

SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA
“SIN AFECTO, ME AFECTO Y CONVIVIR, ES VIVIR”

POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE ALBERGADOS EN LA FUNDACIÓN
HERMANOS DE LOS DESVALIDOS

TRABAJO DE GRADO PARA POSTULACIÓN AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
SECCIONAL BELLO - ANTIOQUIA
NOVIEMBRE 2014

Dedicatoria

A ti, mi mayor motivación, mi más grande inspiración para ser mejor persona cada día y poder brindar un buen ejemplo a tu vida.

María Fernanda Fuentes Muñoz.

A ti, por tus enseñanzas de vida, mi mejor maestra, mi mejor amiga.

Rosalba Castrillón Zuleta.

A ti, amigo, amante, compañero de tristezas y alegrías, batallante en este logro para mi vida.

Jader Esteban Fuentes Sierra.

Agradecimientos

A mi hija y esposo, por su paciencia y tolerancia a mis impulsos, a mis ausencias, pero sobre todo por su incondicional apoyo y acompañamiento en aquellos momentos que sentí desfallecer.

A mi madre y hermanos, por las bases inculcadas para ser un ejemplo de vida y por sus voces de aliento que transmitían día a día.

A aquellas personas que llegaron y se alejaron, a los que se quedaron, a mis maestros de formación, pero en especial a María Clara Miranda Sánchez, David Andrés Garzón Serna y Ana María Duque Gómez, quienes ayudaron a forjar y culminar mi proceso como profesional.

A la Fundación Hermanos de los Desvalidos (FUNHED) por abrirme sus puertas, por permitirme ser uno más de los profesionales que acompañan a la población en pro de una dignificación humana.

A todos y cada uno de ustedes, “sentipensantes” que perfeccionaron mi forma de ver el mundo, en lo que ustedes llaman “la universidad de la vida”.

Tabla de contenido

1	FASE DEL VER	8
1.1	MARCO INSTITUCIONAL	8
1.1.1	Misión.....	10
1.1.2	Visión.....	11
1.1.3	Valores.....	11
1.1.4	Ejes estratégicos	12
1.1.5	Gestión.....	14
1.2	ROL DE PSICÓLOGO EN LA FUNDACIÓN HERMANOS DE LOS DESVALIDOS.	15
1.3	PROBLEMÁTICAS	17
2	FASE DEL JUZGAR	21
2.1	DIAGNÓSTICO	21
2.2	MARCO REFERENCIAL.....	23
3	FASE DEL HACER.....	33
3.1	JUSTIFICACIÓN	33
3.2	OBJETIVOS	36
3.2.1	OBJETIVO GENERAL	36
3.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3.3	ACTIVIDADES A DESARROLLAR.....	37
3.4	RECURSOS Y PORPÓSITOS DE LAS ACTIVIDADES	38
3.4.1	Encuentro de sensibilización / Vivenciando las habilidades para la vida.	39
3.4.2	Conocimiento de sí mismo / ¿Me conozco a mi mismo (a)?.....	39
3.4.3	Empatía / Diferentes pero complementarios	40
3.4.4	Comunicación efectiva y asertiva / Comunicándonos.....	40
3.4.5	Relaciones interpersonales / Mi red de relaciones.....	40

3.4.6	Toma de decisiones / Con razón y corazón	41
3.4.7	Solución de problemas y conflictos / Conflictos ¿Qué son?	41
3.4.8	Pensamiento creativo / Imaginando un mundo mejor	41
3.4.9	Pensamiento crítico / Analizando la raíz	42
3.4.10	Manejo de emociones y sentimientos / Expreso lo que siento	42
3.4.11	Manejo de tensiones y estrés / Mis refugios	42
3.5	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	43
4	DEVOLUCIÓN CREATIVA	46
4.1	Evaluación del cumplimiento de objetivos.	46
4.1.1	Aciertos.....	46
4.1.2	Dificultades.....	46
4.1.3	Análisis del cumplimiento del objetivo general.	55
4.1.4	Recomendaciones a la agencia.	58
4.1.5	Conclusiones de la práctica.	59
4.2	Reflexión teórica de la práctica profesional.....	61
5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
6	ANEXOS.....	68

INTRODUCCIÓN

La misión de la Fundación Hermanos de los Desvalidos “FUNHED” se fundamenta en “la atención integral desde la perspectiva del desarrollo humano sostenible”, (Fundación Hermanos de los Desvalidos, s.f.) a fin de garantizar una estabilidad física, puesto que la primordial función de la Fundación es la atención médica a los usuarios remitidos de los diferentes centros de atención básica (centros día), claro está, que sumado a ello, el usuario presenta conductas mal-adaptativas de su experiencia como habitante de calle y además, se logra evidenciar un gran porcentaje de afecciones psicológicas (acceso carnal violento, delincuencia -algunos con antecedentes judiciales y penitenciario-, prostitución, maltrato físico, consumo de sustancias psicoactivas, abandono del círculo social y familiar) que no permiten una sana condición humana entre los mismos.

Es por ello que se plantea para la ejecución de la sistematización una serie de actividades que permitan la integración grupal y así concientizar frente a la importancia de la convivencia por medio del reconocimiento de la norma con base en los deberes y derechos, al igual, que un espacio individual donde el usuario podrá reconocer la importancia del querer a sí mismo para un sano desarrollo mental, así mismo, el restablecimiento de redes de apoyo, buscando así, una sensibilización frente a las dificultades adversas venideras y una sana condición humana para una dignificación social.

Realizar la práctica profesional de psicología en la Fundación Hermanos de los Desvalidos permite llevar a cabo una sistematización con enfoque praxeológico, o práctica

reflexiva como también es llamada, que de acuerdo a Julio, C. (2011, pag.31) “...es el análisis de la praxis... indaga y construye los *saberes de la práctica* mejor adaptados para gestionar una acción y, en últimas, intenta construir una teoría general de la *praxis*”, así mismo refiere “La *praxis* es la ejecución de técnicas en coherencia con finalidades (lógica tecnológica); la praxeología, por su parte, es la construcción de saberes de la acción (lógica científica) que sean útiles para la gestión de la praxis...” (2011, pag. 35), por tanto, será un proceso pedagógico ya que se articulará teoría y práctica vivencial, a fin de lograr un proceso crítico por medio de la teoría y la intervención ya que “la lógica de la acción (*praxis*) se articula con el conocimiento (*logos*)” Julio, C. (2011, pag.31) y el objeto principal de la praxeología “es la elaboración, experimentación y validación de *modelos de acción*” (2011, pág. 35).

Esta sistematización de práctica constará de cuatro fases, las cuales serán explicadas en cada una de las mismas:

1. Fase del ver.
2. Fase del juzgar.
3. Fase del hacer.
4. Devolución creativa.

1 FASE DEL VER

En este capítulo se realizará una descripción sobre la Fundación Hermanos de los Desvalidos, al igual que una exploración de las problemáticas descritas dentro de la misma, como son los diferentes diagnósticos médicos por los que son remitidos al albergue temporal la población, la estadía en calle, la abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas por institucionalización, la problemática psicosocial, pero en especial, el no acompañamiento psicosocial en el proceso de recuperación médica de diagnósticos de larga estancia.

1.1 MARCO INSTITUCIONAL

La Fundación Hermanos de los Desvalidos ubicada en el municipio de La Estrella fue creada en el mes de febrero de 2012 por el Hermano Hugo Cifuentes, integrante de la rama masculina de la comunidad religiosa en formación, fundada por la Madre LUZMILA MARULANDA ÁLVAREZ, (Hogar Hermanos de los Desvalidos, s.f) quien a raíz de la necesidad de brindar, desde los patios de centro día, un espacio de estadía a usuarios con diagnóstico de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), constituyó la Fundación, iniciando sus labores en la sede ubicada en el barrio Laureles con 10 pacientes, incrementado el cupo a 20, entre los cuales se encontraban pacientes con diagnóstico de EPOC y psiquiátricos.

Para el mes de diciembre se culmina el año con un total de 50 usuarios con diagnósticos como EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), psiquiátricos (esquizofrenia) enfermedades terminales y post-operatorios.

Para enero de 2013 la Fundación recibe un ofrecimiento por parte del Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto ya que la entidad que operaba el proceso no cumplía con los requisitos de salubridad, entre otros, para el albergue de usuarios diagnosticados con TB (Tuberculosis), por lo que la Fundación se vio en la necesidad de realizar una clasificación de acuerdo al grado de vulnerabilidad de los usuarios, dando de alta a un promedio de 40 usuarios, quienes fueron remitidos y atendidos en otra entidad. Es así como para el inicio de 2013 la Fundación ya cumplía funciones de asistencia médica no sólo a usuarios con diagnóstico de EPOC y psiquiátricos, sino que también, asistían usuarios con TB y VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

Los 40 usuarios que inicialmente habían sido remitidos a otra entidad, fueron institucionalizados nuevamente en la Fundación para el mes de marzo ya que la entidad no cumplía con los estándares de requerimientos solicitados; es así, como la Fundación alberga usuarios en dos sedes, una ubicada en el barrio Laureles y otra en el barrio el Poblado.

En el mes de octubre la Fundación unifica las sedes en el municipio de La Estrella en la que actualmente alberga un promedio de 90 usuarios con enfermedad crónica (EPOC,

pacientes psiquiátricos), de larga estancia (VIH, TB), al igual que, pacientes en proceso de recuperación postoperatoria y enfermedades terminales en pro de una muerte digna.

1.1.1 Misión

La fundación es una entidad privada sin ánimo de lucro cuya misión se cristaliza en el trabajo por la recuperación de la dignidad humana y el mejoramiento equitativo de la calidad de vida de las personas vulnerables y/o vulneradas, mediante la atención integral fundamentada en soluciones eficaces a las necesidades básicas de aquellos que en su situación de vida lo han perdido todo, mediante la asesoría, la promoción, la capacitación, el acompañamiento y el desarrollo de proyectos de mejoramiento de condiciones de vida (salud, recuperación emocional, alimento, hogar, vestuario y saneamiento básico), de apoyo económico para la generación de ingresos y de sustento al desarrollo ambiental sostenible.

Se entiende la atención integral desde la perspectiva del desarrollo humano sostenible, reconociendo en cada persona sus necesidades, sus derechos, sus capacidades y sus potencialidades, con el propósito de facilitar el descubrimiento de su saber, su saber hacer y su ser. (Fundación Hermanos de los Desvalidos, s.f.)

1.1.2 Visión

La institución espera ser en el 2017 una fundación orientada hacia el fortalecimiento y diseminación de los programas institucionales, garantizando la creación y apoyo de proyectos encaminados al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, la atención integral y, por ende, a la transformación de una sociedad más humana y más justa.

Igualmente, se tiene como meta el establecimiento de redes de atención a la población vulnerable y vulnerada con entidades gubernamentales y no gubernamentales locales, regionales, nacionales e internacionales. (Fundación Hermanos de los Desvalidos, s.f.)

1.1.3 Valores

La actuación de la fundación se rige por los siguientes valores

- **Respeto por la dignidad humana:** es el fundamento de los derechos que se conceden al hombre. Hace referencia al compromiso, a un alto sentido del deber, al cumplimiento de las obligaciones en las diferentes situaciones de la vida.
- **Actitud de servicio:** Disposición de actuar, sentir y/o pensar en torno a las necesidades de la colectividad para lo cual dirige toda sus acciones como estrategia para garantizar la satisfacción de los mismos.
- **Integridad:** Capacidad para mantenerse dentro de las normas éticas y morales socialmente aceptadas; así como de actuar en consonancia con lo que cada uno considera importante. Incluye el comunicar las

intenciones, ideas y sentimientos abierta y directamente, y el estar dispuesto a actuar honestamente incluso en situaciones de riesgo y difíciles.

- **Compromiso:** Esfuerzo permanente hacia la consecución de un objetivo, lo cual implica un alto grado de integración de la disposición física, emocional e intelectual de un sujeto sobre lo que desea conseguir, sea a beneficio propio o común.
- **Tolerancia:** Mantenimiento firme del carácter bajo acciones de terceros que resultan opuestos o distintos a los propios.

El personal que allí labora se destaca por su calidez en el trato y atención, siempre acompañados del buen humor que permite hacer frente a las situaciones y condiciones de las personas que se atienden, sin perder de vista la opción preferencial por la población más vulnerable conservando la visión de desarrollo de sus capacidades y de respeto por el derecho de las personas. (Fundación Hermanos de los Desvalidos, s.f.)

1.1.4 Ejes estratégicos

Los programas y proyectos que desarrolla la Fundación siempre han buscado una estructura organizativa basada en ejes estratégicos que permitan la interacción entre modelos de atención exitosos, la asistencia con calidad, sensibilidad y dedicación y el mejoramiento continuo. En esta intersección, los saberes académicos se conjugan con las

vivencias de las personas, su proyección al futuro y el análisis permanente de la calidad en la atención.

Cada miembro de los equipos de trabajo ha desarrollado competencias para analizar las necesidades, derechos y potencialidades de las personas vulneradas o vulnerables por alguna condición física, psicológica y/o social, buscando encontrar en cada ser humano la oportunidad de ser y hacer en su contexto.

Los ejes estratégicos son tres:

- Implementación de modelos de atención exitosos cuyo enfoque esté basado en el desarrollo humano sostenible y se tenga como meta:
 - Brindar asistencia a la población vulnerable y vulnerada para mejorar sus condiciones de vida y de salud.
 - Crea y gestionar subsidios y becas para la educación y para protección a personas vulnerables o vulneradas.
 - Promover el desarrollo humano sostenible por medio del acompañamiento al ser desde el quehacer saludable (ocupacionales).
 - Fortalecer los vínculos psicosociales y familiares de la población vulnerada y/o vulnerable que se atiende.

- Desarrollar acciones tendientes a la superación de las condiciones de la población menos favorecida, desde la perspectiva formativa, laboral y de mejoramiento de condiciones económicas.
- Análisis de la calidad de la atención y mejoramiento continuo, el cual se soporta en la observación y escucha atenta a las necesidades, derechos y potencialidades de la población atendida. (Fundación Hermanos de los Desvalidos, s.f.)

1.1.5 **Gestión**

Desde sus inicios la Fundación se ha empeñado en favorecer a la población más vulnerable y/o vulnerada, para ello nos hemos esforzado en crear fuertes vínculos con los entes gubernamentales que canalizan recursos para tal objetivo.

La experiencia institucional se ha consolidado a través de contratos con distintas Administraciones Municipales entre las que se encuentran:

- La Secretaria de Bienestar Social de la Alcaldía de Bello y de la Estrella con el programa de Atención integral a adultos mayores en situación de abandono y discapacidad.
- Con la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Medellín con el programa de Atención de Habitante de Calle con enfermedad crónica, de larga estancia y postoperatorios y el programa de

Atención a Víctimas del Municipio de Medellín. (Fundación Hermanos de los Desvalidos, s.f.)

1.2 ROL DE PSICÓLOGO EN LA FUNDACIÓN HERMANOS DE LOS DESVALIDOS.

La atención que la Fundación presta a los usuarios es exclusivamente médica, ya sea por diagnóstico de enfermedad crónica, de larga estancia, pacientes en proceso de recuperación post-operatorios y/o pacientes con enfermedades terminales, por tanto, y de acuerdo a lo informado por la psicóloga de la Fundación, el acompañamiento psicológico en la misma, es un valor agregado al proceso de recuperación, dado que como se expresa al inicio del párrafo el objeto de la Fundación es atención médica, es por ello que las funciones del psicólogo (a) profesional de la Fundación son de tipo organizacional.

El psicólogo que se vincula a la Fundación asumirá las siguientes funciones:

- Asegurar el cumplimiento de las normas de salud ocupacional y seguridad en el albergue.
- Coordinar los procesos de Selección de Personal para el albergue.
- Gestionar la capacitación constante para funcionarios de acuerdo a las necesidades y perfiles de los empleados de acuerdo a la población atendida.

- Realizar evaluaciones de desempeño cada dos meses a los funcionarios del albergue.
- Promover el buen clima organizacional.
- Velar por el desarrollo adecuado de los principios institucionales y la plataforma estratégica.
- Programar los espacios de esparcimiento para el personal.
- Apoyo a Dirección en tareas administrativas concernientes al manejo de los recursos humanos.
- Garantizar los informes semanales y mensuales sobre la atención y evolución de los usuarios.
- Realizar los llamados de atención.
- Tener contacto constante con la dirección de la fundación para garantizar el buen funcionamiento del albergue.
- Autorizar el ingreso de usuarios provenientes de Centro Día. (Torres, 2014)

A pesar de lo expuesto, y teniendo en cuenta el interés por una atención integral, se plantea la intervención a la población desde el campo de la psicología de la salud o medicina comportamental, la cual es definida como “el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas” (Florez, 2006, p. 689-693), sin dejar de lado, la definición citada por parte de la Revista de Psicología de la Universidad de Chile “el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo

e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Universidad de Chile, 1992, p. 25-29), es decir, el ser humano a raíz de factores externos de tipo psicológico y social adquiere malestares que atacan el cuerpo, generando enfermedades que no son tratadas desde el ámbito de la medicina tradicional, ya que se requiere de un acompañamiento psicológico para un sano bienestar mental; de igual manera, se realizará un acompañamiento desde la teoría Rogeriana a fin identificar cómo el ser humano pone en su cuerpo aquellos malestares y/o enfermedades de tipo psicosomático a través de su proceso de recuperación al diagnóstico de enfermedad de larga estancia, ya sea por culpa o ansiedad al consumo de sustancias psicoactivas.

1.3 PROBLEMÁTICAS

La Alcaldía del municipio de Medellín en su misión de acuerdo al Decreto 500/2013 busca “fomentar en conjunto con la sociedad el desarrollo humano. Garantizar el acceso a oportunidades y el ejercicio de los derechos fundamentales como salud y educación, impulsando el crecimiento económico en un ámbito territorial articulado e integrado y soportado en una institucionalidad moderna, efectiva y flexible. Promotor de la construcción de una ciudad segura, con espacios públicos modernos e incluyentes” es por ello que por medio de la Secretaría de Inclusión Social y Familia, “busca brindar atención

en sus necesidades básicas y psicosociales a personas habitantes de la calle adultos, entre los 18 y 59 años de edad” (Alcaldía de Medellín, s.f.), dicho proyecto realiza funciones como:

1. Intervención en la calle: sensibiliza y orienta a los habitantes de calle sobre la oferta institucional.

2. Centros de atención básica: brinda atención básica y psicosocial a los habitantes de calle por medio de servicios como el alojamiento nocturno, atención integral en salud, complementación alimentaria, aseo personal asistencia terapéutica y psicosocial, actividades lúdico-recreativas, culturales y de inclusión social.

3. Resocialización: propicia la inclusión social, familiar y laboral del habitante de calle, a fin de consolidar un proyecto de vida.

4. Corresponsabilidad y ciudadanía: acompaña las iniciativas particulares, que asisten la población de calle (...), haciendo difusión de la oferta pública existente y su acceso para este grupo poblacional.

5. Unidad de atención a la población crónica de calle con discapacidad física y mental: atención a habitante de calle con limitación física o mental lo cual le impide autonomía y convivencia.

6. Albergue temporal: asiste al habitante de calle en su proceso de recuperación en salud, mediante cuidados paliativos en eventos infecciosos, post-quirúrgicos o terminales, en ausencia de red de apoyo familiar. (Alcaldía de Medellín, s.f.)

Este último, es operado por la Fundación Hermanos de los Desvalidos en el municipio de La Estrella, la cual, realiza asistencia médica a usuarios remitidos desde el Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto en edades entre los 18 y 59 años con:

- Enfermedad crónica como:
 - EPOC –Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
 - Pacientes psiquiátricos.
- De larga estancia como:
 - TB –Tuberculosis-
 - VIH –Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- Pacientes en proceso de recuperación postoperatorio.
- Pacientes con enfermedades terminales en pro de una muerte digna. (Torres, 2014)

Sumado a los anteriores diagnósticos, y de acuerdo al diálogo con la misma población, al igual que su histórica clínica, es claro mencionar que por ser habitante de calle y no hacer uso de los diferentes programas de planificación y prevención ofertados por los centros de atención básica del proyecto Atención al Habitante de Calle Adulto, la gran mayoría de los usuarios no permiten un avance en el proceso de recuperación, además de esto, se puede encontrar usuarios con antecedentes judiciales, otros con historial judicial y penitenciario, al igual que, antecedentes de homicidio, acceso carnal violento, entre otros, así mismo, un alto porcentaje de las mujeres y algunos hombres, manifiestan haber utilizado su cuerpo, a fin de obtener un beneficio económico y con ello saciar la necesidad

del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales como marihuana, perico, bazuco, pegamento “sacol” y alcohol.

Cabe aclarar, que la intervención psicológica dentro de la Fundación es un valor agregado, ya que, la primordial función de la Fundación es la asistencia médica, por tanto, con base en la problemática anteriormente mencionada y la misión de la Fundación se busca articular conocimientos desde el área administrativa, profesionales psicosociales, profesionales en formación del área psicosocial, profesionales en salud y los usuarios, teniendo en cuenta sus experiencias y necesidades, a fin de, sensibilizar, orientar, acompañar y asistir a los mismos desde las generalidades que el mismo proceso permita.

La Fundación Hermanos de los Desvalidos se encuentra ubicada en la carrera 55 N° 77sur – 305 barrio San Agustín, La Estrella – Antioquia, sus números telefónicos son 3072241 / 2797123, su Nit: 900494865-8 y su página web www.funhed.org.

2 FASE DEL JUZGAR

Después de informar las problemáticas en el enunciado anterior, a continuación se dará información del diagnóstico principal dentro de la FUNHED, al igual que, conceptos y la perspectiva psicológica desde la teoría Rogeriana.

2.1 DIAGNÓSTICO

Después de enumerar las problemáticas dentro de la Fundación Hermanos de los Desvalidos, se realiza una priorización de las mismas, obteniendo como principal problemática la no adherencia o deserción al tratamiento por ansiedad al consumo de sustancias psicoactivas.

Para el caso específico del objeto de intervención, se hará referencia a la TB. El proceso de atención para las personas con diagnóstico de TB en la Fundación Hermanos de los Desvalidos consta de dos fases de acuerdo a los resultados de los exámenes, primer fase, consiste en el aislamiento, ya que esta etapa es nociva para la salud, puesto que hay mayor riesgo de contagio a las demás personas, el periodo de aislamiento abarca un tiempo estimado entre cuatro y seis meses, en la segunda fase del diagnóstico, las personas no requieren del aislamiento ya que disminuye el riesgo de contagio, es por ello que se permite la interacción con los demás usuarios; el periodo en esta fase, depende de varios factores como son la resistencia a la acción de los medicamentos, esto debido al abandono o no culminación a tratamientos anteriores para el mismo diagnóstico, el incumplimiento en el consumo de los medicamentos indicados, así mismo, la presencia de diagnóstico como el VIH ya que el medicamento para este virus inhibe el efecto del medicamento para la TB (dependiendo el caso se trata primero un diagnóstico y luego el otro, a fin de no alterar el proceso de recuperación en ninguno de los diagnósticos) y la escases de los medicamentos para combatir la enfermedad.

El consumo prolongado de sustancias psicoactivas en los usuarios es la mayor causa de abandono al tratamiento, puesto que se ven expuestos a un largo periodo de abstinencia generando en algunos agresividad, depresión e inclusive ideas irracionales que conllevan a la deserción sin permitir una adecuada adherencia al tratamiento.

A nivel municipal, la Secretaría de Inclusión Social y Familia posee el proyecto Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto, el cual, “busca brindar atención en sus

necesidades básicas y psicosociales a personas habitantes de la calle adultos, entre los 18 y 59 años de edad” (Alcaldía de Medellín, 2009), dentro de las funciones que dicho proyecto brinda se encuentra la del Albergue Temporal, que es operado por la Fundación Hermanos de los Desvalidos, y cuya función principal es la atención médica a diagnósticos por enfermedad crónica, de larga estancia, pacientes en proceso de recuperación post-operatorio y pacientes con enfermedades terminales en pro de una muerte digna. Cabe anotar, que esta intervención se centra meramente en la atención y tratamiento de los diagnósticos médicos, dejando de lado el acompañamiento psicosocial el cual debe estar aunado al proceso de recuperación médica, ya que los usuarios remitidos poseen historias de vida que generan en los mismos mezcla de sentimientos, los cuales no pueden ser tratados desde el modelo médico tradicional, es por ello que desde la Fundación Hermanos de los Desvalidos se identifica la necesidad de dicho acompañamiento, dado que los profesionales psicosociales de la Fundación se dedican a actividades de tipo administrativo, dejando de lado actividades que permitan la permanencia y/o adherencia de los usuarios en el proceso de recuperación integral.

2.2 MARCO REFERENCIAL

La psicología humanista es fundamentalmente un movimiento programático, surgido en Norteamérica en la década de los sesenta, orientado a promover una psicología

más interesada por los problemas humanos. (Villegas, M. 1986. Citado por B. Smith, 1969).

Michel Fourcade (1982), define la psicología humanista como “un acercamiento al hombre y a la experiencia humana en su globalidad. Un movimiento científico y filosófico que comprende la psicología en sus dimensiones dinámica y social, basada en una visión holística del hombre redescubriendo así formas tradicionales occidentales y orientales de conocimiento. Un conjunto de técnicas de cambio individual y social, un conjunto de valores que conciernen las relaciones del individuo y de la sociedad con una moral implícita o explícita... Un movimiento contracultural, que se ha extendido bajo la forma de lo que ha venido en llamar Movimiento del Potencial Humano". (Villegas, M. 1986. Citado por Fourcade, M. 1982).

Sin desconocer la gran contribución por otros autores desde el ámbito psicológico y filosófico, haré una breve reseña de quienes considero como padres de la psicología humanista: Fritz Perls, Carl Rogers y Abraham Maslow.

Fritz Perls: reconocido como el fundador de la terapia Gestalt, realizando como gran aporte “el concepto psicológico de contacto como expresión de un modo de ser existencialista”.

Carl Rogers: desarrolla el concepto de terapia centrada en el cliente por medio de la terapia conversacional, la teoría del sí mismo y la apertura de la psicoterapia a la investigación empírica.

Abraham Maslow: introduce el término autorrealización por medio de la teoría de las necesidades humanas.

Así mismo y con el fin de esclarecer la naturaleza del objeto que estudia la psicología; Miguel Martínez (1999, 67-76) presenta diez características de las cuales el hombre es poseedor, dando pie a una aproximación de una concepción humanista del mismo:

El hombre vive subjetivamente.

La persona está constituida por un núcleo central estructurado.

El hombre está impulsado por una tendencia hacia la autorrealización.

El hombre es más sabio que su intelecto.

El hombre posee capacidad de conciencia y simbolización.

Capacidad de libertad y elección.

El hombre es capaz de una relación profunda.

El hombre es capaz de crear.

El hombre busca un sistema de valores y creencias.

Cada persona es un sistema de unicidad configurada.

Con estas características y teniendo en cuenta la problemática de la población objeto de intervención, se considera pertinente traer a colación “la teoría del campo” para lo cual, Kurt Lewin (1952, p.45) dice “la teoría del campo no es una teoría en el estricto sentido del término” sino mas bien se considera como “...El campo es la circunstancia global del terapeuta, del paciente, y de todo lo que sucede entre ellos...” al igual que, “la teoría del

cambio”, la cual, “se basa en la confianza de que los seres humanos tienen la capacidad de autorregularse y lograr el mejor ajuste posible dentro del contexto en el que se encuentran” (Woldt, Ansel., Toman, S. 2007).

Perls en su reconocimiento de la autorregulación del organismo “considera que el origen de nuestro comportamiento no está regido por nuestros instintos, sino que son las necesidades quienes surgen como reacciones individuales”. (Quitmann, H. 1989).

Luego de revisar los diferentes aportes de corrientes psicológicas, se propone la teoría Rogeriana como la base teórica de esta sistematización ya que se encuentra dentro de la psicología humanista, esta teoría esboza una serie de proposiciones, que conllevan a dar una explicación de la conducta del individuo, con lo cual se busca referenciar la personalidad del ser, esto con el fin de aproximarse a inferir un motivo de la población objeto de intervención en cuanto a su decisión de optar por un estilo de vida, donde su hábitat es la calle.

En las diferentes proposiciones expuestas por el autor se encuentra que “la emoción acompaña y en general facilita esta conducta intencional; el tipo de emoción está relacionado con los aspectos de búsqueda versus los aspectos consumatorios de la conducta, y la intensidad de la emoción con la significación percibida de la conducta para la preservación y el desarrollo del organismo” (Rogers, 1972. p. 418). Es por ello que como supuesto de respuestas a la decisión se encuentra la manifestación del no control de emociones derivadas de contextos como la familia, la sociedad e inclusive lo personal.

Así mismo “los valores ligados a las experiencias, y los valores que son parte de la propia estructura, en algunos casos son valores experimentados directamente por el organismo, y en otros son valores introyectados o recibidos de otros, pero percibidos, de una manera distorsionada, como si hubieran sido experimentados directamente” (Rogers, 1972. p. 422-423). Es por esto que en la población sujeto de intervención conceptos como: valores, ética y moralidad no se observan estructurados, dado que muchos de estos no fueron adquiridos en las primeras etapas de su vida y en algunos casos el aprendizaje no estuvo mediado por un sistema de normas que permitieran afianzar la aprehensión y puesta en escena de ellos, en otros casos, estos conceptos se pueden catalogar como modulares o acomodaticios ya que dependen de las normas por las cuales se rigen el grupo en el cual están inmersos.

De igual manera “la conducta puede surgir, en algunos casos, a partir de experiencias y necesidades orgánicas que no han sido simbolizadas. Tal conducta puede ser incompatible con la estructura del sí mismo, pero en esos casos el individuo no es “dueño” de sí” (Rogers, 1972. p.431). De allí que sea común escuchar expresiones tales como “me gustaría salir y ser otra persona” mientras se encuentran en el proceso de recuperación médica y psicosocial, sin embargo, estas acciones se contradicen en si misma cuando ellos por petición y decisión propia salen de la FUNHED y se van a consumir sustancias psicoactivas a las llamadas “ollas de vicio”, ya que no son dueños de sus acciones conscientes, porque estas están mediadas por la adicción y por el síndrome de abstinencia experimentado al no consumirlas. Por lo que “el control consciente se hace más difícil

cuando el organismo lucha por satisfacer necesidades que son admitidas conscientemente, y por reaccionar ante las experiencias rechazadas por el sí mismo consciente. Se produce la tensión, y si el individuo toma conciencia de esta tensión o discrepancia se siente ansioso, siente que no está unificado o integrado, que no está seguro de su propia dirección” (Rogers, 1972. p.432).

“Esta teoría es de carácter básicamente fenomenológico y se basa ampliamente en el concepto del sí mismo como construcción explicativa. Describe el punto final del desarrollo de la personalidad como una congruencia básica entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual del sí mismo, situación que, si se logra, significa librarse de tensión y ansiedad interna y librarse de tensiones potenciales; representa el grado máximo de una adaptación orientada realísticamente; el establecimiento de un sistema de valores individualizado, parecido en grado considerable al sistema de valores de cualquier otro miembro de la raza humana igualmente bien adaptado” (Rogers, 1972. p. 450).

A la luz de esta sistematización se propone la revisión de conceptos que permitan la comprensión de los procesos que intervienen en la recuperación médica y acompañamiento psicosocial de los usuarios de la Fundación Hermanos de los Desvalidos, como: psicología de la salud, habitante de y en calle, policonsumismo de SPA, tuberculosis, abstinencia, ansiedad, adherencia al tratamiento.

La intervención se apoyará en el campo de la psicología de la salud, la cual de acuerdo a Flórez 2006, se define como “El uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas” (Florez, 2006), ya que como se menciona en el aparte el rol del psicólogo de esta sistematización, el ser humano a raíz de factores externos de tipo psicológico y social adquiere malestares que atacan el cuerpo, generando enfermedades que no son tratadas desde el ámbito de la medicina tradicional, ya que se requiere de un acompañamiento psicológico para un sano bienestar mental, lo cual se evidencia con la población de la Fundación Hermanos de los Desvalidos quienes en su totalidad, son Habitante de calle, lo cual es definido como “la persona de cualquier edad, que generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida” a diferencia del habitante en situación de calle “la persona de cualquier edad que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo en la calle (...)” (Alcaldía de Medellín, 2009), y esto puede suceder por factores propios y/o ajenos a su disposición, ya que para el año 2009, la Universidad de Antioquia por medio del Centro de Estudios de Opinión (CEO), junto con la Alcaldía de Medellín y la Secretaría de Bienestar Social, realizaron el censo a la población habitante de y en calle, para lo cual, se censo un número de 24.352 personas en situación de calle, obteniendo como resultado un 13.88% de habitantes de calle y un 86.12% de habitantes en calle (Alcaldía de Medellín, 2009), cabe anotar que, el 13.88% equivale a 3.381 personas habitante de calle, de las cuales no todas son nacidas en Antioquia y quienes de acuerdo a su lugar de nacimiento se referencian así: Antioquia 2771, Caldas 104, Valle del Cauca 102, Chocó 65, Córdoba 36,

Cesar 67, Atlántico 71, Bogotá D.C. 62, Santander 24, Bolívar 30, Sucre 07, Caquetá 16, La Guajira 05, Meta 06, San Andrés 04, Amazonas 01, Casanare 02, otros países 08.
(Alcaldía de Medellín, 2009)

Dentro de las razones que estas 3.381 personas refieren como principal motivo para hacer de la calle su hábitat permanente se encuentran (en su respectivo orden) el abandono familiar, voluntariedad, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar, buscar alternativas económicas, desplazado de otro municipio, desplazado intraurbano, otras y un bajo porcentaje, no responde. (Alcaldía de Medellín, 2009)

De las razones anteriormente mencionadas, el consumo de sustancias psicoactivas se convierte en una de las principales características de la población objeto de estudio, no obstante, en los mismos, es frecuente el consumo de diversas sustancias psicoactivas entendiéndose ello como policonsumismo.

Estas personas por no hacer un debido uso a los métodos de promoción y prevención y teniendo en cuenta las prácticas habituales que adoptan como: comportamientos delictivos, la falta de cuidado personal, deficientes hábitos de aseo, el excesivo consumo de sustancias psicoactivas y la promiscuidad, podría decirse, que los posiciona como una problemática social, ya que por medio de estos hábitos, en especial, el consumo de sustancias alucinógenas y la promiscuidad sin protección alguna, contribuyen a la propagación de patologías como el VIH y TB, las cuales actualmente, hacen parte de las

principales enfermedades infectocontagiosas, por tanto, se convierten en una problemática de salud pública. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Tipos de Tuberculosis: (Instituto Nacional de Salud, 2014)

Tuberculosis con farmacorresistencia múltiple (MDR): tuberculosis causada por cepas *M. tuberculosis* que son resistentes a la isoniazida y la rifampicina.

Tuberculosis extrapulmonar: tuberculosis que afecta a otra localización no pulmonar, incluyendo la pleural y la linfática intratorácica cuando no hay afectación del parénquima pulmonar.

Tuberculosis pulmonar: tuberculosis que afecta al parénquima pulmonar y al árbol traqueobronquial.

De acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia -SIVIGILA- “para el periodo epidemiológico 2 de 2014, se confirmaron 1354 casos de tuberculosis de todas las formas, 1116 casos de tuberculosis pulmonar, 215 extrapulmonares y 23 tuberculosis meníngea, de los cuales 1211 (89.4%) equivalen a casos nuevos y 143 (10.6%) a casos anteriormente tratados, así mismo, informan que el 61.6% (834 casos) son hombres y el 38.4% (520 casos) son mujeres. De igual manera informa que de acuerdo al lugar de residencia, la tasa de incidencia más alta para el periodo anteriormente mencionado esta en Amazona con 6.6 casos por 100.000 habitantes, Chocó 5.4 casos por 100.000, aunque las entidades territoriales que concentran mayores casos son Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá con el 48.6% de los casos. (Instituto Nacional de Salud, s.f).

Cabe aclarar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio de sus estrategias “Alto a la Tuberculosis y DOTS (Directly Observed Treatment short – course)” promueven a nivel mundial, “la detención y eliminación de la TB radicalmente al 2015”. (Organización Mundial de la salud, 2014)

Teniendo en cuenta el objeto de estudio, población con diagnóstico de TB, definida por la Organización Mundial de la Salud (2014) –OMS- como “Enfermedad infecciosa causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Por lo general, afecta a los pulmones (tuberculosis pulmonar) pero puede afectar otros sitios (tuberculosis extrapulmonar). La enfermedad se propaga por el aire cuando quienes están enfermos con tuberculosis pulmonar expulsan las bacterias, por ejemplo al toser” (Instituto Nacional de Salud, 2013), la que, por no ser tratada de manera adecuada, puede generar en la persona afectada resistencia a los medicamentos, cavernas en los pulmones, entre otras afecciones; es por ello, que se requiere en este tipo de población una sensibilización, debido a que se observan características tales como policonsumismo, lo cual genera ansiedad debido al aislamiento, promiscuidad, uso no adecuado de hábitos de higiene, el compartir artículos de tipo personal, por tanto, es necesario una adecuada adherencia a los procesos de acompañamiento médico y psicológico, entendiéndose esta “... A, cómo el contexto en el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluye la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas” (Medigraphic,

2008). A fin de lograr una adecuada adherencia al proceso de recuperación médica y psicosocial se propone emplear como metodología del proceso psicoeducativo, las 10 habilidades para la vida planteadas por la OMS, entendida como la articulación de “habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades para el control de emociones” (Organización Panamericana de la Salud, 2001) con las cuales se busca en la población objeto de intervención el desarrollo adecuado de su salud mental, al igual que autonomía, autorrealización y un bienestar subjetivo, pues dichas habilidades, permitirían afrontar adversidades venideras y/o desafíos de la vida.

3 FASE DEL HACER

Con la intervención de este proyecto se busca sensibilizar a los usuarios habitantes de calle albergados en la FUNHED respecto al cumplimiento de la norma en procesos de institucionalización, la convivencia con los pares, el autocuidado y la importancia de mantener y/o permanecer dentro de las redes de apoyo ya sean de tipo familiar o social, a fin de fortalecer su personalidad y con ello lograr una recuperación física y una estabilidad emocional que permita llevar a cabo un proceso sólido para el reintegro social.

3.1 JUSTIFICACIÓN

A menudo, cuando se transita por las calles, se encuentra con personas de todo tipo, es decir, diferentes etnias, colores, cultura, estatura, pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, así mismo, se encuentran con personas que por convicción propia o por situaciones tales como el excesivo consumo de sustancias psicoactivas entre otros, han hecho de la calle su sitio de vida, en este caso se hace referencia a los habitantes de calle.

Generalmente, esta población centra sus actividades en zonas donde no cuentan con servicios de saneamiento básico, tales como, duchas y servicios sanitarios, lo que conlleva a que se presente un hacinamiento poblacional en áreas comunes de la ciudad, como son, la Central Minorista y el río Medellín, lo que conlleva, a que sean discriminados por parte de los demás ciudadanos. Este hacinamiento trae consigo problemas de tipo social y de salud, ya que se presentan disputas verbales y físicas, promiscuidad, el uso compartido de sustancias psicoactivas, que pueden ser factores de riesgo en la propagación de afecciones de salud como el VIH y la TB, es por ello, que el municipio de Medellín realiza intervenciones para la detención de éstas, alineándose con los programas a nivel mundial en cabeza de la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), a fin de evitar una epidemia que incremente la atención en los diferentes diagnósticos anteriormente mencionados dentro de la ciudad. Esta apreciación es de tipo personal y es resultado de la observación directa de los comportamientos de los habitantes de calle en los sitios antes mencionados.

Cabe destacar que dentro de las estrategias de intervención que brinda la Alcaldía de Medellín se encuentran los centros días y el programa de albergue temporal que opera la

Fundación Hermanos de los Desvalidos, donde en este último, los usuarios tienen la posibilidad de recuperarse de diagnósticos médicos por enfermedades crónicas, de larga estancia, postoperatorios y en última instancia, una muerte digna, sin embargo, a raíz del largo periodo de abstinencia por el cual atraviesan los usuarios en el momento del tratamiento médico, estos desisten del mismo, (en este caso se hace referencia a los usuarios con diagnósticos de TB, primera fase – aislamiento- y segunda fase) sin medir las consecuencias tanto a nivel personal como social, pues al no finalizarlo se corre el riesgo de la propagación de la enfermedad a otros y/o la resistencia a medicamentos indicados para dicho tratamiento.

El interés por conocer los motivos que conllevan a una persona a optar por ser un habitante de calle, es lo que me inspira a realizar esta sistematización la cual estará basada primordialmente en la intervención y acompañamiento psicosocial a los usuarios de la Fundación Hermanos de los Desvalidos con diagnóstico de TB (tuberculosis); Este acompañamiento permitirá explorar sensaciones y emociones de los usuarios de la FUNHED en etapa de aislamiento que están en proceso de recuperación médica y así comprender las causas de la no adherencia y posterior abandono al tratamiento. Así mismo, este proceso permitirá un crecimiento a nivel personal y profesional, ya que la convivencia diaria con los usuarios, facilitará la aprehensión de conocimientos que contrastados con los adquiridos en la academia, afianzarán mi postura y filiación en el campo de la psicología, para así lograr identificar ¿Cómo aporta el acompañamiento psicosocial en el proceso de recuperación médica de los usuarios habitantes de calle de la Fundación Hermanos de los

Desvalidos con diagnóstico de TB (tuberculosis) primer fase para la adherencia al tratamiento?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar acompañamiento psicosocial a los usuarios habitantes de calle albergados en la FUNHED en primera fase de Tuberculosis (aislamiento), que permita mayor adherencia al tratamiento médico y la no deserción al mismo; evitando la propagación de la enfermedad.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sensibilizar a los usuarios habitantes de calle albergados en la FUNHED con diagnóstico de TB en primera fase, sobre la importancia de concluir el tratamiento a su diagnóstico.

Fomentar hábitos saludables en los usuarios habitantes de calle de la FUNHED con diagnóstico de TB en primera fase que incidan positivamente en su condición de salud y las personas que les rodean.

Promover la aplicación de las 10 habilidades para la vida en los usuarios habitantes de calle albergados en la FUNHED con diagnóstico de TB en primera fase, buscando un mejor bienestar físico y mental.

3.3 ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Teniendo en cuenta la problemática central de la población objeto de intervención (la no adherencia al proceso de recuperación por la ansiedad al consumo de sustancias psicoactivas y aislamiento) se plantea como técnica de intervención a nivel grupal e individual, el taller reflexivo, el cual se constituye por las siguientes secciones “el encuadre, fase de construcción inicial, fase de recolección de datos, la plenaria, la devolución, los aportes y el re-encuadre” (Gutiérrez, 2003, p.430) donde se buscará la articulación de éstos al proceso, y así, generar en los usuarios interés por culminar el tratamiento, concientizándolos de los riesgos por abandono al mismo.

Como técnica a nivel grupal se trabajará como metodología psico-educativa las 10 habilidades para la vida propuestas por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001), por medio de la técnica anteriormente mencionada, donde el propósito se enmarca en minimizar los factores negativos de tipo biológico, social y familiar.

Así mismo, se tendrá en cuenta el manual de convivencia de la Fundación Hermanos de los Desvalidos con el ánimo de sensibilizar a los usuarios sobre la necesidad de cumplir la norma, la cual, les permitirá comprender la importancia de ser sujetos de deberes y derechos.

Para los usuarios que se encuentran en terapia individual, se trabajará la entrevista semi-estructurada, las asociaciones libres y el Test de inteligencia emocional de Martineaud, S., Englehart, D., y de esta manera concientizar a los usuarios sobre la importancia que revisten los factores externos e internos en un sano desarrollo mental para su proceso de recuperación, sumado a ello, se buscará el restablecimiento de redes de apoyo ya sea de tipo social y/o familiar en pro de una adherencia al proceso médico y del Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto.

3.4 RECURSOS Y PROPÓSITOS DE LAS ACTIVIDADES

El proyecto de intervención que se lleva a cabo en la Fundación Hermanos de los Desvalidos se basa en la observación de la población, asesoría individual y talleres reflexivos, que se ejecutan a raíz del diagnóstico inicial y las necesidades que se identifican en la población o que la misma manifiesta y por último una evaluación final, la cual se aplicará a una muestra aleatoria de la población objeto de intervención.

A continuación se menciona los talleres realizados y su respectivo objetivo al igual que los recursos y propósito determinado.

Cada uno de los talleres realizados con la población objeto de intervención tuvo un tiempo estimado entre hora y media a dos horas, en acuerdo con los administrativos de la FUNHED (Fundación Hermanos de los Desvalidos).

3.4.1 Encuentro de sensibilización / Vivenciando las habilidades para la vida.

Objetivo: Motivar y sensibilizar a los usuarios de la FUHED frente a las habilidades para la vida.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: tarjetas con las habilidades para la vida.

3.4.2 Conocimiento de sí mismo / ¿Me conozco a mi mismo (a)?

Objetivo: tomar conciencia de la percepción que cada persona tiene de sí mismo, de cómo se construye esta visión y de la importancia de la propia imagen para la vida diaria de cada uno (a).

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: hojas de papel reciclable, lápiz y/o lapicero.

3.4.3 Empatía / Diferentes pero complementarios

Objetivo: descubrir el significado de la empatía y cómo ponerla en práctica permanentemente para fortalecerla.

3.4.4 Comunicación efectiva y asertiva / Comunicándonos

Objetivo: reconocer la importancia de una adecuada comunicación en las relaciones interpersonales.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: hojas reciclables, lápiz y/o lapicero.

3.4.5 Relaciones interpersonales / Mi red de relaciones

Objetivo: reconocer la red de interacciones y vínculos que actualmente tiene cada uno (a) de los usuarios en su vida.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: letra de la canción “Amigo” de Roberto Carlos.

3.4.6 Toma de decisiones / Con razón y corazón

Objetivo: integrar la emoción y la razón para la toma de decisiones responsables y equilibradas.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: letra de la canción “Date un chance” de Luis Enrique.

3.4.7 Solución de problemas y conflictos / Conflictos ¿Qué son?

Objetivo: comprender y conceptualizar qué es un conflicto y abordar algunos elementos presentes en los conflictos interpersonales.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: papelógrafo, marcadores.

3.4.8 Pensamiento creativo / Imaginando un mundo mejor

Objetivo: propiciar un espacio para los usuarios de la FUNHED entre en contacto con su expresión creativa.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: canción “Color Esperanza” de Diego Torres, hojas reciclables con las consignas sugeridas.

3.4.9 Pensamiento crítico / Analizando la raíz

Objetivo: reflexionar las ideas ocultas tras expresiones del lenguaje común de los usuarios de la FUNHED y de la sociedad en general.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: hojas reciclables, lápiz y/o lapicero, lista de refranes.

3.4.10 Manejo de emociones y sentimientos / Expreso lo que siento

Objetivo: identificar los recursos personales para la expresión de emociones y sentimientos, a la vez que se analizan las dificultades que en ocasiones se presentan en esta área.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: hoja reciclable con la lectura “El diario de...” y preguntas para reflexionar.

3.4.11 Manejo de tensiones y estrés / Mis refugios

Objetivo: identificar con los usuarios de la FUNHED estrategias para controlar la ansiedad y el estrés en su vida diaria.

Materiales empleados por los usuarios de la FUNHED: sonido con música de relajación y/o meditación.

3.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Teniendo en cuenta los tiempos estipulados por la Fundación para que los usuarios puedan tomar sus alimentos, ver programas de televisión y realizar un reposo corporal, se ha proyectado una serie de actividades en tiempos estipulados que no perturben dichos espacios, sin embargo, el cronograma está sujeto a las necesidades que el mismo proceso requiera.

ACTIVIDAD		DURACIÓN	FECHA	MATERIALES	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS	ASISTENTE	RESPONSABLE
Cortometraje y encuentro grupal.	Normas de convivencia, deberes y derechos.	Una (1) hora	El cortometraje se llevará a cabo los lunes y los encuentros grupales se realizarán los días martes y viernes en la	Medios audiovisuales (TV, computador portátil)	Recordar la importancia de una sana convivencia con base en los deberes y derechos.	Socialización grupal en la cual se buscará solución a la problemática interna que se presente.	Fomentar el orden y norma por medio del diálogo.	Usuarios voluntarios de la Fundación	Psicóloga en formación

			mañana.						
Actividad lúdica	Las actividades lúdicas se realizarán de acuerdo a las necesidades de los usuarios y tema planteado de la semana.	Una (1) hora	La actividad lúdica se realizará los días lunes en la tarde.		Fomentar la necesidad de una sana convivencia y la importancia de los valores dentro y fuera de la Fundación.			Usuarios voluntarios de la Fundación	Psicóloga en formación
Taller	Los talleres se realizarán con base en las 10 habilidades	Una (1) hora	Los talleres se realizarán los días viernes y martes en la		Concientizar a los usuarios de la importancia			Usuarios voluntarios de la Fundación	Psicóloga en formación

	para la vida propuestas por la OMS.		tarde.		de los auto- esquemas y valores para un bienestar mental.				
	Asesoría individual	Cinco (5) horas	Las asesorías individuales se realizarán los días jueves en la mañana y tarde.		Brindar a los usuarios un espacio de expresión de emociones, pensamien tos y sentimiento s.			Usuarios voluntari os de la Fundació n	Psicóloga en formación

Nota: La propuesta de actividades realizadas semana a semana se anexaran al informe final, dado que, de acuerdo a la necesidad del proceso se irán planteando temas que fortalezcan el mismo.

4 DEVOLUCIÓN CREATIVA

En esta cuarta y última parte, como bien dice Juliao C. (2011) “es la reflexión de la acción”, es decir, se da respuesta a los objetivos planteados por medio de aciertos y dificultades, se analiza el cumplimiento de los mismos, se realiza recomendaciones a la agencia y por último se lleva a cabo la conclusión de la intervención de la práctica.

4.1 Evaluación del cumplimiento de objetivos.

4.1.1 Aciertos

4.1.2 Dificultades

Para dar respuesta a los aciertos y dificultades, en la evaluación del cumplimiento de los objetivos, se parte desde el objetivo general y los específicos propuestos para la intervención del proyecto.

Objetivo general

Realizar acompañamiento psicosocial a los usuarios habitantes de calle albergados en la FUNHED en su proceso de recuperación médica en primera fase de Tuberculosis

(aislamiento), que permita mayor adherencia al tratamiento médico y la no deserción al mismo; evitando la propagación de la enfermedad.

A continuación se mencionan las actividades realizadas para llevar a cabo los objetivos específicos:

- Promover la aplicación de las 10 habilidades para la vida en los usuarios habitantes de calle albergados en la FUNHED con diagnóstico de TB en primera fase, buscando un mejor bienestar físico y mental.

Para dar cumplimiento a este objetivo específico se realizaron diez (10) talleres reflexivos dentro de los cuales el tema principal se basó en las diez (10) habilidades para la vida propuestas por la OMS.

Taller 1

Conocimiento de sí mismo / ¿Me conozco a mi mismo (a)?

Aciertos:

- La sensibilización sobre la percepción que tienen de sí mismo.
- La concientización de una adecuada salubridad.
- Las devoluciones realizadas por parte de los usuarios desde su experiencia.

Dificultades:

- A raíz de su libre albedrío y sumado a ello la percepción que tienen del porqué de su estadía dentro de la FUNHED (recuperación física), se debe hacer recorrido cuarto a cuarto para la integración al taller y durante el mismo, es necesario realizar re-encuadres.

Taller 2

Empatía / Diferentes pero complementarios.

Aciertos:

- La socialización de la importancia de la habilidad sobre todo en el caso de institucionalización.
- El acercamiento entre usuarios que durante su experiencia como Habitantes de Calle (HC) manifestaron rivalidades.

Dificultades:

- A raíz de su libre albedrío y sumado a ello la percepción que tienen del por qué de su estadía dentro de la FUNHED (recuperación física), se debe hacer recorrido cuarto a cuarto para la integración al taller y durante el mismo, es necesario realizar re-encuadres.

Taller 3

Comunicación efectiva y asertiva / Comunicándonos.

Aciertos:

- La concientización de que los demás argumentos tienen tanta validez como el propio.
- La necesidad de una buena claridad y precisión en el diálogo.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio del taller a fin de lograr un buen progreso de la actividad.

Taller 4

Relaciones interpersonales / Mi red de relaciones.

Aciertos:

- La reflexión del por qué es necesario un vínculo afectivo.
- La expresión de sentimientos durante la realización de la actividad.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio de la actividad a fin de lograr un buen progreso de la actividad.

Taller 5

Toma de decisiones / Con razón y corazón.

Aciertos:

- La reflexión de las consecuencias a actos y/o respuestas apresuradas.
- La comprensión de los factores externos a sus emociones, pensamientos y sentimientos.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio de la actividad a fin de lograr un buen progreso de la actividad.

Taller 6

Solución de problemas y conflictos / Conflictos ¿Qué son?

Aciertos:

- La Expresión de conflictos vividos.
- La socialización para posibles soluciones a dichos conflictos.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio de la actividad a fin de lograr un buen progreso de la actividad.

Taller 7

Pensamiento creativo / Imaginando un mundo mejor.

Aciertos:

- La identificación de actitudes, aptitudes y capacidades propias que desconocían.
- La capacidad de aceptar opiniones contrarias.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio de la actividad a fin de lograr un buen progreso de la actividad.

Taller 8

Pensamiento crítico / Analizando la raíz.

Aciertos:

- La manifestación de dichos y/o jerga utilizada en el contexto del HC.
- El cuestionamiento a inquietudes de tipo social por parte de los usuarios.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio de la actividad a fin de lograr un buen progreso de la actividad.

Taller 9

Manejo de emociones y sentimientos / Expreso lo que siento.

Aciertos:

- La socialización de diversos puntos de vista frente al tema tratado.
- La aceptación de falta de manejo a los “impulsos”.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio de la actividad a fin de lograr un buen progreso de la actividad.

Taller 10

Manejo de tensiones y estrés / Mis refugios.

Aciertos:

- La expresión de cómo manejan los momentos de ansiedad por estar institucionalizados.
- La movilización de sentimientos que permiten hacer consciente la necesidad de una recuperación íntegra.

Dificultades:

- El re-encuadre a los usuarios en medio de la actividad a fin de lograr un buen progreso de la actividad.
- Los usuarios expresaron falta de actividades lúdico-recreativas que permitan “no tener la mente en blanco”.

- Sensibilizar a los usuarios habitantes de calle albergados en la FUNHED con diagnóstico de TB en primera fase, sobre la importancia de concluir el tratamiento a su diagnóstico.
- Fomentar hábitos saludables en los usuarios habitantes de calle de la FUNHED con diagnóstico de TB en primera fase que incidan positivamente en su condición de salud y las personas que les rodean.

En estos objetivos específicos, se llevo a cabo la asesoría individual con los usuarios; en algunos se realizo simplemente la anamnesis, con otros se realizó proceso terapéutico y en otros se realizó intervención en crisis.

Aciertos:

- La concientización de los efectos secundarios a nivel social, familiar y personal por la no culminación de tratamiento.
- La sensibilización sobre la importancia de una recuperación médica para un sano bienestar.
- El manejo de test para fomentar la importancia de una adecuada salud mental.
- El facilitar espacios de expresión a sentimientos, emociones y pensamientos a raíz de la abstinencia.
- La manifestación de malestares psíquicos que afectan el normal desarrollo de sus actividades cotidianas.
- La identificación y acercamiento del personal de la FUNHED, teniendo en cuenta su diagnóstico, TB fase uno, lo cual genera un aislamiento.
- La representación de eventos de infancia.

Dificultades

- La negación a aceptar falencias que conllevaron a la decisión de ser HC.
- La resistencia a ser sujetos de derechos y deberes (se piensan como sujetos de derecho meramente).

- El espacio para llevar a cabo la asesoría individual.
- La auto-percepción por diagnósticos aunados a la TB.

4.1.3 Análisis del cumplimiento del objetivo general.

El objetivo general del proyecto básicamente se divide en tres partes siendo estas:

4.1.3.1 Acompañamiento psicosocial.

En esta primera división, se hizo un enfoque especial descentralizado de lo físico, es decir, cada uno de los usuarios que allí se albergan traen consigo un diagnóstico médico a raíz de una patología biológica, pero sumado a ello, trae una mezcla de sentimientos, emociones y pensamientos que la medicina no cura. Si bien la FUNHED no realiza asistencia o su función no es el proceso psicoterapéutico, se vio la necesidad de abordar a los usuarios desde este tipo de malestares psíquicos, buscando promover una estabilidad en su proceso de institucionalización, logrando con este tipo de intervención:

- Identificar factores que han obstaculizado el proceso de recuperación integral.
- La aceptación de sí mismo.

- El descubrimiento de emociones que no permiten una sana relación interpersonal.
- El fortalecimiento de pensamientos positivos consigo mismo.

4.1.3.2 Proceso de recuperación médica.

Para esta segunda división, se trabajó de la mano del área de salud física (médico, enfermeros) de la FUNHED, a fin de articular signos y síntomas de cada uno de los usuarios, lo cual facilitó:

- El acercamiento con la historia clínica y las diferentes observaciones plasmadas en la misma.
- El acompañamiento a citas médicas, ya fuesen con médico general o especialista.
- Seguimiento a la medicación en pro de la mejoría de su o sus diagnósticos.
- Concientización de la importancia de factores aunados a los medicamentos para la recuperación. (higiene, alimentación, ejercicio).

4.1.3.3 Adherencia al tratamiento.

Siendo conscientes de la historia de vida de cada uno de los usuarios y la dependencia que la gran mayoría ha generado a las sustancias psicoactivas pero sobre todo su libre albedrío, y tener que llevar a cabo un proceso de institucionalización, esta tercera división, parte desde la primera división, con el fin de realizar contención en los usuarios por medio de actividades, diálogos reflexivos y espacios lúdico-recreativos, facilitándole al mismo, dispersar sus pensamientos y así hacer más llevadero la fase del aislamiento sin dejar de lado la ansiedad como parte del síndrome de abstinencia.

Con la recopilación de cada uno de los logros en las divisiones del objetivo general, se analiza como logro principal la disminución de deserciones en la primera fase del diagnóstico de TB (aislamiento), aportando así al sano desarrollo de cada uno de los usuarios, la no transmisión de la bacteria a otras personas y la reflexión de la importancia sobre una recuperación integral.

Nota: cabe aclarar que la población, a raíz de la necesidad de consumo, básicamente logra la estadía dentro de la FUNHED durante la primera fase. (Esta primera fase de la TB es donde está en riesgo la transmisión de la bacteria, cuando se encuentran en segunda fase no hay mayor riesgo, pero por la no culminación al tratamiento debidamente, genera en el portador de la bacteria afecciones superiores a largo plazo como cavernas en los pulmones, asfixia e inclusive la dependencia del oxígeno, cuando no es en última instancia la muerte).

4.1.4 Recomendaciones a la agencia.

Luego de haber ejecutado las prácticas profesionales, haber realizado un diagnóstico y por ende haber intervenido a la población en sus diferentes diagnósticos médicos, me permito realizar con el respeto que me merecen las directivas, profesionales y demás personal que allí operan, una serie de sugerencias para que lo propuesto en esta intervención tenga un efecto más productivo pero sobre todo para que lo estipulado en la misión y visión de la FUNHED se lleve a cabo:

- ❖ Tener expuesto en un lugar visible el manual de convivencia para que usuarios y familiares lo conozcan y apliquen.
- ❖ Cumplir a cabalidad lo estipulado en el manual de convivencia tanto a nivel de deberes como de derechos, ya que en ocasiones se torna permisiva la práctica de la norma, generando en los usuarios malestares de tipo personal.
- ❖ Realizar staff con la participación de los (las) profesionales en formación a fin de conocer el estado de los usuarios, sumado a ello, tener en cuenta las devoluciones por parte de los (las) mismos (as) en su proceso de intervención.
- ❖ Fortalecer el acompañamiento psicosocial con los usuarios que se encuentran en aislamiento, ya que, la suma de factores externos y de tipo personal, genera en los mismos la idea de desertar al proceso de recuperación médica.
- ❖ Implementar espacios donde se capacite al personal sobre los diferentes diagnósticos que allí asisten (detallado), logrando con ello la concientización de riesgos laborales, biológicos y profesionales.

4.1.5 Conclusiones de la práctica.

El principal reto dentro de la práctica profesional como psicóloga, fue desprender mis mitos sobre la actitud y comportamiento del tipo de población objeto de intervención, al igual que, mitos de algunos de los diagnósticos que allí se asisten, pues lamentablemente así científicamente se haya comprobado que muchos de ellos no se propagan con un simple saludo o apretón de manos, aun rigen especulaciones que la sociedad ha impuesto a raíz del desconocimiento y/o prevalencia de miedos o angustias.

Sumado a lo anterior, posiciono también el alto grado de tolerancia a la frustración obtenido, pues si bien son personas con un libre albedrío y la gran mayoría policonsumidoras, no se puede desconocer el gran potencial que en un alto porcentaje se logra destacar, quienes en su proceso de institucionalización dan lo mejor de sí, pero luego de culminar proceso o en su defecto abandonar, olvidan su interés por ser mejores personas, dejando de lado, sueños, metas y propósitos para con sus familias y consigo mismos, lo cual me remite a la frase que permitió una gran identificación con los usuarios desde el inicio de la práctica “una cosa es estar adentro, otra muy diferente, estar expuestos a las tentaciones que hay afuera y no tener voluntad de evadirlas”, obteniendo como respuesta por parte de uno de los usuarios “eso es verdad, solo quien ha llevado este estilo de vida, sabe el temor que nos da salir a enfrentar ese demonio tan grande... la calle”.

En este sentido y teniendo en cuenta los aciertos y dificultades expuestas anteriormente, el proceso de acompañamiento en la recuperación médica al diagnóstico de primera fase de tuberculosis para la adherencia al mismo, se torna satisfactorio, pues se logró realizar contención con la mayoría de los usuarios para que culminaran la primera fase de este diagnóstico, así mismo, fue posible que se adhirieran al proceso de institucionalización para la segunda fase, facilitando la culminación del mismo, al igual que el control y asistencia a diagnósticos asociados a este, de los usuarios que pidieron el alta, algunos continuaron con otro de los componentes que ofrece el Sistema de Atención al habitante de Calle Adulto (resocialización) donde son asistidos con sus medicamentos, y quienes abandonaron totalmente el tratamiento se convierten en minoría, pero no menos importante, pues lograron culminar la primera fase, por lo cual no serán actores directos en la propagación de la bacteria, pero sí de las consecuencias de abandonar este.

Además, anexa a la labor que se debía realizar con la población objeto de intervención a fin de llevar a cabo las actividades propuestas para esta sistematización, fue necesario emplear una posición holística con los usuarios, es decir, colocarme en sus zapatos; ya que dentro del proceso se deben introyectar experiencias que permitan acercamiento con los mismos, pues con esto, se buscó no dar posibilidad a obstáculos o barreras que dificultaran un sano desarrollo al proceso de acompañamiento psicosocial.

4.2 Reflexión teórica de la práctica profesional.

El proyecto de intervención con los usuarios habitantes de calle albergados en la Fundación Hermanos de los Desvalidos fue un proceso y/o experiencia enriquecedora como psicóloga en formación, ya que se percibió que el articularse con la población desde una mirada social y no administrativa facilita en los mismos una aceptación al proceso de institucionalización, así mismo, fue agradable contribuir desde el conocimiento académico, lo cual facilitó la comprensión de comportamientos, toma de decisiones, actitudes, vivencias y demás malestares que aquejan a esta población y no precisamente de tipo físico.

Como se referencia anteriormente es necesario considerar que “la conducta puede surgir, en algunos casos, a partir de experiencias y necesidades orgánicas que no han sido simbolizadas. Tal conducta puede ser incompatible con la estructura del sí mismo, pero en esos casos el individuo no es “dueño” de sí” (Rogers, 1972).

En el proceso de acompañamiento realizado a la población objeto de intervención, se presentaron otras series de problemáticas que perturbaban el sano desarrollo de lo propuesto, por lo que fue necesario identificar la más relevante, encontrándonos, con la necesidad de vincular las redes de apoyo ya fuesen de tipo familiar o social al proceso; cabe aclarar, que si bien se reconoce al habitante de calle como “aquella persona que pierde vinculo alguno con sus redes de apoyo y/o familiares”, algunos de los

usuarios no han perdido totalmente dicho vínculo, por lo que se llevó a cabo diálogos con los mismos (vínculo familiar), puesto que se percibió la importancia de vincularlos al proceso de recuperación física y así facilitar una recuperación íntegra en pro de una dignidad humana; como respuesta a ello surgieron diferentes posiciones por parte de las redes de apoyo, en su mayoría de tipo familiar, quienes algunos aceptaron el acercamiento en el proceso de recuperación física, apostándole a una recuperación integral, pero en lo opuesto, algunas de las redes de apoyo, mostró cierto tipo de resistencia, lo cual en vez de fortalecer afectaba la estabilidad del usuario; así mismo, hubo quien manifestara por parte de los vínculos, en hacer un acompañamiento moral más no físico, es decir, en caso de requerirse el cuidado del usuario (albergue en el hogar del vínculo) no están dispuestos a asumir tal responsabilidad, al igual que, la resistencia a la recuperación integral de su familiar, teniendo en cuenta eventos similares que no han concluido en algo ajeno al ser HC, es decir, temor a enfrentar recaídas manifestando “quien más sufre somos nosotros, ellos siguen en su cuento y de nuevo, iniciar un proceso”; sumado a lo anterior, también es preciso incluir la solicitud por parte de algunos de los usuarios para no realizar un acercamiento con sus vínculos sociales y/o familiares.

Así mismo y como dice Rogers:

“Hubo interrupciones, interpretaciones equivocadas, distorsiones, falta de habilidad para comprender y a veces una ausencia total de ganas de entender a otro. Yo era parte de todo eso. Pero a final de cuentas, en casi todos los casos, al menos así me pareció, alguien *escuchaba*. Me sentía orgulloso de nosotros y de irme metiendo con esfuerzo dentro de nuevas áreas, teniendo que enfrentar nuevos y a veces

abrumadores problemas, moviéndome en un proceso en el que me iba capacitando mas para cualquier cosa que estuviéramos haciendo” (Rogers, 1980. p. 102).

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaldía de Medellín. (2009). *Censo. Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto*.

Alcaldía de Medellín. (2009). *Manual de convivencia. Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto*.

Alcaldía de Medellín. (s.f.). *Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto*. Medellín.

Decreto 500 del 11 de marzo de 2013. Artículo 1.

Florez, L. (2006). *La psicología de la salud en Colombia. En investigación en detalle número 6. ALAPSA. Bogotá*. Recuperado el 20 de 05 de 2014, de <http://www.alapsa.org/detalle/06/index.htm>

Fundación Hermanos de los Desvalidos. (s.f.). *Ejes Estratégicos*. Recuperado el 12 de 02 de 2014, de <http://www.funhed.org/quienes-somos>

Fundación Hermanos de los Desvalidos. (s.f.). *Gestión*. Recuperado el 12 de 02 de 2014, de <http://www.funhed.org/quienes-somos>

Fundación Hermanos de los Desvalidos. (s.f.). *Misión*. Recuperado el 12 de 02 de 2014, de <http://www.funhed.org/quienes-somos>

Fundación Hermanos de los Desvalidos. (s.f.). *Valores*. Recuperado el 12 de 02 de 2014, de <http://www.funhed.org/quienes-somos>

Fundación Hermanos de los Desvalidos. (s.f.). *Visión*. Recuperado el 12 de 02 de 2014, de <http://www.funhed.org/quienes-somos>

Gutiérrez, G. (2003). Documento el taller reflexivo, Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, p. 430.

Hogar Hermanos de los Desvalidos. (s.f.). *Hogar Hermanos de los Desvalidos*. Recuperado el 14 de 02 de 2014, de <https://www.facebook.com/pages/Hogar-De-Los-Hermanos-de-los-Desvalidos/547578328598923?id=547578328598923&sk=info>

Instituto Nacional de Salud. (s.f.). *Sistema Nacional de Vigilancia SIVIGILA*. Recuperado el 07 de 04 de 2014, de <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/%C2%A1Vivamos-sin-Tuberculosis!.aspx#>

Instituto Nacional de Salud. (s.f.). *Sistema Nacional de Vigilancia SIVIGILA*. Recuperado el 13 de 05 de 2014, de http://www.ins.gov.co/noticias/paginas/dia-mundial-de-la-tuberculosis-2014.aspx#.U3H_AoF5OXs

Instituto Nacional de Salud. (s.f.). *Sistema Nacional de Vigilancia SIVIGILA*. Recuperado el 25 de 08 de 2014, de <http://www.ins.gov.co/informacion-ciudadano/paginas/glosario.aspx>

Martínez, M. (1999). La psicología Humanista: Un nuevo paradigma psicológico. México: Trillas, p. 67 at 76.

Medigraphic. (2008). Adherencia al tratamiento. *Cent Dermatol Pascua* , 17 (3), 84.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Datos y estadísticas*. Recuperado el 07 de 04 de 2014, de <http://www.who.int/research/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Programas y proyectos*. Recuperado el 07 de 04 de 2014, de <http://www.who.int/tb/dots/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (Septiembre de 2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Recuperado el 05 de 03 de 2014, de http://www.buenosaires.esc.edu.ar/areas/des_social/adic/pdf/habilidades_para_la_vida.pdf

Quitmann, H. (1989). Psicología Humanística. Barcelona: Herder.

Rogers, C. (1972). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós, p. 418.

Rogers, C. (1972). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós, p. 422, 423.

Rogers, C. (1972). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós, p. 431.

Rogers, C. (1972). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós, p. 432.

Rogers, C. (1972). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós, p. 450.

Rogers, C. (1980). El poder de la persona. México. El manual, p. 102.

Torres, S. (17 de 02 de 2014). Rol del Psicólogo de la Fundación Hermanos de los Desvalidos. (D. P. Muñoz Castrillón, Entrevistador)

Universidad de Chile. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de Psicología* , III (1), 25-29.

Villegas, M. (1986). La psicología Humanista: historia, concepto y método. *Anuario de psicología*, 34(1), pág. 11.

6 ANEXOS