuerdo a las variables resultantes del cruce de la matriz DOFA, se dan por estrategias para la intervención profesional en Trabajo Social las siguientes:

1. Educación para la salud de hábitos de vida saludables en el personal Militar pertenecientes a los pelotones recién incorporados (6-09) del Batallón Ricaurte (BIRIC), el Batallón Galán (BAGAL), y el Batallón Coronel Luciano D´elhuyar (BILUD)
2. Promoción de conductas de auto cuidado y auto reconocimiento que permitan elevar la autoestima y confianza del personal recluido en la pieza de detenidos.
3. Educación sobre el buen trato para el manejo y resolución de conflictos entre los soldados recluidos en la pieza de detenidos.
4. Visitas de comprobación familiar al personal de oficiales y suboficiales del Ejército Nacional.
5. Apoyo a los procesos misionales de la sección de Psicología Militar (PSICMIL).

De acuerdo a las estrategias planteadas, se presentan los planes de trabajo que permiten visualizar el orden y desarrollo de las mismas durante la intervención profesional al interior de la Quinta Brigada.

4.4 EJECUCIÓN

Tabla 4. Plan de Trabajo No 1

OBJETIVO: Promover en el Personal Militar la necesidad de adquirir hábitos de vida saludables.				
ESTRATEGIA: Educación para la salud de hábitos de vida saludables en el personal Militar pertenecientes a los pelotones recién incorporados (6-09) del Batallón Ricaurte (BIRIC), el Batallón Galán (BAGAL), y el Batallón Coronel Luciano D'elhuyar (BILUD)				
ACCIONES ESTRATEGIAS	TAREAS	METAS	INDICADORES	AVANCES DEL PROCESO Y PROPÓSITOS
1. Establecer un cronograma de las sesiones pedagógicas (actividades lúdicas y talleres) que se desarrollaran.	Definir las fechas exactas y los temas a tratar en cada sesión. Los temas son: El consumo de alcohol y cigarrillo, comunicación asertiva, manejo del estrés, el uso de sustancias psicoactivas, el manejo del tiempo libre.	Establecer el programa de trabajo a realizar en un mes.	Cumplimiento del cronograma establecido para un mes.	Se estableció un cronograma de trabajo de un mes. Se plantearon cuatro talleres con temas relacionados a los hábitos de vida saludable.
2. Convocar a la población sujeto de intervención.	* Seleccionar la población. *Informar sobre el trabajo que se llevará a cabo a través de un contacto directo con el grupo.	Convocar el 100% de la población objeto de intervención.	No de personal asistente/ No de personal convocado X 100	La población intervenida comprende: * un pelotón recién incorporado de 35 hombres asignados al Batallón Ricaurte. *Un pelotón de 35 hombres del Batallón Coronel Luciano D'elhuyar". *Pelotón y medio de 53 hombres del Batallón Galán Se informó a la población de los talleres y las fechas exactas en las que se van a realizar, obteniendo el interés y la aprobación del grupo.

3. Ejecución de las sesiones pedagógicas (actividades lúdicas y talleres)	* Establecer los objetivos y las metodologías a tratar en cada sesión pedagógica.	Lograr la ejecución de las actividades programadas.	No de actividades desarrolladas/ No de actividades programadas X 100	Se realizaron los cuatro talleres programados, lo cuales son: *El consumo de alcohol y cigarrillo. *El manejo del estrés. *El uso de sustancias psicoactivas. *El manejo del tiempo libre.
4. Registro de la asistencia del personal asistente a través de un formato de auto registro.	*Diseño del formato. *Distribución de un formato por sesión. *Registro individual de cada participante.	Registrar el 100% del personal asistente a cada sesión de trabajo.	*No de personal asistente/No de personal registrado X 100	Se llevó un registro individual por cada sesión realizada y cada grupo de trabajo, obteniendo la participación de la población en su totalidad.

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

La adquisición de estilos de vida saludables en el personal Militar es una de las principales formas de mejorar la calidad de vida de los uniformados ;debido a que por su dinámica de trabajo, el manejo y vivencia de situaciones difíciles que en muchas ocasiones son de alto riesgo y el contexto social en el cual se encuentran sumergidos los predisponen a un alto deterioro tanto emocional, mental y físico que puede afectar gravemente su calidad de vida y el desempeño diario al interior del cantón Militar.

“una acción repetida se vuelve un habito, un habito se vuelve una costumbre y la práctica de una serie de costumbres se vuelve un estilo de vida”

El mantener hábitos de vida saludables permite que las personas adquieran comportamientos positivos para su salud con respecto a factores nocivos que deterioran rápida o lentamente el estado físico y mental de los seres humanos, es indispensable que una persona se reconozca a sí misma como el principal determinante de su salud y que adopte un modo integral de vida, con el fin de

gozar de una existencia más plena y sana, es por esto que la orientación es básica para que una persona conozca, se instruya y modifique las conductas nocivas que en muchos casos inconscientemente realiza.

La promoción de estilos de vida saludables constituyen el principal accionar de los profesionales gestores del bienestar humano al interior del Ejército Nacional y más específicamente la Quinta Brigada de la ciudad de Bucaramanga, esto se da principalmente por la gran cantidad de personal vinculado a la institución que desconocen factores protectores que generen y mantengan conductas saludables que propicien un bienestar mas integral.

Debido a lo anterior la promoción de la salud mental en las unidades militares y específicamente en los contingentes de soldados deber ser el principio de orientación, intervención y educación para contribuir a que cada individuo o grupo integrante de la Fuerza Militar pueda responsabilizarse de su cuidado, mediante la educación y el conocimiento propio como ser humano.

Por lo tanto, se hizo necesario promover estilos de vida saludables pero principalmente enfocados a jóvenes que inician un proceso de convivencia, responsabilidad y adaptación a un nuevo contexto de normas a las cuales estarán sujetos durante 22 meses de su vida, enfocando el trabajo con la población del contingente 6 del 09 (incorporados el mes 6 del año 2009) de Soldados Campesinos, para que adoptaran y fortalecieran desde un comienzo factores protectores de la salud mental y física que contribuyeran a su desarrollo personal dentro y fuera de la institución Militar.

Es necesario especificar que el trabajo realizado se llevó a cabo con la siguiente población de Soldados Campesinos:

- ✚ Del Batallón de Infantería No. 14 "Capitán Antonio Ricaurte", con puesto de mando en Bucaramanga, Santander (BIRIC) , incorporado por dos pelotones, cada uno de 35 hombres, de los cuales se trabajo el pelotón-alojamiento No 2.
- ✚ Batallón de Infantería No. 40 "Coronel Luciano D´elhuyar", con puesto de mando en San Vicente de Chucuri, Santander (BILUD), incorporado por dos pelotones, cada uno de 35 hombre, de los cuales se trabajo con el pelotón-alojamiento No 2.
- ✚ Batallón de Artillería No. 5 "Capitán José Antonio Galán", con puesto de mando en Socorro, Santander (BAGAL),incorporado por tres pelotones, cada uno con 35 hombres, de los cuales se trabajo con el pelotón No 2 y la mitad del pelotón No 3. En total con 53 hombres.

Como parte del desarrollo de las actividades es necesario informar que el plan de trabajo No 1 se llevó a cabo con todos los pelotones anteriormente mencionados y se realizó un taller al día con cada pelotón, pero con horarios diferentes debido a que estos no se pueden mezclar por la unidad (Batallón) de asignación y la diferencia de comandantes por pelotón –alojamiento.

En la actividad se contó con la participación de 32 Soldados campesinos en el batallón Ricaurte, 33 en el Batallón Luciano D´elhuyar y 53 hombres del Batallón Galán. Los jóvenes ausentados que en su totalidad fueron 5 de 123 se debieron a que se encontraban prestado servicio de centinela y guardia de alojamiento.

Es importante resaltar que para el desarrollo de las actividades las cuales todas giraron en torno a la promoción de estilos de vida saludables no se hizo necesario la presencia de ningún comandante de pelotón, integrando el grupo:

- La profesional de Trabajo Social.
- Pelotón de soldados campesinos de acuerdo al batallón de mando.

En el desarrollo de las actividades no se presento ningún tipo de inconveniente frente al manejo del grupo, debido a que este respondió con motivación, participación y entusiasmo ante el trabajo realizado, adicional a esto se logró aclarar la profesión de la ejecutora de la actividad e igualmente el rol que como trabajadora social se puede desempeñar y los alcances que se tienen.

Principalmente ante el trabajo realizado en los talleres programados a los pelotones de Soldados Campesinos se trabajaron temas que fortalecieran los estilos de vida de los uniformados, como fueron: el consumo de sustancias psicoactivas SPA, el manejo del estrés, proyecto de vida, manejo del tiempo libre, la comunicación asertiva y el consumo de cigarrillo y alcohol, con el fin de orientar al crecimiento personal de los jóvenes soldados. Resumiendo las actividades en las siguientes:

- **TALLER No 1-** *Comunicación asertiva para la adecuada resolución de conflictos.*
- **TALLER No 2-** *Uso adecuado del tiempo libre frente al manejo del estrés.*
- **TALLER No 3-** *Proyecto de vida presente y futuro.*
- **TALLER No 4-** *Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) , el cigarrillo y el alcohol*

Los trabajos realizados en cada sesión se dividieron en una sesión teórica-participativa en donde los jóvenes preguntaban, opinaban y contaban experiencias sobre su diario vivir a lo que la profesional respondía ,aclaraba dudas y orientaba las formas adecuadas de fomentar la salud no solo a nivel individual sino también grupal.

Cada sesión de trabajo estuvo acompañada de una actividad lúdica, que permitiera a los jóvenes cambiar la rutina diaria de trabajo y distrajeran su mente

al mismo tiempo que interactuaban y fortalecían sus relaciones como grupo. Entre las actividades que se aplicaron se pusieron en uso el juego, la competencia, el auto reconocimiento, la diversión, el esparcimiento, el trabajo en equipo y la relajación ante todo el estrés y la rigidez que experimentan a diario.

Durante el desarrollo de las sesiones la mayoría de los soldados expresaron el gran estrés que manejan y que debido a eso es que fuman bastante y tres de ellos manifestaron su consumo de marihuana, igualmente se les orientó sobre una adecuada técnica de relajación para que pusieran en práctica y las consecuencias de consumir sustancias psicoactivas entre estas el cigarrillo.

Al final de cada sesión se hizo básico una reflexión sobre lo trabajado y las sugerencias y opiniones que se quisieran aportar al trabajo y a la profesional, a lo cual se intercambiaron aportes y se reconoció la labor realizada así como la demanda de más intervención grupal con ellos. Finalmente, fue aplicado el formato de registro para monitorear la asistencia de los soldados campesinos a cada sesión realizada.

Tabla 5. Plan de Trabajo No 2

OBJETIVO: Sensibilizar al personal detenido sobre la importancia de las conductas de auto cuidado, con el fin de reconocerse y educarse como seres humanos integrales.				
ESTRATEGIA: Promoción de conductas de auto cuidado y auto reconocimiento que permitan elevar la autoestima y confianza del personal recluido en la pieza de detenidos.				
ACCIONES ESTRATEGIAS	TAREAS	METAS	INDICADORES	AVANCES DEL PROCESO Y PROPÓSITOS
1. Establecer un cronograma, de talleres y actividades lúdicas que se van a realizar	Definir las fechas exactas y los temas a tratar en cada sesión	Establecer un programa a realizar en tres sesiones.	Dar cumplimiento al cronograma en las fechas establecidas.	Se estableció un cronograma que abarcará dos sesiones de trabajo con los temas correspondientes para cada una. Se plantearon los talleres con temas relacionados a la

				autoestima, el auto reconocimiento, la autoevaluación, la relajación para combatir el estrés, así como el plan de vida y de trabajo a futuro.
2. Visitar e informar la población a intervenir.	<p>* Visitar la pieza de detenidos ubicada en el Batallón Caldas.</p> <p>* Presentar la propuesta y motivar su participación.</p> <p>*Establecer el día miércoles para la visita y desarrollo de las actividades.</p>	Iniciar y terminar el proceso planeado sin interrupciones.	No de visitas realizadas/ No visitas programadas X 100	Se visitó la pieza de detenidos, la cual alberga a 18 hombres y se informó sobre el proceso que se llevaría a cabo con ellos y la reacción fue positiva.
3. Ejecución de las actividades lúdicas y talleres programados.	Establecer los objetivos y las metodologías a tratar en cada taller o actividad lúdica.	Lograr la ejecución de las actividades programadas.	No de actividades desarrolladas/ No de actividades programadas X 100	<p>Se realizó el primer taller sobre la autoestima y auto concepto, estableciendo esquemas como: auto percepción, la imagen proyectada y la auto aceptación de cada uno como ser humano valioso y se trabajo el proyecto de vida de los detenidos a corto plazo.</p> <p>Posteriormente se llevó a cabo un segundo taller de relajación para combatir el estrés por la situación que viven a diario y durante periodos prolongados.</p>
4. Registro de la asistencia del personal asistente a través de un formato de auto registro.	<p>*Diseño del formato.</p> <p>*Distribución de un formato por sesión.</p> <p>*Registro individual de cada participante.</p>	Registrar el 100% del personal asistente a cada sesión de trabajo.	No de personal asistente/No de personal registrado X 100	Se hicieron dos registros: En las dos sesiones de trabajo se registró la participación de 14 detenidos de 18, debido a que dos se encontraban fuera de la pieza realizando trabajos y dos se encargaban de la

				venta de minutos y la mini tienda que tienen al interior de la pieza.
--	--	--	--	---

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

El personal recluido en la pieza de detención es de características y rangos muy variados, principalmente un uniformado integrado a la pieza de detención ha infringido normas plenamente establecidas en el Ejército Nacional, la cuales son de pleno conocimiento para los uniformados a lo cual tiene que responder ante un juez de carácter Militar y cumplir su pena o castigo en la pieza mientras se es juzgado y definido su situación penal.

La pieza se encuentra actualmente integrada por 20 hombres entre los cuales hay Soldados Regulares en su mayoría, Soldados campesinos, Soldados Profesionales, Suboficiales y Oficiales del Ejército; en el momento no había ningún soldado Bachiller. Estos se encuentran por delitos como homicidio culposo, falsos positivos, robo de armamento y munición, desertión, tráfico de armas, abandono del puesto de centinela entre otras que infringen las normas establecidas de seguridad, responsabilidad, lealtad, respeto, transparencia y honor al Ejército Nacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que la pieza de detención se encuentra ubicada en el Batallón de Ingenieros No. 5 "Coronel Francisco José de Caldas", con puesto de mando en Bucaramanga, Santander (BICAL), conformado por un pequeño patio y dos piezas donde duermen los militares detenidos y el periodo mínimo conocido de detención es de 4 meses.

En general se puede decir que las situaciones que se evidencian notoriamente y se acentúan debido a su reclusión en la pieza son: la baja autoestima, los

conflictos a nivel interpersonal, el estrés y la falta de expectativas a futuro, siendo necesario intervenir con ellos y promover una mejor convivencia y manejo de la situación que se encuentran viviendo, así como fortalecerlos a nivel personal para afrontar y superar su situación de detención. Por lo tanto, se realizaron las siguientes actividades:

- **TALLER No 1-** *Autoestima, auto reconocimiento y autoevaluación.*
- **TALLER No 2-** *Expectativas futuras para construir el plan de vida y de trabajo a futuro.*
- **TALLER No 3-** *La relajación como herramienta para combatir el estrés.*

En el desarrollo de las dos sesiones de trabajo a nivel de autoestima, auto cuidado, auto reconocimiento, junto con proyecto de vida y trabajo, se trabajó con 14 hombres de 18 en el momento de estas fechas ya que su número aumentó a 20 para los talleres posteriores. De los 18 hombres, 4 no asistieron porque dos se encuentran laborando como embaladores por buen comportamiento y dos se dedicaron a atender una venta de minutos y una mini tienda que poseen al interior de la pieza para mantener un ingreso en colectivo.

Para el desarrollo de los talleres se hizo indispensable el acompañamiento de los comandantes de la pieza e igualmente la colaboración de un sargento recluido en la misma, el cual contribuyó enormemente en la organización de los jóvenes y el orden. Obteniendo como participantes los siguientes:

- Profesional de Trabajo Social
- Comandante de la pieza de detención y el respectivo guardia.
- Personal detenido.

Las actividades programadas se desarrollaron con éxito y la participación fue notoria y de gran ayuda para mejorar su estado anímico, es importante resaltar

que por motivos del espacio es imposible desarrollar actividades lúdicas al interior de la pieza de detención ya que el único espacio asignado para trabajar con ellos es en el pequeño patio, el cual no reúne las condiciones de espacio ni comodidad, sin embargo se trabajó con hojas y lápices para plasmar la autoimagen de cada uno, resaltando las capacidades individuales y de los compañeros y así mismo se planteó un proyecto de vida a futuro para cada uno después de resolver su situación penal.

De la actividad anterior se conoció la gran creatividad de los jóvenes y los grandes deseos de trabajar en su mayoría y de estudiar de unos pocos, así mismo se resaltó la gran capacidad de autoevaluación y de autoconocimiento, permitiendo tener una reflexión positiva y grandes aportes por parte del grupo de trabajo.

El segundo trabajo realizado se desarrolló el tema del estrés y se implementó una técnica de relajación como medida preventiva para el constante estrés y ansiedad que experimentan los detenidos. En el desarrollo de la actividad se contó con la participación activa del grupo en general y la manifestación de necesidad de estos espacios con un profesional para mejorar su situación emocional y física en la pieza de detención.

Tabla 6. Plan de Trabajo No 3

OBJETIVO: Promover una convivencia pacífica y buenas relaciones interpersonales al interior de la pieza de detenidos.				
ESTRATEGIA: Educación sobre el buen trato para el manejo y resolución de conflictos entre los soldados recluidos en la pieza de detenidos.				
ACCIONES ESTRATEGIAS	TAREAS	METAS	INDICADORES	AVANCES DEL PROCESO Y PROPÓSITOS
1. Contacto directo y acercamiento con el personal Militar recluido en la	<ol style="list-style-type: none"> Encuentro directo con el grupo. Conformar grupos de trabajo. 	Informar e incentivar a participar al 100% del grupo recluido en la pieza de detención.	No de personal recluido / No de personal conformado en los grupos de trabajo X 100	El grupo de 18 detenidos aumentó a 20 por la reclusión de 2 soldados profesionales en estas fechas.

pieza de detención.		Igualmente conformar 2 grupos de trabajo.		Entonces se conformaron dos grupos de trabajo, cada uno con 10 personas.
2. Planeación del cronograma de trabajo.	*Establecer las fechas de trabajo.	Establecer un programa a realizar en dos sesiones.	Dar cumplimiento al cronograma en las fechas establecidas.	Se llevaron a cabo las dos sesiones en el lapso de dos semanas.
3. Desarrollo de dos sesiones de trabajo; una teórica y otra lúdica sobre el manejo de conflictos y la comunicación asertiva.	*Realizar la primera sesión teórica. *Llevar a cabo la segunda sesión de forma lúdica en donde se ponga en práctica lo aprendido en la primera sesión de trabajo.	Realizar las dos sesiones programadas.	No de talleres realizados/ No de talleres programados X 100	En la primera sesión se contó con la participación de 18 hombres de 20. Debido a que 2 se siguen desempeñando laboralmente fuera de la pieza. En la segunda sesión lúdica se contó con el mismo número de participantes. (18 hombres).
4. Registro de la asistencia del personal asistente a través de un formato de auto registro.	*Diseño del formato. *Distribución de un formato por sesión. *Registro individual de cada participante.	Registrar el 100% del personal asistente a cada sesión de trabajo.	No de personal asistente/No de personal registrado X 100	Se han llevado dos registros, cada uno con la participación de 18 hombres.
5. Seguimiento y monitoreo del personal detenido para evaluar las sesiones trabajadas.	*Evaluar el trabajo en grupo realizado en las sesiones de trabajo.	Desarrollo de la sesión evaluativa del grupo.	No de personal asistente/ No de personal registrado en la sesión de evaluación X 100	En la última sesión de trabajo se dedicó un espacio a evaluar el mismo, obteniendo aportes positivos y reconocimiento de la dedicación del espacio a las actividades realizadas.

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

Los conflictos son parte de lo cotidiano, forman parte de las diferencias de intereses u opiniones que se tienen entre una o más personas sobre determinada situación o tema, involucrando pensamientos, sentimientos y acciones que pueden

hacer trascender relaciones positivas a negativas y desmejorar el ambiente y la relación interpersonal que se tenía. Por consiguiente, se hizo necesario la intervención profesional enfocada a este tema, proponiendo como actividades de trabajo las siguientes:

- **TALLER No 1-***Promoción del buen trato para el manejo y resolución de conflictos*
- **TALLER No 2-***Actividad lúdica y de reflexión sobre el tema anterior.*

Principalmente el tema sobre el buen trato y el manejo y resolución de conflictos que se quiso trabajar, se implementó en la pieza de detención por la misma dinámica diaria que experimentaban los reclusos, en donde comparten un pequeño espacio las 24 horas de día, donde no existe la privacidad, y la convivencia se vuelve más difícil a medida que avanza el tiempo y se conoce gente y se despide gente que de cierta forma intervino en la vida y aportó o dificultó esta etapa tan difícil que es la de estar sin libertad y bajo vigilancia constante.

Las sesiones de trabajo se realizaron con 18 hombres, debido a que 2 de ellos aun seguían desempeñándose laboralmente fuera de la pieza, sin embargo el trabajo se dividió en una sesión teórica y otra lúdica. Primeramente se trabajó la forma más adecuada de resolver los conflictos que se pueden presentar a diario, la importancia y el propósito que tiene el diálogo en estos casos así como la concertación como medida básica en estos casos.

En la actividad lúdica se expuso un ejemplo de un conflicto dramatizado por ellos mismo y la forma como cada uno lo solucionaría, concluyendo en forma grupal la manera más indicada de llegar a un acuerdo en que ambas partes salieran beneficiadas y estuvieran satisfechas, es de menester resaltar la participación

activa de los jóvenes y los deseos de aprender y distraer su mente en estos espacios de aprendizaje.

En general, al finalizar la sesión se dedicó un espacio para la reflexión sobre todas las actividades desarrolladas y se obtuvo un reconocimiento a la carrera y un aporte positivo a la profesional así como al espacio dedicado a ellos.

Tabla 7. Plan de Operativo de Trabajo No 4

OBJETIVO: Fortalecer las relaciones familiares del cuerpo de Suboficiales y Oficiales, como ejes para la construcción, el crecimiento y el desarrollo pleno e integral del grupo Familiar de los Uniformados.				
ESTRATEGIA: Visitas de comprobación familiar al personal de oficiales y suboficiales del Ejército Nacional.				
ACCIONES ESTRATEGIAS	TAREAS	METAS	INDICADORES	AVANCES DEL PROCESO Y PROPÓSITOS
1. Diseñar un formato de comprobación Familiar.	*Definir las variables socio demográficas y familiares.	Elaborar un formato que cumpla con las variables establecidas.	Cumplimiento con el formato.	El formato que se aplicará o tendrá como eje básico en las visitas de comprobación familiar ya se encuentra realizado y aprobado.
2. Establecer un cronograma de las visitas de Comprobación familiar que se van a realizar.	*Definir el número de casas que se visitaran por jornada (mañana y tarde) y determinar el tiempo exacto que se destinará en visitar el total de las casas fiscales.	Programar las visitas a las casas de Oficiales y suboficiales en Semana y media.	Dar cumplimiento al cronograma establecido.	Se programó el inicio del proceso para el mes de Junio de 2009.
3. Informar a las familias para que tengan conocimiento de la visita que se les va a realizar.	* Enviar una tarjeta Familiar en la que informe a las familias sobre la visita que se les va a realizar.	Informar al 100% de las familias sobre la visita que se va a realizar.	No de personas enteradas de la visita/ No de personas informadas a través de las tarjetas X 100	Las tarjetas no se repartieron a las casas fiscales en la fecha establecida por problemas de tiempo por parte de la sección de psicología Militar (PSICMIL).
4. Visitar las casas fiscales de las familias de	*Indagar datos personales. *Conocer la dinámica familiar que tiene cada familia. *Informar sobre los	Realizar el 100% de las visitas de Comprobación familiar programadas en el tiempo establecido.	No de familias visitadas/ No de familias existentes (casas fiscales) X 100	El trabajo no se pudo llevar a cabo por el cruce con los procesos incorporación programados por la institución.

oficiales y Suboficiales.	servicios que se les brinda en la Sección de Psicología Militar. *Invitar a la charla que se llevara a cabo para educar y orientar las familias por parte de las practicantes de Trabajo Social. *En caso necesario, realizar atención individual o de pareja para quien lo requiera.			
5. Abrir un espacio de educación y orientación a las familias de los Oficiales y Suboficiales.	* Definir un tema central para trabajar en la reunión con las familias asistentes. *Dar inicio a la actividad. *Abrir un espacio de participación a las personas interesadas en intervenir. *Incentivar a las familias a asistir a la sección de psicología militar para cuando lo requieran. *Retroalimentación y conclusiones de la actividad realizada.	Realizar la reunión programada con las familias de oficiales y suboficiales.	No de familias asistentes / No de familias invitadas X 100	El proceso no se llevó a cabo por motivos de labores institucionales. En lo que respecta al desarrollo de las actividades misionales de la institución: proceso de incorporación de guías caninos, SLR, SLC y SLP, atención psicosocial etc.

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

El grupo familiar primario de los uniformados constituye la principal fuente de apoyo que estos mantienen frente a su dinámica de trabajo al interior de las fuerza Militar.

El apoyo familiar estabiliza al uniformado y le brinda factores protectores que contribuyen a disminuir síntomas como el estrés, la inseguridad, la inestabilidad emocional, la preocupación y el mal manejo de problemas laborales, haciendo

necesario el fortalecimiento de los lazos de amor y cariño que se tejen al interior de cada familia, en especial la de los oficiales y suboficiales del Ejército Nacional y más específicamente la Quinta Brigada de Bucaramanga.

Principalmente para llevar a cabo esta actividad familiar, se hizo necesario diseñar una tarjeta de presentación y apoyo por parte de la sección de psicología Militar (PSICMIL) y Trabajo Social para que las familias conocieran la visita que se les iba a realizar en fechas posteriores.

Adicional a lo anterior, también se diseñó un formato de comprobación familiar donde se registrarán las características básicas de cada familia y se conocería más de cerca cada dinámica familiar con una orientación por parte de la profesional encargada de la visita programada.

Sin embargo por motivos de otras actividades satélites de la Quinta Brigada, las tarjetas y el desarrollo pleno de la actividad no se pudo llevar a cabo, principalmente por las incorporaciones programas y la demanda de profesionales como apoyo a estos procesos, impidiendo la ejecución de la actividad en su totalidad.

Tabla 8. Plan de Operativo de Trabajo No 5

OBJETIVO: Garantizar la atención oportuna de los servicios prestados al interior de la sección de Psicología Militar (PSICMIL)				
ESTRATEGIA: Apoyo a los procesos misionales de la sección de Psicología Militar (PSICMIL).				
ACCIONES ESTRATEGIAS	TAREAS	METAS	INDICADORES	AVANCES DEL PROCESO Y PROPÓSITOS
1. Participar en el proceso de	*Entrevista al aspirante. *Análisis de la información suministrada. *Reporte de los	Realizar el 100% de las entrevistas al personal a incorporar.	No de entrevistas realizadas / No de personas concentradas X 100.	Se ha realizado la incorporación del mes de junio para Soldados Campesinos con 105 hombres

incorporación masiva programada para los meses de junio y agosto.	resultados del estudio.			evaluados. Se realizó la segunda incorporación de Julio para Soldados Bachilleres con 259 hombres evaluados. Se participó en la tercera incorporación del mes de agosto para Soldados regulares.
2. Realizar la valoración Psicológica a los aspirantes a Soldado Profesional (SLP) y guía canino.	*Aplicación de la prueba "Minimult". *Calificación de la prueba. *Entrevista al aspirante.	Entrega de los reportes escritos de las pruebas Psicosociales aplicadas al total de aspirantes en 4 meses.	Total de pruebas aplicadas/ Total de reportes registrados X 100.	Se realizarón 139 valoraciones psicológicas para SLP. Se realizaron 26 pruebas para guía canino.
3. Realizar la valoración Psicológica a Oficiales y Suboficiales que van a ascender.	*Aplicación de la prueba "MCMI-II". *Calificación de la prueba. *Entrevista al oficial o Suboficial.	Entrega de los reportes escritos de las pruebas Psicosociales aplicadas al total de Oficiales y Suboficiales en 4 meses.	Total de pruebas aplicadas/ Total de reportes registrados X 100.	Se realizarón 89 valoraciones psicológicas para ascenso.
4. Realización de una entrevista Psicosocial para emitir un Concepto para Junta Médica.	*Entrevista al personal que requiera Junta Médica.	Entrega de los conceptos escritos a partir de una entrevista estructurada.	Total de personas entrevistadas/ Total de reportes registrados X 100	Se desarrollaron 108 entrevistas psicológicas para Junta Médica.
5. Presentar el programa de P y P "Mejora tu vida" a través de la emisora del Ejército Nacional.	*Dar inicio al programa a las 9 de la mañana y culminación a las 10 de la mañana los días programados por la emisora.	Presentar el programa en las fechas y horarios establecidos.	No de programas emitidos / No de programas establecidos X 100	Se presentaron 8 programas emitidos desde el inicio de la práctica.

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

La sección de Psicología Militar (PSICMIL) junto con las Trabajadoras Sociales que apoyan sus procesos y dirigen las actividades que en su interior se desarrollan, contribuyen al mantenimiento y ejecución de las labores ya establecidas y a la prestación de servicios que demanda la comunidad Militar en aras de mantener la eficiencia, responsabilidad y la eficacia del trabajo realizado, así como el profesionalismo que las caracteriza frente al Ejército Nacional y más específicamente la Quinta Brigada.

Entre las actividades satélites de la sección de Psicología Militar (PSICMIL), las cuales fueron apoyadas por la profesional de Trabajo Social, son las siguientes:

- ✓ Apoyo y selección en los procesos de incorporación masiva.
- ✓ Valoraciones Psicosociales a aspirantes a Soldados Profesionales (SLP)
- ✓ Valoraciones psicosociales a los Oficiales o Suboficiales que van a ascender de rango.
- ✓ Desarrollo de los procesos de junta médica para personal herido en combate, enfermo y en tratamiento por el departamento de sanidad (DISAN) o el Hospital Militar (HOSMIR).
- ✓ Dirección, planeación y presentación del Programa “La quinta-Mejora tu vida” en la emisora del Ejército Nacional.
- ✓ Valoración psicosocial para personal que va para “baja” o retiro de la institución Militar.

Todas estas actividades son propias de la sección de psicología militar, como procesos ya previamente establecidos, las cuales se especifican seguidamente:

1- Principalmente una de las labores más representativas de la Sección es la participación en los procesos de incorporación masiva programadas por la

institución Militar. La primera incorporación masiva en la que se participo fue la de los Soldados Campesino; apoyando al Batallón de Infantería No. 14 "Capitán Antonio Ricaurte", con puesto de mando en Bucaramanga, Santander (BIRIC), en el cual se evaluó a 105 hombres en edades de 18 y 26 años, de los cuales 11 de ellos fueron dados como no aptos porque no cumplían con el perfil personal, mental, familiar, social que se requiere para prestar el servicio militar.

Igualmente se apoyó una segunda incorporación para soldados Bachilleres de 259 hombres para el Batallón de Servicios No 5 de la Quinta Brigada de Bucaramanga. Así mismo se apoyó la incorporación del mes de agosto para las incorporaciones de Soldados Regulares para el Batallón Ricaurte.

2- Como segunda actividad misional al interior de la sección de Psicología Militar (PSICMIL) es la realización de valoraciones psicosociales a los aspirantes a Soldados Profesionales, empezando con la aplicación de la prueba "Minimult" (Ver Anexo A) y su calificación la cual ya se encuentra establecida dentro del proceso, consecutivamente se realiza una entrevista abarcando las esferas familiares , sociales, laborales, educativas, personales y posteriormente emitiendo un juicio de valor profesional sobre el aspirante con base en todo el proceso desarrollado, llevando a cabo durante el semestre de trabajo 139 valoraciones psicosociales. Asimismo se valoraron 26 aspirantes a guías caninos con el mismo proceso anteriormente mencionado.

3-Como tercera actividad misional se encuentra la valoración psicosocial a Oficiales Y Suboficiales del Ejército que van a ascender de rango. El proceso comienza con la aplicación de la prueba MCMI-II la cual mide patología a un nivel sistematizado, seguidamente se aplica una entrevista de carácter laboral y familiar, para emitir un juicio profesional sobre el uniformado. En el total del semestre se aplicaron 89 ascensos entre oficiales y suboficiales del Ejército Nacional.

4-Como cuarta actividad misional se desarrollaban los procesos de junta médica a personal herido en combate, enfermo en el área y que se encontraba en tratamiento, a personal participe de un combate con secuelas de este entre otros. Básicamente se desarrollaba una entrevista estructurada y a profundidad sobre aspectos de su vida pasada, antecedentes, relaciones familiares y de trabajo, problemas a nivel institucional, relaciones interpersonales y de grupo, así como el problema de remisión, a lo cual se emitía un concepto de acuerdo a la entrevista desarrollada. Durante el periodo de trabajo se llevaron a cabo 108 entrevistas para junta médica.

5- La quinta actividad misional era el manejo y presentación de un programa radial a través de la emisora del Ejército Nacional sobre la prevención y Promoción de la salud “La quinta- Mejora tu vida”. Este programa duraba al aire entre media hora y una hora aproximadamente los días lunes a las 9: 00 de la mañana en la que se trabajaban temas que contribuyeran a mejorar la calidad de vida de todos los oyentes. El programa básicamente era dirigido desde el inicio hasta el final por dos profesional de Trabajo Social quienes se encargaban del manejo, dirección y planeación del programa a trabajar. Durante el tiempo en la institución se desarrollaron 8 programas radiales.

Adicionalmente a estas actividades misionales desarrolladas al interior de la sección de Psicología Militar (PSICMIL) se desarrollaron conceptos para “baja” o retiro del servicio a través de la aplicación de una prueba llamada MMPI junto con la entrevista que permitía evaluar el área personal y su desempeño laboral en la institución, este procedimiento permitía conocer los motivos del retiro y emitir un concepto sobre la situación psicosocial actual del uniformado.

El desarrollo de todas las actividades programadas tanto satélites como de intervención profesional en Promoción y Prevención (PYP), permiten conocer la

dinámica de vida y trabajo que experimenta la población castrense al interior de la institución Militar, para lo cual esta destina grandes esfuerzos a nivel económico-social para que tanto militares como civiles puedan tener un pleno desempeño, atendiendo sus necesidades y propiciando espacios saludables para un pleno desarrollo de su personal.

4.5 EVALUACIÓN DEL PROCESO

La labor desarrollada como practicante de Trabajo Social al interior de la Quinta Brigada permite la aplicación y confrontación de todos los conocimientos teóricos aprendidos y adquiridos a través de la cátedra en la Escuela. Sin embargo, la experiencia de conocer, interpretar e intervenir en un contexto real como lo es la Fuerza Militar, permite al estudiante explorar sus alcances mas allá de lo que conoce y desarrollar habilidades que en un proceso académico no se podría.

Principalmente el trabajo al interior de la sección de Psicología Militar (PSICMIL) mantiene procesos operativos ya establecidos para satisfacer la demanda de la población frente a los procesos propios de la institución, los cuales demandan parte del tiempo de práctica, no obstante, el contacto directo con la gente permite permear y conocer realidades tan distintas y particulares que permiten aportar el conocimiento de la profesional para orientar y dirigir mejor estos procesos de intervención.

Las labores que un Trabajador Social puede desarrollar al interior de la institución se basan en la Promoción y Prevención de la salud como eje básico para fomentar la calidad de vida de los uniformados permitiendo implementar actividades de campo acordes a la realidad presentada. Igualmente el apoyo, la orientación, la rigidez, el voto de confianza y autonomía de la Teniente oficial-psicóloga de la Brigada permite al profesional desempeñarse con libertad y dirigir sus propios procesos de trabajo individual y en grupo; permitiendo fortalecer la capacidad de liderazgo, dirección, madurez personal y profesional de las practicantes, aunque a veces el trabajo que se demanda es en ocasiones extenuante.

De acuerdo al proceso de intervención desarrollado con el personal militar, se busco un conocimiento base sobre esta población a través de las diferentes

metodologías de trabajo, como lo son la aplicación de formatos para recolectar información base sobre la población, el uso de fichas técnicas específicas y la lectura correspondiente de los informes base de la sección de Psicología Militar (PSICMIL) , con el fin de conocer más de cerca la realidad institucional y social de la población castrense.

Consecutivamente, se hizo una lectura sobre la dinámica de vida y de trabajo del personal a intervenir (personal detenido y soldados en proceso de instrucción, recién incorporados como soldados campesinos), en donde de acuerdo a esto, se implementó el plan de trabajo, el cual buscaba atender los principales factores de riesgo a nivel personal, grupal y de contexto que se presentaban, desarrollando un modelo de intervención integral y dinámico que facilitara la adopción de estilos de vida saludables y promovieran el auto cuidado como medida de protección individual.

Frente al proceso de intervención profesional con el personal militar y de acuerdo al análisis situacional desarrollado por el profesional de Trabajo Social , se consideró importante trabajar con los pelotones recién incorporados, debido a que estos se integran a una nueva dinámica de vida y presentan cambios de contexto, por lo cual se convierten en una población potencialmente vulnerable, la cual merece de la atención profesional, igualmente el personal detenido evidencia una dinámica de vida reducida a un pequeño espacio por lo cual experimentan sentimientos de soledad, desesperación e impotencia lo cual trasciende a un aumento del estrés y a la presencia de la intolerancia entre los compañeros. La población carcelaria es una de las principales preocupaciones del cantón militar, por los mismos procesos judiciales que se tramitan respectivamente al caso del detenido, sin embargo la atención que se le dedica en materia de salud es muy reducida y esta población no recibe la atención que necesitan.

Por consiguiente, esta población constituye un foco de trabajo por parte de las practicantes de Trabajo Social, buscando la construcción y reivindicación de estos jóvenes como seres humanos. Es por esto que esta población formó parte del presente, resaltando lo siguiente: la participación de la mayoría del grupo, la expresión de sentimientos de abandono y olvido por parte de la institución y el grupo de pares, la falta de actividades que les permitan el buen manejo del tiempo libre, el constante estrés que experimentan por la reclusión y la necesidad de ser entendidos y tenidos en cuenta en los programas de salud ocupacional de la Brigada.

No obstante, durante la intervención se logró el desarrollo del 100% de las actividades pertinentes a la salud mental de los detenidos, en donde estos respondieron satisfactoriamente y participaron de todas las tareas programadas, dando como consecuencia el cumplimiento de todas las acciones estratégicas que dirigían el proceso.

Es por esto, que la intervención de los Profesionales de Trabajo Social no debe involucrar al “otro” como un ser independiente, sino se deben implementar acciones, mecanismos y procesos que permitan conocer, interpretar y construir la realidad de ese “otro” sobre el cual buscamos un cambio o avance positivo, que permita en el desempeño profesional reconocer la historia y los cambios para poder intervenir sobre lo dinámico, y al mismo tiempo saber dirigir el camino correcto ,en aras de cumplir los objetivos que buscamos y poder intervenir de manera adecuada, a lo cual es importante imprimirle un compromiso ético, de reflexión y análisis como practicas esenciales para entender la realidad particular que se trabaja.

5. PROGRAMA CONTROL DE PREVENCIÓN SELECTIVA SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL RECIEN INCORPORADO A LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

El consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) es una problemática compleja y multidimensional que se presenta cada vez con mayor incidencia al interior de las fuerzas Militares, afectando el desempeño diario de los uniformados y por ende al normal funcionamiento de la institución castrense.

Si bien es sabido, el uso de drogas no constituye un fenómeno reciente en el mundo; en todas las épocas y en diferentes culturas el hombre ha consumido o abusado de su ingestión, desarrollando conductas adictivas, las cuales están representadas en el alto consumo a nivel nacional de drogas como: el alcohol, el tabaco como sustancias legales y otras sustancias ilegales como la marihuana, la cocaína, el éxtasis etc.

El desarrollo de comportamientos repetitivos frente al consumo de una o varias sustancias se vuelve una actividad incapaz de controlar por el individuo, generando alteraciones en la conducta, modificando el estado de ánimo, distorsionando la percepción de la realidad, aumentando o disminuyendo la capacidad física y psíquica, perturbando el desarrollo normal de la vida de los seres humanos y en casos extremos acabando con ella.

Por consiguiente, la acción eficaz sobre los factores de riesgo que predisponen situaciones negativas hacia el consumo, constituye una de las principales prioridades en materia de prevención frente a la atención del problema, a fin de generar estrategias de protección correspondientes a la realidad suscitada, con el fin de lograr construir estrategias para un bien-estar y bien-ser de los individuos en el marco de sus propias realidades.

De acuerdo a lo anterior, es importante constituir una propuesta de intervención profesional que permita fortalecer la capacidad de resistencia hacia el consumo de sustancias psicoactivas de los jóvenes reclutados, a fin de reducir el consumo de las mismas y por ende de prevenir situaciones de riesgo al interior de la institución.

5.1 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al informe epidemiológico (considerando las adicción como enfermedad), relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, muestra una prevalencia del 6.2% de consumo activo de drogas lícitas e ilícitas, ocupando el sexto lugar de morbilidad, y el primer puesto como factor generador de problemas institucionales de carácter social y legal.⁵⁵

Una de las principales razones por las cuales los militares inician un proceso de consumo se da primeramente por el cambio de contexto social al cual se encuentran sujetos y por la falta de mecanismos para hacer frente a los nuevos retos y situaciones que tienen que vivenciar en un ambiente direccionado por normas y jerarquías.

Inicialmente el personal que ingresa a las filas de la milicia, constituye uno de los grupos de vulnerabilidad más grandes al interior de la fuerza, ya que se conforma en base a jóvenes de 18 a 23 años quienes están formando su personalidad y se encuentran sometidos a la presión de grupo, exigiendo una intervención que permita fortalecer la capacidad de decisión, resistencia y cambio frente a factores negativos como el uso y abuso de sustancias psicoactivas

⁵⁵ Subsistema de salud de las Fuerzas Militares. Informe Epidemiológico para el año 2008.

Por tal motivo, se crea la necesidad de generar estrategias de intervención oportuna que protejan cualquier situación emocional y permita presumir la existencia de un ambiente propicio para el adecuado desarrollo de todas las potencialidades humanas, buscando el bienestar y la protección integral del ser, dando respuesta al mejoramiento de la calidad de vida de los uniformados.

En consecuencia, el implementar un programa control de prevención selectiva con los uniformados recién incorporados al servicio Militar, obedece fundamentalmente al seguimiento constante y permanente de los pelotones de soldados que entran a prestar el servicio Militar. Básicamente, se busca la prevención selectiva, ya que se adjudica a los grupos de riesgo, los cuales tienen mayor predisposición hacia el consumo de sustancias por las anteriores variables sociodemográficas presentadas.

Este tipo de prevención va dirigida a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas; ya que poseen riesgos específicos que requieren de su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación y al contexto en el cual se encuentran.⁵⁶

El principal objetivo de emplear este tipo de prevención es el de evitar el inicio del consumo de drogas a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los miembros de esos grupos de riesgo (por ejemplo, autoestima, solución de problemas, conocimiento del tema, desarrollo de habilidades, etc.), de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que abusa o tiene antecedentes de consumo antes de ingresar al ejército).

⁵⁶ CASTRO, María Helena y LLANOS, Jorge. ¿Por qué Prevención Selectiva?. Instituto de Educación preventiva y atención del riesgo, INEPAR. Bilbao. 2004.

Este programa permitirá la ampliación de los mecanismos de afrontamiento que una persona puede utilizar en la vida, transformando aquellos que se configuran desde un comportamiento adictivo como respuesta ante las cuestiones de la vida por otros de carácter más adaptativo frente al contexto militar, teniendo siempre como base el fortalecimiento de los esquemas personales (Auto esquemas) relacionado directamente con el autoestima, el autocontrol, el desarrollo de habilidades sociales (solución de conflictos), y la proyección de un estilo de vida sano para el cuerpo y la mente.

En general, el buscar estrategias de prevención y promoción que atiendan directamente la farmacodependencia al interior de la fuerza, permitirá llevar un registro y seguimiento de los factores de riesgo, a fin de establecer prioridades de intervención con base en un modelo educativo-participativo, que tiene como propósito; el reducir los factores de riesgo y el estrés a nivel personal y de grupo, generando alternativas de protección y potencialización del individuo; reforzando habilidades para enfrentar problemas, así como sus habilidades y capacidades interpersonales.

5.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

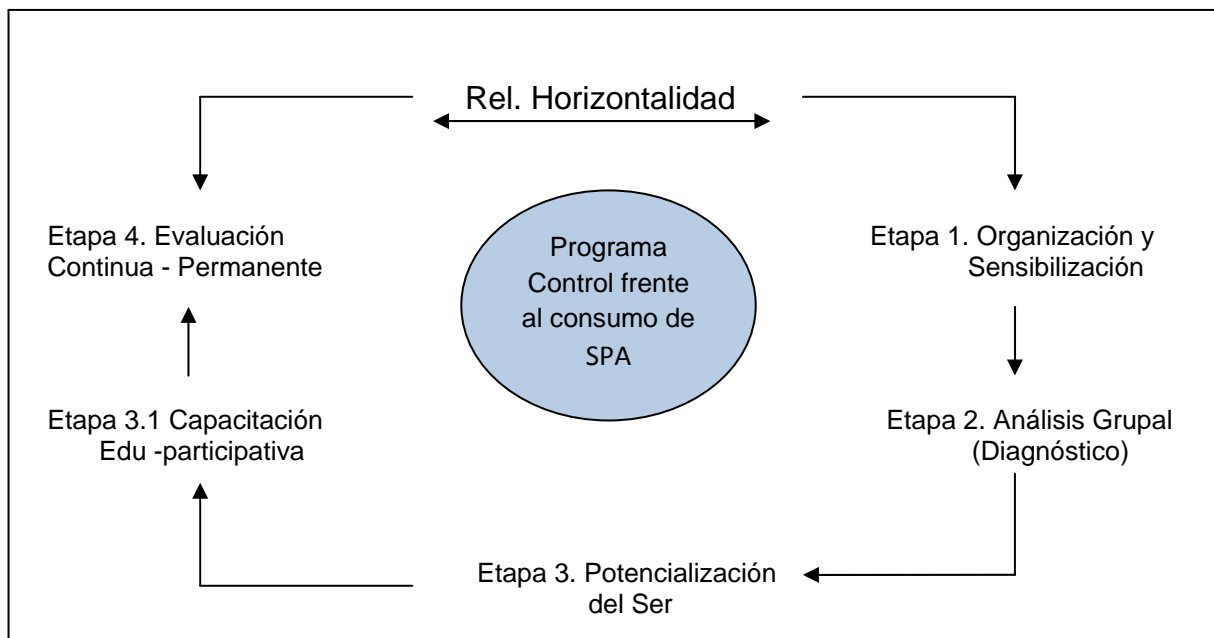
Fortalecer la capacidad de respuesta integral a nivel individual y grupal por parte de los jóvenes recién incorporados a las Fuerzas Militares, a través de un modelo de trabajo educativo-participativo; a fin de generar una mayor capacidad de resistencia de los mismos hacia el consumo de Sustancias Psicoactivas.

5.3 MODELO DE INTERVENCIÓN

El proceso metodológico establecido para el programa control de consumo de SPA, se basa en cuatro etapas: organización, diagnóstico,

potencialización/capacitación educativa-participativa y evaluación (Véase figura 16.), en el cual se plasma la secuencia lógica que dirigirá la preparación, desarrollo y ejecución del mismo.

Figura 6. Proceso Metodológico de Intervención



Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

El modelo se centra específicamente en los jóvenes que recién forman parte de la institución castrense, y por lo tanto el programa se enfoca principalmente en un trabajo con y para el joven en relación con los profesionales promotores y veedores de la salud mental al interior de la Fuerza Militar.

De acuerdo a los anteriores componentes, se pretende a partir de este modelo tener como referencia los aspectos más relevantes y necesarios que se deben fortalecer en el personal militar, *enfocando la acción siempre a la educación participativa sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas*, con el fin de mejorar

la capacidad del *potencial humano* en aras de la búsqueda de su propio bienestar a través del apoyo profesional

5.4 FASES DE LA PROPUESTA

Para el pleno desarrollo de la propuesta: programa control de prevención selectiva sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el personal recién incorporado a las Fuerzas Militares, se considera necesario presentar la consecución y el orden de las 4 fases que direccionan el desarrollo del programa preventivo, las cuales se exponen seguidamente:

Fase 1. Organización y Sensibilización del Personal Militar

Tabla 9. Planeación Fase 1

<p>OBJETIVO: Informar a los pelotones sobre la consecución y el seguimiento de las actividades de prevención que se realizarán durante su estadía en el cantón Militar, como medida de preparación y aprendizaje frente a su nuevo estilo de vida</p>		
<p>ESTRATÉGIA 1: Focalización de los segmentos de la población participante del proceso</p>		
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE LOGRO
Identificar los pelotones recién incorporados que integraran los grupos de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar el 100% de los grupos de trabajo que serán partícipes del proceso 	No de personas seleccionadas/No total de personas recién incorporadas x100%
Convocar reunión por pelotones de asignación	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una reunión informativa en el 1er mes de permanencia de los jóvenes en la institución Militar 	No de participantes / No de personas adjudicadas a cada pelotón X 100%
Sensibilizar al personal participante a fin de logra el compromiso, la participación, motivación y la necesidad de fortalecer el yo para enfrentar y sortear las nuevas situaciones que se presenten en el futuro.	<ul style="list-style-type: none"> • Involucración real del proceso planteado 	No de jóvenes participantes / No de jóvenes invitados al proceso X 100%

ESTRATEGIA 2: Establecimiento de un cronograma de trabajo que permita la consecución y el seguimiento de las actividades a desarrollar.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE LOGRO
Constitución de un cronograma de trabajo (Ver Anexo B)	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un cronograma de trabajo de manera participativa en relación al tiempo de permanencia en la institución. 	Elaboración de un documento acorde a las necesidades institucionales.
Definición de compromisos	<ul style="list-style-type: none"> • Tener definidos compromisos por parte de los pelotones de trabajo 	Acta de reunión y compromisos pactados por el grupo

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

Inicialmente el proceso empieza por una etapa de identificación y organización de los pelotones recién incorporados a la Fuerza Militar, a los cuales a través de una reunión de carácter informativo, se les informará sobre la consecución y el seguimiento de las actividades de prevención que se realizarán durante su estadía en el cantón Militar, como medida de preparación y aprendizaje frente a su nuevo estilo de vida. El desarrollo de la reunión tendrá vigencia durante el transcurso del primer mes de reclutamiento y pertenencia a la institución castrense por parte del personal.

Adicionalmente, en esta etapa se desarrolla un trabajo de sensibilización frente a la comunidad castrense, con el propósito de lograr el compromiso, la reciprocidad, motivación y la necesidad de fortalecer el yo para enfrentar y sortear las nuevas situaciones que se presenten en el futuro, en especial al interior del Ejército Nacional, con el fin de lograr la participación de todos los jóvenes involucrados al programa.

En este nivel de intervención profesional, es muy importante la toma de conciencia de todos los jóvenes y al mismo tiempo una involucración real del proceso planteado. Por lo tanto, la segunda estrategia central en este aspecto es la realización de los encuentros iniciales en relación al establecimiento de un cronograma de trabajo de manera participativa (Ver Anexo B), el cual debe coordinar las actividades frente al tiempo libre de los uniformados y sus correspondientes labores adjudicadas por la institución, y al mismo tiempo establecer un acta de compromisos los cuales serán tenidos en cuenta al momento de realizar las evaluaciones consecutivas de cada proceso desarrollado.

Fase 2. Análisis y Diagnóstico grupal

Tabla 10. Planeación Fase 2

<p>OBJETIVO: Determinar los principales factores pre-disponentes hacia el consumo a partir del cambio de contexto social experimentado por los jóvenes, a fin de establecer un diagnóstico pertinente a la realidad presentada en el grupo.</p>		
<p>ESTRATEGIA 1: Recolección y análisis de información pertinente al pelotón de trabajo</p>		
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE LOGRO
<p>Sensibilización al equipo de trabajo: sobre la importancia de la recopilación de datos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar al 100% del pelotón sobre la importancia de la recopilación de datos e información personal 	<p>No de participantes que recibieron la sensibilización / No de participantes dispuestos a trabajar en esta etapa X 100%</p>
<p>Aplicación de técnicas de recolección de información, permitan conocer el panorama individual de cada soldado en lo que respecta a los antecedentes de consumo de SPA. Entre estas se pueden destacar las siguientes: (Ver Anexo C)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevistas semi-estructuradas ✓ Historias de vida ✓ Cuestionarios 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar una técnica (as) de recopilación de información que permitan conocer la realidad individual de cada joven reclutado frente a los antecedentes de consumo de SPA 	<p>No de instrumentos recolectados / No jóvenes a quienes se les aplico el instrumento X100%</p>

Análisis de la información recolectada como base de datos necesaria para el conocimiento e intervención en grupo, en base a antecedentes de consumo y las variables asociadas al mismo	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas más marcadas en relación al grupo de trabajo 	Documento elaborado
Desarrollo de un conversatorio en el cual se expondrán los antecedentes de consumo y las respectivas causas del mismo	<ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo el conversatorio programado con el grupo de trabajo 	Elaboración de un acta de reunión frente al conversatorio desarrollado
ESTRATEGIA 2: Diseño y estructuración de un diagnóstico grupal con base en la información suscitada por el grupo		
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE LOGRO
Elaborar un cuadro de trabajo grupal de manera participativa, en el cual se expondrán los factores de riesgo/protección asociados al grupo de trabajo y al contexto de inmersión, así como los principales factores predisponentes hacia el consumo a partir del cambio de contexto social experimentado por los jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> Detección de los factores de riesgo y protección que regirán los aspectos centrales de la intervención profesional Realizar con éxito las reuniones programadas en el tiempo establecido 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de un cuadro de trabajo participativo frente a los factores de riesgo y protección prevalente en el grupo /contexto No de reuniones realizadas / No de reuniones programadas X 100%

<p>Este proceso se desarrollará como una tormenta de ideas “Brainstorming” en el transcurso de dos reuniones previamente programadas</p>		
<p>Describir y analizar la realidad trabajada acorde al proceso anteriormente planteado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describir de manera detallada y profunda la realidad grupal presentada 	<p>Documento de análisis previamente elaborado</p>
<p>Socialización del documento final a fin de dar a conocer al grupo su realidad y motivar a la búsqueda de estrategias de mejoramiento frente a la misma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr el 100% de participación por parte del personal en la búsqueda de soluciones a la realidad presentada 	<p>No de personal participante de la actividad/ No de personas asistentes a la actividad X 100%</p>
<p>Proposición de alternativas que permitan responder al diagnostico planteado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Involucración del grupo frente a la proposición de estrategias de acción 	<p>Participación activa en la proposición de alternativas de trabajo</p>

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

Una vez establecido los espacios de trabajo, el proceso se orientará en la siguiente etapa central: a la realización de un diagnóstico grupal en el cual se expondrán los casos y antecedentes de consumo, estableciendo los casos más predisponentes al mismo, así como los factores de riesgo vinculados al contexto social y militar al cual se encuentran expuestos los jóvenes.

Durante el desarrollo de este nivel se realizará una sensibilización al grupo sobre la importancia y necesidad de recopilar información para la intervención, seguidamente se podrán incorporar técnicas como: la aplicación de entrevistas semi-estructuradas, cuestionarios, historias de vida, conversatorios etc., que contribuyan no solo a establecer una base de acción sino que también impulsen a la misma a través de la participación del grupo (Ver Anexo C).

Por consiguiente, la información recolectada será analizada por la profesional encargada, la cual expondrá a través de un documento elaborado las variables asociadas al consumo y los antecedentes del grupo sobre el mismo. El siguiente aspecto en relación al anterior, será el desarrollo de un conversatorio en el cual se expondrán los resultados de los datos previamente analizados, con el fin de que el grupo conozca más de cerca su propia realidad y se involucre en el cambio de la misma.

La segunda estrategia es la realización de un diagnóstico grupal, el cual se pretende desarrollar mediante la elaboración de un cuadro de trabajo en donde se plasmaran los factores de riesgo y protección en relación al consumo de sustancias psicoactivas; frente al cambio de contexto social de inmersión en el cual se encuentran los jóvenes uniformados. Este proceso se llevará a cabo a través de una tormenta de ideas (Brainstorming) por parte del personal militar, el desarrollo de esta actividad permitirá la elaboración de un documento el cual será

socializado en el grupo de trabajo, el fin principal de realizar un trabajo participativo en esta etapa es lograr obtener una realidad concreta y aceptada por el mismo grupo, con el propósito de que estos generen sus propias estrategias de acción, ya que tienen pleno conocimiento del trabajo llevado a cabo y se encuentran plenamente involucrados en el proceso, haciéndolos seres receptivos y capaces de comprender y proponer estrategias de acción frente a su propia realidad.

La necesidad de involucrar al grupo de jóvenes frente al análisis y desarrollo de métodos de intervención se dan en base al desarrollo de su potencial (capacidades, habilidades, aptitudes: Inteligencia emocional) como seres humanos y al direccionamiento de su propio futuro.

Fase 3. Potencialización del ser a través de un modelo Educativo-Participativo

Tabla 11. Planeación Fase 3

<p>OBJETIVO: Fortalecer la capacidad de resistencia y el desarrollo integral del personal recién incorporado a la institución castrense, en aras de potencializar el ser a través de la reafirmación de sí mismos</p>		
<p>ESTRATÉGIA: Construcción de espacios de integración y aprendizaje horizontal, que permitan el autoconocimiento como herramienta básica de acción</p>		
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE LOGRO
<p>Construir un formato flexible que permita la autoevaluación como ciudadano y militar de manera individual y grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un formato flexible y didáctico que permita una autoevaluación general 	<p>Elaboración del documento acorde a la necesidad presentada</p>
<p>Realizar un conversatorio que permita aplicar el formato de autoanálisis en relación a las capacidades personales y grupales que se poseen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo un autoanálisis real de las capacidades de cada joven como individuo y militar • Lograr que el 100% de los uniformados participen en el conversatorio planeado 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización exitosa del conversatorio • No de personal participante de la actividad/ No de personal asistente a la actividad X 100%
<p>Reunión grupal, a fin de socializar las conclusiones obtenidas por el trabajo anterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar el 100% de la reunión programada 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un acta de reunión en relación al tema de trabajo

ESTRATEGIA 2: Elaboración un plan de capacitación de manera participativa que contribuya al desarrollo de habilidades personales a fin de reducir los factores de riesgo hacia el consumo.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE LOGRO
<p>Construcción de un plan de trabajo que permita una educación y participación activa de los uniformados en relación a: capacitaciones, charlas, conferencias, conversatorios, Jornadas lúdico – pedagógicas ,talleres de aprendizaje experiencial, en base a las necesidades reales del grupo de trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de trabajo acorde a las necesidades del grupo. 	<p>Realización de un documento que plasme el plan de trabajo propuesto por el grupo en respuesta al diagnostico previamente realizado.</p>
<p>Programar las actividades planteadas, a través de un documento que dé a conocer su respectiva consecución</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de las actividades a desarrollar y su respectivo documento 	<p>Elaboración del documento correspondiente</p>

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

En la tercera etapa, se adjudica a la potencialización del ser, en lo que respecta a sus capacidades humanas y al desarrollo de las mismas, en donde se busca involucrar a los sujetos frente a la participación, exposición y proposición de estrategias de acción en relación a la capacitación, la cual debe reflejar la necesidad tanto individual como grupal y por lo tanto su diseño y ejecución dependerá del mismo. Desde esta perspectiva se busca un enfoque más específico que incluya el logro de los objetivos institucionales a partir de la búsqueda y satisfacción de los objetivos personales – grupales.

Para dar inicio a la primera estrategia: construir espacios de integración y aprendizaje horizontal, que permitan el autoconocimiento como herramienta básica de acción, se busca construir un formato que permita llevar a cabo la autoevaluación personal en donde se trabajaran las habilidades, metas, logros, autoconocimiento, obligaciones, responsabilidades no solo como persona sino como militar, ya que es la labor que se está cumpliendo en el momento. La realización de un conversatorio a manera de discusión, propenderá a conocer la realidad subjetiva y objetiva que poseen los seres humanos, con el objeto de ser conscientes de todo el potencial que poseen los individuos frente a su propio desarrollo integral.

Consecutivamente, se da paso a la elaboración del plan de capacitación por parte de los jóvenes reclutados y la profesional encargada, el cual dará respuesta a la necesidad inmediata del grupo e instruirá los temas correspondientes a la información, orientación prevención y promoción del consumo de sustancias psicoactivas tanto fuera como dentro de la institución castrense. Una vez establecido el plan de trabajo, se da inicio a las jornadas de capacitación y educación con la finalidad de instruir, forjar conocimiento y generar habilidades en los jóvenes que les permitan manejar situaciones difíciles que se puedan

presentar en el medio militar, en relación al uso y abuso de sustancias psicoactivas. Todas las actividades programadas deberán estar consignadas en un documento que permita conocer el orden y dar seguimiento permanente a las mismas.

Es importante que tanto jóvenes como comandantes se involucren en el desarrollo de esta etapa, pues no solo aportara al fortalecimiento de la personalidad de los soldados, sino que también los comandantes tendrán la posibilidad de conocer y aprender a orientar situaciones difíciles que se le puedan presentar en el pelotón adjudicado a su labor.

Fase 4. Control y Seguimiento

Tabla 12. Planeación Fase 4

OBJETIVO: Evaluar continua y permanentemente los procesos desarrollados en el transcurso del programa.		
ESTRATÉGIA: Diseño y estructuración de un modelo de evaluación y seguimiento a lo aprendido y aplicado durante el desarrollo de la intervención		
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR DE LOGRO
Establecer un espacio de evaluación y retroalimentación después de cada proceso desarrollado.	<ul style="list-style-type: none"> Se realizara una evaluación de 15 minutos consecutivamente a cada actividad desarrollada 	No de personas participantes de la reunión / No de personas por grupo X100%
Diseñar un formato y estrategias para hacer una evaluación final y constate del programa desarrollado (Ver Anexo D).	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento de evaluación aplicable al proceso diseñado 	No de evaluaciones aplicadas / No de evaluaciones programadas por proceso X 100%
Realizar un seguimiento de manera sistemática a los pelotones recién incorporados (dos visitas por mes), con el fin de verificar la inexistencia de consumo activo al interior del mismo	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de seguimiento aplicadas al personal recién incorporado de acuerdo a los avances del proceso 	No de visitas realizadas/ No de visitas programadas por mes X 100%

Fuente: BARAJAS SIERRA, Yesenia. Bucaramanga. 2009.

PROCESO METODOLÓGICO

En lo que respecta a la evaluación continua y permanente del proceso, esta obedece a dos aspectos, primero la evaluación por sesión, es decir, terminada cada jornada de trabajo, esta será concluida a través de un proceso evaluativo en lo que respecta al desarrollo de la misma y los logros alcanzados. Adicional a esto, a cada sesión trabajada se le llevara un registro en el cual se plasmara la consecución de la misma y los aspectos más relevantes durante su desarrollo.

En el segundo aspecto, esta se llevará a cabo al finalizar todo el proceso como tal, identificando el cumplimiento del mismo y su aporte frente a la exposición de la problemática trabajada. Es indispensable que en cada proceso de evaluación se tengan en cuenta el cumplimiento de los compromisos establecidos en la fase 1, los cuales se medirán de acuerdo a 5 niveles de cumplimiento: excelente, muy bueno, bueno, regular y deficiente.

Para el desarrollo del proceso evaluativo tanto al finalizar una sesión trabajada como al terminar el programa, esta obedece a un formato estándar que medirá la satisfacción del proceso y por ende el cumplimiento del objetivo propuesto (Ver anexo D).

En lo que respecta a un seguimiento constate de los pelotones con el fin de verificar la inexistencia del consumo en ellos, se debe principalmente a dos visitas mensuales, una al inicio del mes y otra al finalizar, con el fin de controlar la iniciación o la reincidencia de los jóvenes en el consumo, y si se da el caso de que se presente en alguno de los uniformados, tomar las medidas pertinentes frente a este.

5.5 CRONOGRAMA

Tabla 13. Cronograma Programa Control de SPA

ACCIONES ESTRATÉGICAS	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 1. Informar a los pelotones sobre la consecución y el seguimiento de las actividades de prevención																								
Establecimiento de un cronograma de trabajo que permita la consecución y el seguimiento de las actividades a desarrollar.																								
Fase 2. Recolección de información pertinente al pelotón de trabajo																								
Análisis de la información recolectada como base de datos necesaria para el conocimiento e intervención en grupo																								
Desarrollo de un conversatorio en el cual se expondrán los antecedentes de consumo y las respectivas causas del mismo																								
Realizar un diagnóstico grupal con el fin de conocer la realidad suscitada																								
Describir y analizar la realidad trabajada acorde al proceso anteriormente planteado																								
Socialización del documento final a fin de dar a conocer al grupo su realidad y motivar a la búsqueda de estrategias de mejoramiento frente a la misma																								
Fase 3. Construir un formato flexible que permita la autoevaluación como ciudadano y militar de manera individual y grupal																								
Realizar un conversatorio que permita aplicar el formato de autoanálisis en relación a las capacidades personales y grupales que se poseen																								

6. CONCLUSIONES

- La promoción y prevención de la salud se fundamentan como pilares básicos de acción profesional frente al fomento y cuidado de la salud mental de los seres humanos, ya que permite mantener un equilibrio psicosocial tanto a nivel individual como colectivo, propiciando la realización del ser integral en un espacio determinado.
- El ser humano es el principal eje de acción, desarrollo y crecimiento de la institución Militar; convirtiéndose en un recurso imprescindible para el funcionamiento de la misma. Por lo tanto, es importante que los profesionales de Trabajo Social centren sus esfuerzos en la potenciación de capacidades y aptitudes tanto individuales como grupales, que les permitan construirse como seres integrales, capaces de entregar lo mejor de sí mismos en todos los espacios donde se realizan.

Por consiguiente, todas las acciones desarrolladas por parte de la intervención de Trabajo Social al interior de la institución castrense están orientadas a promover conductas responsables, teniendo como fin el mantenimiento de un nivel básico de bienestar como medida clave para el crecimiento personal tanto del recurso humano como de la organización en general.

- El bienestar de cada ser humano es básico para el desarrollo de la sociedad en general, cuando se contribuye a mejorar o a recuperar la calidad de vida de una persona, grupo, comunidad etc. se aporta grandes cambios al desarrollo de su vida y al mismo tiempo se construye un profesional comprometido con la priorización del ser humano y sus necesidades.

7. RECOMENDACIONES

- Es básico que la institución Militar al momento de incorporar personal nuevo a su institución se encargue de que este tenga un respectivo seguimiento y control por parte de los profesionales de Trabajo Social y Psicología en lo que respecta a su proceso de adaptación, con el fin de garantizar un pleno desarrollo de su ejercicio.
- Es importante que los profesionales veedores de la salud mental de los uniformados adopten una dinámica de trabajo participativa, que permita el involucramiento de los militares en relación a los procesos desarrollados, con el propósito de generar una intervención de carácter Horizontal de aprendizaje y construcción de logros compartidos.
- Los profesionales de Trabajo Social y Psicología deben comprometer a los comandantes de los pelotones a trabajar en conjunto con los uniformados a su cargo, para que estos establezcan relaciones de cooperación y confianza frente al grupo, los cuales deben regir su participación en el desarrollo de los programas establecidos en torno a la salud mental.
- Es importante que el profesional de Trabajo Social resalte clarifique y posicione el nombre de la profesión para que el trabajo realizado sea de aporte no solo al crecimiento personal del profesional sino también de la carrera en general. Así mismo, se hace imprescindible un profesional de la carrera vinculado directamente a la institución, el cual puede contribuir a direccionar mejor los procesos de intervención en relación al ejercicio profesional.

BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO, G.; Martinez,D.; y UTZ, L. Manual de Medicina Preventiva y Social. La salud y sus determinantes. [En línea].[Citado en Octubre de 2009]. Disponible en internet: < [http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%201%20La%20Salud%20y%20sus%20Determinantes%20\(Final\).pdf](http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%201%20La%20Salud%20y%20sus%20Determinantes%20(Final).pdf)

ACEVEDO, G.; Martinez,D.; y UTZ, L. Manual de Medicina Preventiva y Social. La salud y sus determinantes. [En línea].[Citado en Octubre de 2009]. Disponible en internet: < [http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%201%20La%20Salud%20y%20sus%20Determinantes%20\(Final\).pdf](http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%201%20La%20Salud%20y%20sus%20Determinantes%20(Final).pdf)

BLANCO, Jorge. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, 1997

Carta de Ottawa para la promoción de la salud, OMS, Ginebra. 1986.

CASTRO, M. Calidad de vida y promoción de la salud. En Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2001.

CASTRO, María Helena y LLANOS, Jorge. ¿Por qué Prevención Selectiva?. Instituto de Educación preventiva y atención del riesgo, INEPAR. Bilbao. 2004.

Concepto de salud; evolución y Tendencia. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009] Publicado en internet en: < <http://www.inde.edu.uy/posgrado/cursos/curso1/cerrado/consalu.doc.>>

Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 49.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 22. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Decreto 1795 de 2000, capítulo I, art 25.

Decreto 1795 de 2000, contemplando el régimen de excepción en salud.

Decreto 1795 de 2000, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP).

Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE. 2008.

ECHEVERRI LOPÉZ, Esperanza. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. Gerencia y Políticas de Salud. Realizado el 9 de marzo de 2002, en la Universidad Nacional de Colombia.

Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas, OMS, Ginebra, 1993.

Ejército Nacional de Colombia; Historia Quinta Brigada. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: <http://www.ejercito.mil.co/>, enlace en etiqueta de Segunda División, Quinta Brigada.

Estadísticas epidemiológicas del archivo de Psicología Militar.

GARCIA OSPINA, Consuelo. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención básica. Departamento de Salud Pública. Caldas, 1998.

Glosario de términos del subsistema de salud de las Fuerzas Militares.[En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: <http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/?idcategoria=1723#>

Hidalgo, C. y Carrasco, E. Salud Familiar: un modelo de Atención Integral en APS: “Factores de protectores y riesgo familiar”. 1999. [En línea] Publicado en internet: <<http://enfermeria-online.blogspot.com/2008/02/factores-protectores-y-de-riesgo-en-la.html>>
<http://www.ejercito.mil.co>

LEON LOPEZ, Víctor. Seguridad Social: desarrollo a través del tiempo. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009]. Publicado en internet en: http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/319/La_seguridad_social_a_traves_del_tiempo_1_.pdf

Ley 100 de 1993. Preámbulo.

Ley 1122 de 2007, art 1.

LONPAGUETI, Edgar. El concepto de salud. [En línea] publicado en el año 2000. [citado en Noviembre de 2009] Disponible en internet e: <<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaAcc.html>>

Manual de Procedimientos de Psicología Militar (PSICMIL).

Manual de Psicología Operacional de las Fuerzas Militares de Colombia. Dirección General de Sanidad Militar. Bogotá D, C. Abril de 2008.

OMS. Glosario, Promoción de la salud. Ginebra, 2001. OMS. [En línea]. Octubre, 2006. [Citado en Octubre de 2009] Publicado en internet

en:<<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>>

OMS. Octubre de 2009. [En línea]. [Citado en Noviembre de 2009] Publicado en internet en: [:http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)
OMS. Salud mental en el mundo: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001.

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 2009]. Disponible en Internet: <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/index.htm>

OSORIO, Salua. Salud ambiental y entornos saludables en Colombia. Publicado el 03 de agosto de 2009. [En línea]. [citado en Octubre de 2009]. Disponible en internet: [http://www.pnud.org.co/img_upload/61626461626434343535373737353535/Conte xto%20Asentamientos%20y%20entornos%20saludables.doc.>](http://www.pnud.org.co/img_upload/61626461626434343535373737353535/Conte%20xto%20Asentamientos%20y%20entornos%20saludables.doc.>)

OVIEDO ROJAS, Silvia. Intervención Profesional De Trabajo Social en la Sección De Psicología Militar de la Quinta Brigada de la ciudad de Bucaramanga. 2008, pág. 49.

Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares 2007-2008. Lineamientos de intervención en salud mental.

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

Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia, Bogotá, D.C., 2007-2010.

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

REDONDO ESCALANTE, Patricia. Prevención de la enfermedad. Centro de Desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social, Universidad de Costa Rica. Salud Pública. 2004.

SANTAMARIA, Mauricio. El sistema de salud colombiano: logros y retos después de 15 años de reforma. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.2001.

Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Subsistema de salud de las Fuerzas Militares. Informe Epidemiológico para el año 2008.

TOLEDO CURBELO, Gabriel. Fundamentos de Salud Pública. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2005

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

VÉLEZ, A. Conceptos básicos del proceso salud enfermedad. Vicerrectoría Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales: Fondo Editorial monografías Universitarias;1990.

VÉLEZA. Alba Lucía. Conceptos Básicos del Proceso Salud-Enfermedad. Universidad de Caldas, Manizales.1990.

ANEXOS

ANEXO A. INVENTARIO CLINICO MINIMULT⁵⁷

INVENTARIO CLINICO MINIMULT.

Nombre _____		Unidad _____	Fecha _____	Edad _____				L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	
MINIMULT.																			
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	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						
9.	Sufre ataques de náuseas o vómito	SI	NO												S	S			S
10.	Cree que nadie parece comprenderle	SI	NO	N							N	N							
11.	Siente a veces deseos de maldecir	SI	NO							S								S	S
12.	Tiene a menudo pesadillas nocturnas	SI	NO									S	S					S	S
13.	Le cuesta bastante trabajo concentrarse en una tarea o trabajo	SI	NO										S	S				S	S
14.	Ha tenido usted experiencias peculiares y extrañas	SI	NO												S	S			S
15.	Habría tenido más éxito, si los demás no la hubieran tomado consigo	SI	NO							S						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	S
18.	Su sueño es irregular y desasosegado	SI	NO									S	S						
19.	Cuando está con gente le molesta escuchar cosas muy curiosas	SI	NO				S												
20.	Es apreciado por la mayor parte de la gente que lo conoce	SI	NO				N												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 si mismo	SI	NO								S		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																S
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											N		N			S
30.	Cree que se trama algo contra usted	SI	NO				S								S			S	
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					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						S
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
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		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					
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 chismorrea 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
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											N					N
60.	Culpa a una persona si se aprovecha de otra que se expone a ella	SI	NO							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		N			S	S
65.	Ha tenido épocas en las que se sentía más animoso que de costumbre sin que existiese una razón especial	SI	NO															N	S
66.	Incluso cuando está con gente se siente solo la mayor parte del tiempo	SI	NO								N								S
67.	Piensa que casi todo el mundo diría una mentira para evitar problemas	SI	NO																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									
71.	Ha abusado de bebidas alcohólicas	SI	NO												S				
Total																			

O.T. 2905 IMPRENTA Y PUBLICACIONES FF. BAA. 2007 - PRX. 348 60 82 - 80020729 9

⁵⁷ Formato base de Psicología Militar para la aplicación de pruebas psicosociales a Soldados Profesionales.

**ANEXO B. CRONOGRAMA DE TRABAJO – PROGRAMA CONTROL SPA
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**



**EJERCITO NACIONAL
QUINTA BRIGADA – BUCARAMANGA**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMA CONTROL SPA⁵⁸

UNIDAD / BATALLÓN: _____ PELOTON No _____

FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL Y/O EQUIPO	RESPONSABLE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE SUPERVISION /PELOTÓN

⁵⁸ Diseño Propio (Autora).

**ANEXO C. FORMATO DE IMPRESIÓN DIAGNOSTICA FRENTE AL CONSUMO
DE SPA⁵⁹**



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA FRENTE AL CONSUMO DE SPA

BATALLÓN:	PELTON No:
SOLDADO:	NOMBRE:

El presente formato es de uso confidencial por la profesional, por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor veracidad posible:

1. alguna vez ha consumido algún tipo de droga?. Si **NO** ha consumido ningún tipo de sustancia psicoactiva devuelva el cuestionario a la profesional.

Sí **→ Aún la consumo** **Deje de consumir**
No

Por favor escriba cual (es) sustancia (s) psicoactivas (s) ha consumido o actualmente consume:

2. Con que frecuencia consume o consumió drogas?

Ocasión	1 vez	2 veces	3 Veces	4 Veces	5 veces o más
Tiempo Diario					
Cada 2 o 3 días					
Cada 4 o 5 días					
En la semana					
Durante un Mes					

3. ¿Describa los motivos por los cuales ha consumido o consume drogas?

⁵⁹ Diseño Propio (Autora).

4. ¿El consumo de drogas le trajo problemas a nivel personal, familiar, laboral o social?

Sí

No

Si su respuesta es **Si**, describa a continuación el tipo de problemas que se le han presentado?

NIVEL	DESCRIBA LA SITUACIÓN
PERSONAL	
FAMILIAR	
LABORAL	
SOCIAL	

4. ¿Cuándo fue la última vez que consumió drogas?

5. Ha consumido sustancias psicoactivas durante su estadía en el Cantón Militar?

Sí

No

6. Le han ofrecido drogas al interior del Cantón Militar?

Sí

No

Si su respuesta es **SI**, qué tipo de droga le han ofrecido?

7. A su juicio, cree que el consumo activo o su reincidencia en el consumo de drogas al interior de la institución le puede traer inconvenientes durante su estadía en la institución Militar?

Sí

No

Si su respuesta es **SI**, qué tipo de inconvenientes?

Gracias por su Colaboración

**ANEXO D. FORMATO DE EVALUACIÓN PERMANENTE AL PROCESO
DESARROLLADO⁶⁰**



EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL PROCESO DESARROLLADO

FECHA:	TEMA:
PROFESIONAL:	ACTIVIDAD:

1. De acuerdo a la siguiente escala de 5 valores, califique de acuerdo a su percepción los siguientes ítems expuestos:

Escala Aspecto a Evaluar	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente	Observaciones
	5	4	3	2	1	
Contenido Temática						
Profundidad del tema						
Métodos y Técnicas empleadas						
Duración						
Cumplimiento del objetivo del proceso						
Manejo y dirección del profesional						
Cumplimiento de expectativas						
Participación del grupo						

⁶⁰ Diseño Propio (Autora).

2. El trabajo realizado le permitió adquirir algún tipo de conocimiento ¿Cuál?

3. Existe algún aspecto en especial que le hubiera gustado que se mencionara o trabajara durante la actividad?

4. El tiempo empleado en la actividad, según su criterio fue:

Demasiado extenso

Demasiado cortó

El adecuado

5. Alguna vez había desarrollado una actividad similar a la realizada?

Sí

No

6. Recomendaciones y sugerencias
