

PROGRAMA

ZONA DE ORIENTACION UNIVERSITARIA - ZOU



INSTITUCION UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA

2024

Introducción

La vida universitaria es una etapa en la que los jóvenes marcan su crecimiento personal, profesional e implica no solo el acceso a una vida académica sino a otras maneras de relacionarse. Una vez los jóvenes ingresan a la vida universitaria, el control del tiempo, el acompañamiento, la supervisión de los padres y/u otras figuras de autoridad disminuyen, así mismo, se relacionan con otros grupos de edad, culturas urbanas, tendencias sociales, fiestas, eventos y otras realidades como las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en escenarios cotidianos o de esparcimiento.

Es importante tener en cuenta que el contacto con las sustancias psicoactivas (SPA) no es exclusivo del contexto universitario, según cifras del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar – 2011, es evidente que, durante la etapa escolar, muchos jóvenes presentan consumos y poli-consumos que probablemente no cesarán y que pueden convertirse en problemáticos.

De acuerdo a la Resolución 089 de 2019, los Dispositivos Comunitarios se confirman como estrategia social de prevención, para mejorar la capacidad de respuesta de las personas, las familias, comunidades e instituciones con acciones para gestionar los riesgos en salud mental, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas en los entornos donde transcurre la vida cotidiana.

La Zona de Orientación Universitaria (ZOU), es una experiencia que ha sido poco implementada en el contexto nacional, lo que la transforma en una práctica poco conocida, por lo cual es necesario documentarla, describiendo sus fases, participantes, retos, entre otros, de tal forma que sea una herramienta para otras instituciones de educación superior que cuando decidan vincularse al proceso tengan a la mano un insumo para la elaboración de su propia ZOU.

La ZOU intentan crear un espacio para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas (SPA), tomando como base el cambio cultural y la visión que ellas tienen de las instituciones educativas y universitarias entorno a las situaciones problemáticas asociadas al uso de drogas en general.

El presente documento busca dar cuenta del proceso desarrollado por los participantes en la implementación de la ZOU en instituciones de educación superior y describir las acciones ejecutadas, los soportes teóricos en los cuales se enmarcaron

las acciones, respuestas dadas por el contexto social que fue permeado por la estrategia.

Marco Teórico

En el sector Salud, los dispositivos comunitarios constituyen estrategias sociales, desde las que se apoyan los procesos de promoción, prevención del riesgo a problemas y trastornos en salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas – SPA- con fomento de la inclusión social.

Los dispositivos comunitarios, promueven procesos sociales en salud en conjunto con la comunidad. Permiten orientar la gestión comunitaria en salud mental y la reducción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en el marco de la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, según necesidades, intereses, demandas y prioridades de las personas, familias y comunidades en los territorios.

La evidencia y proyección de las políticas públicas en salud mental, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, orientan la reflexión y acción en salud pública en reconocimiento de la dignidad humana de las personas, familias y comunidades, así como de sus capacidades de desarrollo en coordinación con la institucionalidad.

De este modo, la acción desde estas políticas, orienta los esfuerzos entorno a los siguientes ejes:

- Promoción
- Prevención
- Tratamiento integral
- Rehabilitación integral
- Inclusión social

Acciones que involucren todos los momentos de curso de vida de las personas, sus familias, comunidades, los entornos y las diferencias territoriales y culturales donde se desarrollan. Busca movilizar determinantes de la salud mental, incluyendo las del orden psicosocial – relacional y las transformaciones de los imaginarios, que implican entre otros, superar estigma y fortalecer autoestima de las personas con trastornos mentales, epilepsia, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas.

Antecedentes de la propuesta de Dispositivos Comunitarios

A lo largo de la historia internacionalmente, se han orientado esfuerzos en procesos de revisión y sistematización por organizaciones sociales, de los “dispositivos comunitarios” en su denominación como herramienta social que aporta a la reducción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Desde la primera década del siglo XXI, se han ejecutado propuestas de desarrollo de capacidades en varios países latinoamericanos como Brasil, Argentina, Colombia, Bolivia, México, Haití, Costa Rica y en países de Asia como Afganistán, Pakistán, por mencionar algunos.

En este proceso, se ha consolidado el carácter preventivo y el énfasis educativo de los “centros de escucha y centros de orientación comunitaria”; así mismo, se ha introducido una diversidad de propuestas adoptadas y adaptadas de acuerdo a las particularidades de la situación, población y contexto, como “centros móviles o centros fijos de atención comunitaria”, “institucionalización y formalización de la propuesta de los dispositivos comunitarios”.

Alrededor de otros países como Argentina, Uruguay, Brasil incluyen prácticas de atención comunitaria con acciones para reducción de daños como “permiso de consumo”, “entrega de jeringas” etc, y otras, en Colombia se ha incluido en el Plan de Intervenciones Colectivas que financia su ejecución mediante del sistema general de participaciones en salud, lo referente a la revisión y sistematización de experiencias, en el que se resaltan los logros significativos en términos de la apropiación y empoderamiento comunitario, el apoyo y soporte a las personas en riesgo.

Los Dispositivos Comunitarios surgen en Colombia a partir del 1998, y se constituyen de la movilización de organizaciones sociales. Progresivamente se da su apropiación e instalación en la institucionalidad estatal, con experiencias piloto en escenarios urbanos del país, seleccionados por la concentración de la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, principalmente.

Simultáneamente con estas apuestas sociales comunitarias, se promovieron a nivel estatal nacional y territorial, otras estrategias y programas en salud basados en comunidad. Entre los años 2002 y 2005, los Dispositivos Comunitarios, se configuraron como centros de escucha y centros de orientación y acogida comunitaria, implementados con apoyo de entidades del Estado como el Ministerio de Salud.

En 2009, los “dispositivos” hicieron énfasis en la prevención del consumo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes en los entornos educativos, denominados Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y Zonas de Orientación Universitaria (ZOU).

La implementación de los Dispositivos Comunitarios, continúan entre 2009 y 2011, en el marco de la Ley 1438 del 2011, por la cual se plantean disposiciones para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS- con énfasis en la Atención Primaria en Salud, en coordinación entre Estado, instituciones y sociedad para mejorar la salud y crear ambientes saludables. De igual manera, los dispositivos comunitarios se plantean en el marco del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012-2021 en su dimensión de Convivencia y Salud Mental, como una alternativa de acción.

Así mismo en el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC- Resolución 518 de 2015, se adoptan formalmente como una tecnología clave para la acción local desde el sector. En la actualidad, en desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) en articulación con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019), los Dispositivos Comunitarios se confirman como estrategia social de prevención, para mejorar la capacidad de respuesta de las personas, las familias, comunidades e instituciones con acciones para gestionar los riesgos en salud mental, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas en los entornos donde transcurre la vida cotidiana. Si bien, inicialmente los dispositivos comunitarios tuvieron mayores desarrollos en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la Política Nacional de Salud Mental los propone como una de sus estrategias en promoción y prevención, incluyendo la prevención del consumo de sustancia psicoactivas.

La Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015, en reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y por ende de los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como centro de la atención en salud, deriva en la apuesta que hace la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, con sus cuatro estrategias principales:

- Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario,
- la gestión integral de riesgo en salud;
- el cuidado y autocuidado de la salud, y
- la atención diferencial y poblacional.

Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto¹

En el año 2007, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la POLÍTICA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SPA Y SU IMPACTO (PNRSPA), con el fin de avanzar hacia la construcción de una respuesta nacional frente al fenómeno del consumo de SPA en Colombia, a través de respuestas locales.

Estas respuestas se construyen a través de una visión conjunta y la participación articulada de todos los actores que intervienen para la reducción de la vulnerabilidad del consumo y sus consecuencias, desde el conocimiento de la realidad, el seguimiento de las acciones y la participación activa de la comunidad.

Por lo tanto, la prevención del consumo de SPA puede entenderse como un conjunto de estrategias y acciones para reducir tanto en individuos, grupos y comunidades, la vulnerabilidad² al consumo de SPA. Todos y todas somos vulnerables en relación al consumo de SPA visto desde un enfoque de desarrollo humano y un ejercicio de la ciudadanía.

“Propender por una reducción de la vulnerabilidad supone contar con la oportunidad de elegir, la capacidad de sacar el mejor provecho de lo que se elige y además ser capaz de prever, resistir, enfrentar, y recuperarse del efecto de eventos o circunstancias que, como el consumo de SPA, pueden significar la pérdida de activos inmateriales o materiales” (Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto, 2007)

La Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, reconoce la problemática y los efectos que genera en los procesos de desarrollo de personas, familias y comunidades. En los años recientes se sabe que este consumo afecta en particular a la población de niños, adolescentes y mujeres, y por otro lado, la evidencia indica que es mayor la incidencia cuando se sigue un abordaje integral, es decir, cuando se interviene en más de uno de los entornos próximos a las personas.

¹ República de Colombia. Ministerio de Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010). La prevención en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles

² Esta vulnerabilidad, entendida desde una visión más amplia y no sólo asociada a situaciones económicas precarias. En este sentido, cualquier persona es vulnerable al consumo de SPA según el contexto en el que se desenvuelve y la capacidad que tenga para la toma de decisiones para reducir esta vulnerabilidad.

Finalidad de la política

Reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.

Propósito de la política

Ofrecer una respuesta integrada, participativa, co-responsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión.

Objetivos estratégicos de la política

- ❖ Reducir la vulnerabilidad al consumo interviniendo de manera integrada los factores macro sociales, micro sociales y personales más predictivos del consumo
- ❖ Reducir el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades
- ❖ Crear capacidad para que las entidades territoriales mejoren la calidad y oportunidad de su respuesta frente al consumo y sus consecuencias

Principios de la política

En coherencia con los enfoques planteados, constituyen principios orientadores para la comprensión e implementación de esta Política, los siguientes:

- 1) **Vida Digna:** Reconoce la vida como valor y derecho fundamental (T 881- 02). Exige la defensa de la vida de las personas en condiciones de dignidad como idea fundante de los derechos humanos. Además, constituye un principio ético y político desde la promoción, protección y cumplimiento de los derechos, y comprende el reconocimiento de las personas en riesgo o con consumo, y sus familias, desde sus capacidades y libertades humanas, y sus condiciones de desarrollo permanente en el curso de la vida.
- 2) **Inclusión – No discriminación:** Reconoce las diferencias y la diversidad de las personas y considera un imperativo, la inclusión e integración en un marco amplio de posibilidades de promoción, acompañamiento, apoyo y ajustes razonables (artículo 2, Declaración Universal de Derechos Humanos).

- 3) **Participación:** Considera a los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como protagonistas en el proceso de desarrollo integral, así como en la comprensión, análisis de situación y formas de abordaje integral en salud. La participación, orientada al logro de autonomía de los sujetos y a la incidencia social y política, es constitutiva y razón de ser de la política pública (Resolución 2063 de 2017).

- 4) **Integralidad:** Comprende el carácter intersectorial e interdisciplinario para la atención integral e integrada, considerando procesos de articulación, coordinación, complementariedad, fortalecimiento de la capacidad institucional y territorial (UNODC, 2016; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, [CICAD], 2016).

Alcance de ZOU en la Institución Universitaria Mayor de Cartagena

El alcance de la zona de orientación universitaria de la Institución Mayor de Cartagena es de **“orientación y apoyo”**, en el marco de la atención primaria en salud, con énfasis en la promoción y prevención en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, puerta de entrada a la identificación y detección temprana, el abordaje inicial, la gestión de casos, y la derivación a procesos de apoyo específico como la rehabilitación mediante las Entidades prestadora de salud.

La intervención breve, puede incluir una técnica específica denominada la Entrevista Motivacional, la cual se define como un estilo de consejería directiva, centrada en la persona, para generar cambio de comportamiento al ayudar a las personas a explorar y resolver su ambivalencia. Está centrada y orientada a metas.

Esta intervención tendrá como principios:

- ❖ Expresar empatía. La actitud crucial/decisiva es de aceptación. La escucha reflexiva es fundamental. La ambivalencia del consultante es normal; el proveedor de salud debe demostrar que entiende la perspectiva del consultante.
- ❖ Desarrollar la discrepancia (inconsistencia entre las metas y el comportamiento). Clarificar las metas importantes para el consultante. Explorar las consecuencias de la conducta del consultante. Crear y ampliar en la mente del consultante una discrepancia/inconsistencia, entre su conducta actual y sus metas.
- ❖ Trabajar la resistencia. Evite la resistencia. Si esta surge, deténgase y encuentre otra manera de proceder. Evite la confrontación. Trate de cambiar las percepciones. Invite a, pero no imponga, una nueva visión. Valore a la persona como un recurso para encontrar soluciones a los problemas.
- ❖ Apoyar el sentido de autoeficacia. La confianza del consultante en su habilidad para cambiar es un motivador importante. El consultante tiene la responsabilidad de decidir y realizar el cambio. Recuérdele a la persona que cambiando su conducta mejora su vida.

Objetivo

Brindar apoyo y orientación a la población en promoción de la salud mental, así como la prevención de problemas y trastornos mentales, la prevención y reducción de daños en consumo de sustancias psicoactivas.

Esto se logra mediante la detección temprana de riesgo y posibles problemas y trastornos en salud mental y consumo, el abordaje inicia desde la gestión de casos orientados hacia el tratamiento y la rehabilitación, y el fortalecimiento de las redes de apoyo y la canalización a otros servicios. Se concentra en los entornos universitario, considerando en este último especial énfasis en jóvenes y adultos.

Objetivos Específicos:

- ❖ Promover espacios de sensibilización en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas de manera conjunta con la comunidad Universitaria.
- ❖ Generar escenarios de seguridad afectiva, de confianza y apoyo mutuo para expresar necesidades, intereses, opciones de acompañamiento, apoyo y solución al sufrimiento o a las afectaciones en salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.
- ❖ Orientar la gestión de casos y si hay lugar, la canalización a Entidades prestadora de salud.
- ❖ Promover el reconocimiento y la activación de rutas de atención sectoriales e intersectoriales, así como acciones de apoyo mutuo.

¿Quiénes hacen parte de la zona de orientación universitaria?

Los actores propios de la comunidad universitaria, entre ellos, familias, personal administrativo, servicios generales, profesores, egresados, estudiantes.

Prestar el Servicio de Orientación Psicosocial y en Salud a la Comunidad Institucional (PR-BU-002-Servicio Orientación Psicosocial y salud)

- **Estudiantes**

Casos remitidos por la Facultad Académica: Después de haber sido detectada la dificultad por el profesor o cualquier miembro de la facultad, estos deben aplicar diferentes estrategias con el estudiante y observar si hay cambio de actitud por parte de este. Si no se obtiene ningún resultado después de las estrategias implementadas, el director del programa o el profesor debe enviar al correo zou@umayor.edu.co el formato de remisión psicológica **(FT-BU-014)** debidamente diligenciado, incluyendo las acciones realizadas por él remitente. En este formato deberá colocar información

general del estudiante, descripción del motivo de la remisión, acciones realizadas por el remitente y observaciones adicionales.

Desde Bienestar universitario, se localizará y citará al estudiante. Cuando se del espacio de la atención se deberá registrar la información en el formato **(FT-BU-027)** ficha de atención psicosocial, de igual manera si se requiere la presencia del padre o acudiente. En este formato debe quedar consignada información general del estudiante, datos de contacto de un familiar, motivo de consulta, observaciones y recomendaciones iniciales. En la siguiente página se desarrolla cuando se realice un seguimiento, con los compromisos y el cumplimiento de los mismos.

Si el caso es de gravedad y necesita otras intervenciones se remitirá a su EPS correspondiente.

Caso de Asistencia Voluntaria:

El estudiante puede solicitar a Bienestar Universitario de manera voluntaria la atención psicosocial mediante correo electrónico zou@umayor.edu.co. Cuando se del espacio de la atención se deberá contemplar la información en el formato de ficha de atención psicosocial **(FT-BU- 027)**. En este formato debe quedar consignada información general del estudiante, datos de contacto de un familiar, motivo de consulta, observaciones y recomendaciones iniciales. En la siguiente página se desarrolla cuando se realice un seguimiento, con los compromisos y el cumplimiento de los mismos.

Si el caso amerita otra atención especializada se le informará al padre de familia con la debida aprobación del estudiante, si por el contrario el caso, afecta el rendimiento académico y social del estudiante se realizará un informe al director del programa, para que esté con su grupo de profesores colabore con el caso, teniendo en cuenta las recomendaciones del orientador.

Orientaciones con grupos que presenten dificultades:

Si algún grupo necesita que se realice una orientación, el decano de facultad o director del programa son quienes deben hacer la solicitud a Bienestar Universitario mediante el correo: zou@umayor.edu.co, justificando las necesidades de los estudiantes. Esta actividad, tiene un tiempo estipulado para su realización, la cual es, de ocho (8) a quince (15) días hábiles después de haber recibido la información. Una vez se dé la orientación con grupos se estructurará y enviar informe de retroalimentación a la decanatura o director de programa con el listado de asistencia.

Este deberá enviarse en un tiempo estipulado, de (3) a (5) días hábiles mediante el correo electrónico.

- **Servidores públicos, profesores y/o contratista**

Casos remitidos por Decanatura o Facultades Académicas

Después de haber sido detectada la dificultad del funcionario por parte de decanatura o directores de programas, debe remitir la solicitud a través del formato de remisión psicológica **(FT-BU- 014)** debidamente diligenciado, incluyendo las acciones realizadas por él remitente. Bienestar, se encargará de localizar y citar al funcionario. En este formato deberá colocar información general del profesor, servidor y contratista, descripción del motivo de la remisión, acciones realizadas por el remitente y observaciones adicionales.

Cuando se dé el espacio de la atención se deberá registrar la información en el formato de ficha de atención psicosocial **(FT-BU- 027)**. En este formato debe quedar consignada información general del profesor, servidor y contratista, datos de contacto de un familiar, motivo de consulta, observaciones y recomendaciones iniciales. En la siguiente página se desarrolla cuando se realice un seguimiento, con los compromisos y el cumplimiento de los mismos.

Si el respectivo jefe requiere alguna sugerencia o recomendación con relación a la problemática presentada con algún miembro de su dependencia, este debe dirigirse a Bienestar Universitario donde se le darán las respectivas orientaciones y recomendaciones para el manejo del caso. La información que se maneje con el personal administrativo y profesores es de carácter confidencial.

Caso de Asistencia Voluntaria servidores públicos, profesores y/o contratista

El funcionario debe dirigirse directamente a pedir la orientación a Bienestar Universitario donde se establecerá fecha y hora de atención. Cuando se dé el espacio de la atención se deberá registrar la información en el formato de ficha de atención psicosocial **(FT-BU- 027)**. En este formato debe quedar consignada información general del profesor, servidor y contratista, datos de contacto de un familiar, motivo de consulta, observaciones y recomendaciones iniciales. En la siguiente página se

desarrolla cuando se realice un seguimiento, con los compromisos y el cumplimiento de los mismos.