



**COL
PSIC** COLEGIO COLOMBIANO DE
PSICÓLOGOS

EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS

en atención psicológica y
psicosocial en colombia

5^{ta} Edición

2021

Experiencias Significativas en Atención Psicológica y Psicosocial en Colombia

www.colpsic.org.co
Bogotá D.C., Colombia, 2022

Sala Nacional Colegial Presidentes Capitulares

Betty Luz Ruiz Ruiz
Carlos Federico Barreto Cortés
Ever José López Cantero
Francisco Apolinar Larrañaga Pineda
Henry Sánchez Olarte
Hiader Jaime López Parra
José Amilcar Calderón Chagualá
Juliet Vanessa Salazar Rodríguez
Lina Marcela Luna Ordóñez
María del Pilar Triana Giraldo
Mónica Isabel Tabares Montoya

Consejo Directivo Nacional Presidencia

Gloria Amparo Vélez de Cleves

Vicepresidencia

Blanca Patricia Ballesteros de Valderrama

Miembros Consejo Directivo Nacional

Alejandro Baquero Sierra
Juan José Cañas Serrano
María Clara Rodríguez de Bernal
Santiago Mateo Trujillo Lemus

Dirección Ejecutiva Nacional

Rocío Esperanza Hernández Arenas

Dirección de Campos, Programas y Proyectos

Pedro Pablo Ochoa Cucaleano

Dirección de Comunicaciones y Mercadeo

Yuri Esperanza Ortiz Orobío

Dirección de Registros Profesionales

Ofelia Inés Pachecho Contreras

Dirección de Talento Humano

Sandra Paola Gómez Sánchez

Dirección Financiera

Juan Carlos Gómez Vásquez

Oficina de Asuntos Internacionales

Isabel Díaz Tatis

Edición

Alejandro Baquero Sierra

Revisión de estilo

Tatiana Román Agudo
María Cristina Agudo Rodríguez

Diseño y diagramación

Jonathan Alejandro Cruz Sánchez

ISBN: 978-958-53688-9-7

*Las fotografías en este documento son presentadas por los autores de las experiencias y cuentan con los debidos permisos de publicación, las otras son pagas y de uso libre, solo ilustrativas.



6 Presentación



7 Introducción



Cali, Valle del Cauca

- 14** Programa SER. Una apuesta desde la psicología para cuidar a quienes siempre cuidan durante la pandemia de la COVID-19
- 29** Mi Cuerpo es Mi Historia. Investigación-creación y formación entre las artes y la psicología para el acompañamiento de niñas, adolescentes y jóvenes sobrevivientes de violencias
- 38** Me Voy de Rumba, pero no me Derrumbo. Proyecto de mitigación de daños por consumo de alcohol
- 48** Teleorientación Gratuita. Acompañamiento y orientación psicológica virtual como contingencia producto de la pandemia de la COVID-19



Jamundí, Valle del Cauca

- 55** Estrategias de afrontamiento y habilidades sociales para personas privadas de la libertad dentro del proceso de resocialización en el complejo carcelario y penitenciario COJAM.



Páez, Cauca

- 65** Atención y apoyo psicosocial a niñas, niños y adolescentes indígenas con discapacidad para su inclusión social e independencia.



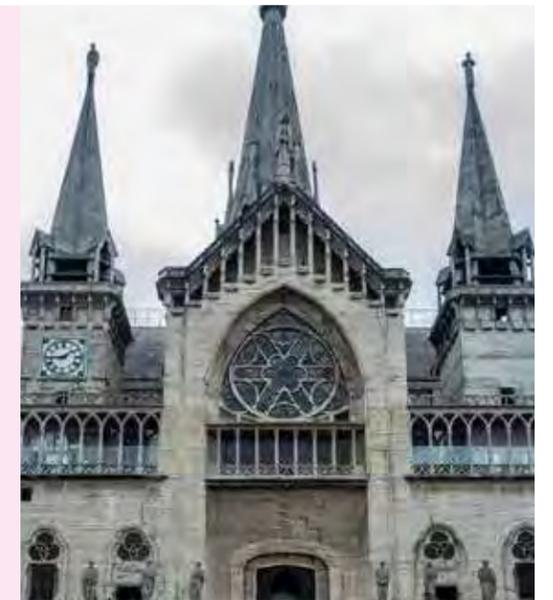
Rosas, Cauca

- 75** Atención en primera ayuda psicológica (PAP) a comunidad educativa de los municipios no certificados del Cauca afectados por emergencias y desastres



Manizales, Caldas

- 85** La prevención del suicidio y la afirmación de la vida en una institución educativa. Un modelo de intervención psicosocial
- 94** Contextos escolares promotores de salud mental en la ciudad de Manizales.
- 103** Construcción de escenarios de paz con jóvenes de combos o parches, sus familias y sus entornos. Programa "Pégate al Parche + Grande"
- 116** Manizales más oportunidades "Elige la Vida". Reducción de conducta suicida y aumento de capacidades en niños y adolescentes.



Bogotá D. C.

- 126** Memorias en voz mayor. Acciones psicosociales para el fortalecimiento de la memoria individual, barrial y colectiva en barrios de autoconstrucción
- 136** Museos al aire libre de la memoria "Todas las vidas valen"



Dosquebradas, Risaralda

- 150** Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD)



Salento, Quindío

- 161** Línea de Atención para la Salud Mental. Un Aporte a la Disminución de las Brechas en el Quindío



Barranquilla, Atlántico

- 169** Estrategia de acompañamiento emocional y teleorientación a pacientes hospitalizados y familiares de la Fundación Campbell en época del COVID-19



Floridablanca, Santander

- 177** Plan de intervención psicológica hospitalaria frente al COVID-19 del programa de humanización de la clínica FOSCAL



Ibagué, Tolima

- 185** Enlazados "Familia y Escuela Juntas Construyendo Ciudadanía". Piloto en 6 Instituciones Educativas del Departamento del Tolima



PRESENTACIÓN

Presentar los resultados del Concurso de Experiencias Significativas de Atención Psicológica y Psicosocial es siempre un evento especial para el Colegio Colombiano de Psicólogos. En esta ocasión su contenido es el resultado serio y riguroso de la compilación de 18 experiencias significativas de atención psicológica y psicosocial en Colombia. Este ejercicio es un punto de referencia y de estímulo para la comunidad de psicólogas y psicólogos colombianos y ha pasado a ser, junto con los Premios Nacionales de Psicología, el máximo galardón otorgado a preclaros representantes de la psicología nacional que responden a las demandas de forma pertinente, relevante y basada en la evidencia para individuos, grupos, organizaciones y comunidades a partir de su propia práctica en las regiones en los diversos campos disciplinares.

Ciertamente, en los últimos años hemos reconocido y premiado experiencias en el campo de la salud mental y no cabe duda que este proyecto afirma la importancia de la experiencia de una práctica de la psicología determinada que busca promover el bienestar y calidad de vida de personas, grupos, comunidades y organizaciones con miras al posicionamiento del rol del profesional en psicología.

De forma especial, quiero destacar la magnífica labor desarrollada por el grupo de colaboradores que está detrás de esta iniciativa, que incluye a evaluadores, lectores y correctores, así como a la Dirección de Campos, Programas y Proyectos de Colpsic. Valoramos su aporte para el desarrollo de este proyecto y el esfuerzo para lograr una publicación de las características que se ha venido presentando. Estamos ante un escenario que va adquiriendo cada vez mayor fuerza.

Para finalizar, quiero expresar mi más sincera felicitación a los galardonados. Ellos son claro testimonio de que Colombia ha comenzado a contar con una comunidad de psicólogas y psicólogos que son capaces, respetables y que están llamados a jugar un papel decisivo en la construcción del país que tanto anhelamos.

Sin dudas, esta es una actividad que nos deja profunda satisfacción y estoy segura que la virtud de la publicación que vamos a presentar, es la riqueza de información que se brinda.

¡Muchas gracias!

Gloria Amparo Vélez de Cleves

Presidenta Consejo Directivo Nacional 2020-2023

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2014 se han llevado a cabo cuatro convocatorias de experiencias de intervención psicológica y psicosocial en salud mental, convivencia y construcción de paz en Colombia. Estas convocatorias han permitido identificar parte del trabajo que psicólogas y psicólogos del país realizan a favor de la calidad de vida de las personas, grupos y comunidades a escala local, regional o nacional. Este ejercicio se resume en cuatro publicaciones electrónicas, editadas por el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic).

Se ha observado que este proceso aporta resultados positivos en términos de la difusión del conocimiento disciplinar, el posicionamiento de la profesión y las posibilidades de cooperación horizontal entre psicólogos de diferentes regiones del país.

Es importante reconocer que el marco general del proceso se enmarca en los denominados proyectos de desarrollo. Estos se consideran intervenciones intencionadas, con objetivos de transformación de la realidad. Se organizan institucionalmente con la finalidad de resolver determinados problemas o potenciar capacidades existentes en una población dada, para garantizar su subsistencia, su integración social (adaptación más transformación) y su desarrollo cultural (De Souza, 1997). Implica un punto de partida (identificación de problemas), objetivos (idea de los cambios esperados), procesos o estrategias (enfoque metodológico) y lo que sucede cuando se ejecuta, sin embargo, no coincide con lo previsto originalmente. Todo proyecto nace y muere (no tiene una prolongación indefinida como los servicios), se focaliza en un territorio y se concentra en un grupo poblacional específico.

En este sentido, la diferencia entre el diseño y planeación de un proyecto y los diferentes resultados se denomina experiencia de atención. Más precisamente, las experiencias son procesos vitales en permanente movimiento, que combinan dimensiones objetivas y subjetivas: las condiciones del contexto, las acciones de las personas que en ellas intervienen, las percepciones, sen-



saciones, emociones e interpretaciones de cada actor, las relaciones personales y sociales entre ellos (Jara, 2006). De esta forma, los cambios que se van dando durante la ejecución del proyecto no son casuales; expresan descubrimientos que van emergiendo en la práctica: conocimientos nuevos sobre el contexto o una profundización de lo que ya se sabía sobre los problemas y las personas involucradas.”

Un conjunto de estas experiencias de atención puede considerarse experiencia significativas, es decir, aquellas experiencias de atención que cuentan con un impacto demostrable y tangible en la calidad de vida de las personas, sea el resultado de un trabajo efectivo en conjunto entre los diferentes sectores de la sociedad: pública, privada y civil y se considere social, cultural, económica y ambientalmente sustentables (United Nations Human Settlements Programm, 2009, Sustainable Cities Programme in Philippines (1998 – 2007) A compendium of good practices, p. 22).

De tal suerte, según las diversas conceptualizaciones, una experiencia significativa de atención en psicología sería:

- ▷ **Un conjunto de acciones, valores y principios en un campo concreto y con un claro objetivo explícito:** Se establecen metas, patrones o normas que se relacionen con procesos tendientes a contribuir al bienestar subjetivo, psicológico y social y que se constituyan en guías o referentes de acciones y procesos en curso o ya realizados desde las tecnologías propias de la psicología.
- ▷ **Repercusiones tangibles y mensurables:** se refieren a que las acciones no sólo esperan que se satisfagan los intereses, necesidades y expectativas de los destinatarios, si no que, de hecho, lo logran y dichos resultados en el bienestar subjetivo, psicológico y social son susceptibles de documentarse (cualitativa y cuantitativamente), sistematizarse y divulgarse.

▷ **Transformación evidente de la situación inicial percibida y evaluada como insatisfactoria:** se pasa de un problema, dificultad, carencia o necesidad de un colectivo o comunidad, a soluciones reales, condiciones renovadoras y de bienestar, según las expectativas e intereses de los destinatarios participativa, concertada y sosteniblemente.

▷ **Servir como demostración para otras organizaciones y territorios:** pues tiene la posibilidad de ser transferida, adoptada o adaptada a diferentes contextos.

Proceso de participación

Se abrió la convocatoria en abril de 2021 y se cerró en agosto del mismo año. Se debían diligenciar tres formularios: uno con la identificación de los autores, otro con la descripción completa de la experiencia y un tercero con la autorización de uso de imágenes. Dentro de la información solicitada para documentar la experiencia se encontraba:

- ▷ **Descripción de la experiencia de atención:** objetivo general, antecedentes y descripción de la situación inicial, procedimiento de implementación, principales logros alcanzados, duración de la formulación y la implementación, localización y destinatarios.
- ▷ **Diseño y desarrollo de la experiencia de atención:** origen de la iniciativa, actores, inclusión social de la diversidad humana, procesos de innovación, seguimiento y monitoreo.
- ▷ **Resultados, impacto y sostenibilidad de la iniciativa:** resultados cualitativos y cuantitativos, lecciones aprendidas, evaluación y sostenibilidad.
- ▷ **Replicabilidad y potencial para el intercambio:** capacidad de réplica y modalidades de intercambio.
- ▷ **Información y difusión:** reconocimientos, publicaciones o contribuciones al conocimiento sobre la temática, solicitudes de cooperación.



En esta oportunidad se postularon 22 experiencias de atención. En el mes de agosto de 2021 se hizo una evaluación por pares de jurados a cada una de las experiencias postuladas, un jurado académico y otro de una entidad pública del nivel nacional o territorial de Colombia. Ellos debían calificar de uno a cinco los criterios de valoración de proyectos de desarrollo y emitir un concepto cualitativo apreciativo. Ambos conceptos fueron devueltos a los participantes y las calificaciones promediadas se usaron para puntuar las experiencias.

▷ **Pertinencia:** el documento muestra una adecuada identificación de los antecedentes, causas o situación previa a la intervención en términos psicológicos, sociales y territoriales. Además, reconoce los diferentes subgrupos de población a atender de forma que son visibles diferentes manifestaciones de diversidad. Adicionalmente, el diseño e implementación de la propuesta de atención recoge esta caracterización de forma que se atiendan las demandas de la población y las

necesidades detectadas según el alcance de la propuesta. Ponderación: 15/100.

▷ **Calidad de la metodología:** los componentes, la estructura y secuencia de la intervención están planteados de forma que cumplen con los requerimientos para asegurar resultados válidos y confiables de acuerdo con la naturaleza y dimensiones del problema identificado, el grupo atendido y los subgrupos o minorías que los conforman y los contextos de intervención y de vida de las personas que hacen parte de experiencia. Es deseable que se mencionen referentes de este tipo de intervenciones que sirvan para establecer algún punto de contraste para evaluar este criterio. Ponderación: 15/100.

▷ **Resultados:** la capacidad de demostrar los productos y resultados logrados con la experiencia, así como su correspondencia con los objetivos de la intervención. Existen diferentes tipos de resultados que pueden valorarse. En primer lugar, los beneficios directos de la intervención que pueden ser establecidos a partir de mediciones objetivas (observación externa, medidas de autoinforme, autoobservación), narrativas de las personas atendidas (grupos focales, entrevistas) o una combinación de ambos. También, existen beneficios expandidos que se refieren a otros resultados positivos que no estaban previstos y que sobrepasan a la población o contextos originales de la intervención. Adicionalmente, la experiencia plantea lecciones aprendidas relevantes para el problema, poblaciones y contextos abordados. Es deseable que se identifiquen los saldos técnicos y operativos y se expliquen los motivos por los cuales se presentan. Ponderación: 20/100.

▷ **Seguimiento y evaluación:** la experiencia reporta el uso de alguna estrategia o esquema de seguimiento a las diferentes acciones que se desarrollaron dentro de la experiencia como instrumentos, periodicidad, técnicas y momentos. También, se busca reconocer si hay estrategias de evaluación de resultados o de proceso sea interna

o externa que de cuenta del cumplimiento de objetivos o de la transformación de la situación inicial. La intención de este criterio es identificar si dentro de la experiencia existe de forma intencionada la generación y gestión de conocimiento para modificar, reorientar y valorar el proceso. Ponderación: 10/100.

► **Innovación:** los procesos de innovación en una atención social implican cambios tecnológicos o metodológicos, nuevas ideas en la administración y dirección del talento humano, nuevas formas de utilizar el conocimiento adquirido, la implementación creativa de modelos de acción ya probados en otros espacios y la gestión de procesos sociales que deriven en mayores niveles de desarrollo. En este sentido es importante valorar la forma en que diseña e implementa la metodología para identificar su novedad en el problema, población o contexto o si utiliza medios innovadores para su implementación. Ponderación: 10/100.

Adaptación y capacidad de réplica: la experiencia cuenta con una descripción clara y documentación de los momentos, componentes y secuencia de la intervención que puedan servir de protocolo, manual o esquema de la propuesta de atención. Existen lecciones aprendidas para la implementación con el problema, población y contextos que pueden extrapolarse a problemas similares, otras poblaciones o nuevos contextos. Finalmente, existen ejercicios claros de fortalecimiento técnico al talento humano que implementa la experiencia para cualificar su capacidad de atención en el escenario actual y en otros. Ponderación: 10/100.

► **Sostenibilidad:** la experiencia involucra componentes y etapas que garanticen su desarrollo posterior. En primer lugar, existe sostenibilidad social si la iniciativa involucra a las personas y comunidad como actores activos que proponen, participan y reconocen la importancia de su rol en sus diferentes etapas de forma que se generan capacidades en la población para mantener algunos componentes y principios de la intervención. En segundo lugar, existe sinergia si el trabajo de los autores de la experiencia es complementado a partir de las alianzas con otras

fuerzas y actores en momentos específicos que fortalezcan y proyecten los resultados y las capacidades durante la implementación y más allá. No es necesario que existan los dos criterios para dar la mayor calificación. Ponderación: 15/100.

► **Apropiación y difusión social:** La experiencia cuenta con un posicionamiento y recordación social en la que se la reconozca. Podría hacer contacto con alguna de las personas referenciadas en el formato para evidenciar recordación y comprensión de la experiencia. Este proceso de memoria puede ser apoyado por la producción de piezas escritas y audiovisuales. Ponderación: 5/100.

Alejandro Baquero Sierra
Miembro del Consejo Directivo Nacional



JURADOS PARTICIPANTES

Los jurados que generosamente participaron en este proceso fueron:

1. **Paulo Daniel Acero.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
2. **Angélica María Amaya.** Secretaría Distrital de Integración Social.
3. **Iván David Annicchiarico Iseda.** Florida Atlantic University.
4. **Blanca Patricia Ballesteros.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
5. **Andrés Barreto Agudelo.** Fundación Universitaria San Martín.
6. **Carlos Federico Barreto Cortés.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
7. **Wilma Francine Botero Garnica.** Agencia para la Reincorporación y Normalización.
8. **Nancy Patricia Bustamante González.** Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina.
9. **José Amilcar Calderón.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
10. **Sandra Liliana Camargo Salamanca.** Purdue University.
11. **Beatriz Robayo Castro.** Observatorio de la Psicología para América Latina.
12. **John Alexander Castro.** Fundación Sanitas.
13. **Gina Patricia Ceballos Baquero.** Educación Futuro.
14. **Helmer Chacón Peralta.** Universidad Cooperativa de Colombia.
15. **Ángela María Correa Villegas.** Agencia para la Reincorporación y Normalización.
16. **Cristian Camilo Daza Trujillo.** I. E. Arturo Gómez Jaramillo y Corporación Líderes CIL.
17. **Ivonne Andrea Grau González.** Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
18. **Hiader Jaime López Parra.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
19. **Diana Patricia Páez Sandoval.** Universidad Nacional de Colombia.
20. **Aldemar Parra Espitia.** Ministerio de Salud y Protección Social.
21. **Diana Melissa Quant Quintero.** Life Sense
22. **Carlos Alberto Rincón.** Fundación Universitaria Los Libertadores.
23. **Adriana Saavedra Moreno.** Universidad Nacional de Colombia.
24. **Julieth Vanessa Salazar.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
25. **María Cecilia Salcedo.** Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.
26. **Felipe Orejuela Soto.** Universidad Cooperativa de Colombia.
27. **Santiago Mateo Trujillo Lemus.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
28. **Sonia Alexandra Valdés Peña.** Secretaría Distrital de Integración Social.

Hallazgos generales

Algunos hallazgos del proceso de evaluar el trabajo de los profesionales en los territorios son los siguientes:

1. El 80% de las autoras son mujeres y la casi totalidad de los autores son psicólogos de profesión con algunas excepciones (administración de empresas, desarrollo familiar, antropología, medicina y trabajo social).
2. Resulta importante ver como profesionales de la psicología en distintas regiones del país por su propia iniciativa posicionan la labor de la disciplina en diferentes contextos territoriales en el país en los capítulos Bogotá y Cundinamarca, Cumanday Caldas, Eje Cafetero, Santander, Tolima, Valle y Suroccidente y Zona Norte.
3. En la mayoría de trabajos se observa una lectura de las realidades territoriales, la familiarización con las personas participantes y la posibilidad de plantear diseños de atención pertinentes para los intereses, necesidades, expectativas y problemáticas de los beneficiarios directos e indirectos y de los financiadores.
4. Una multiplicidad de abordajes en la práctica profesional. Al parecer esto contribuye a la visibilización de la profesión que incluye la mirada desde diferentes campos profesionales y por lo tanto, énfasis en las personas, los grupos y las comunidades según se requiera para cada situación desde los campos social y comunitario, educativo, clínico, de la salud, jurídico, organizacional y neuropsicología.
5. Es importante cualificar el proceso de evaluación y de reflexión sobre la práctica para conocer qué de las propuestas de atención funciona adecuadamente para los diferentes beneficiarios y qué no está funcionando bien. Este fue el criterio de calificación que menos puntaje tuvo en promedio de acuerdo con los jurados. Esta evaluación implica reconocer las voces de los diferentes actores que participan de la propuesta: beneficiarios directos, beneficiarios indirectos y el mismo facilitador. Se requiere generar evidencia y progresivamente cualificar la naturaleza de esta evidencia.
6. Resulta fundamental revisar como los profesionales comprenden la diversidad en psicología y como se diseñan propuestas metodológicas para valorarla y atenderla. Esto implica aspectos tan importantes como una adecuada caracterización sociodemográfica y psicosocial, el planteamiento de atenciones sensibles a la diversidad más allá de acciones segmentadas por grupos poblacionales y la revisión de las ideas, concepciones y prácticas que pueden llegar a marginar, discriminar o segregar para incluir a interseccionalidad como un criterio de calidad en las atenciones.



7. Se están ofreciendo atenciones que no se limitan a un grupo poblacional específico si no que involucran diferentes tipos de beneficiarios directos e indirectos con objetivos y metodologías específicas. Esta expansión de los beneficios, genera contextos de interacción proximal que permiten la sostenibilidad social de las prácticas y la capacidad instalada luego de que se retire el equipo de atención. Es de resaltar que muchos de las experiencias postuladas llevan más de un año de atención continua.

8. Se requiere un ejercicio más riguroso para la sistematización de la experiencia de atención de forma que se puedan comprender y comunicar los hallazgos de las diferentes acciones, lecciones aprendidas y buenas prácticas que puedan convertirse en innovaciones sociales demostrativas para otros contextos regionales e institucionales.

9. Se encuentra una gran capacidad de establecer sinergias entre las organizaciones que diseñan e implementan las experiencias con otros actores. Predominan las alianzas entre la academia y organizaciones gubernamentales, entre organizaciones de la sociedad civil y la academia y entre organizaciones de la sociedad civil.

A continuación, Colpsic presenta los artículos de las dieciocho experiencias galardonadas con los mejores puntajes. En cada caso se describe el problema encontrado o la necesidad sentida, la situación de contexto espacial y temporal donde surgió, la metodología, resultados, lecciones aprendidas y un sencillo análisis de sostenibilidad y significatividad. Igualmente, si el lector desea una ampliación de la información del artículo o establecer relaciones de colaboración y fortalecer las redes de trabajo profesional en psicología, en cada caso están disponibles las direcciones de correo electrónico y las afiliaciones institucionales de los autores.

Colpsic considera que esta iniciativa de documentación y sistematización de las experiencias profesionales impulsa el desarrollo de las competencias profesionales en psicología ya que promueve: (a) la realización de diagnósticos o lecturas de realidades personales, grupales o comunitarias sistemáticas e innovadoras; (b) el diseño e implementación de las atenciones o intervenciones que respondan a los juicios de pertinencia, adecuación y suficiencia, según las características de los destinatarios y de los contextos cotidianos vitales de los mismos; (c) la capacidad de desarrollar la evaluación y sistematización del propio trabajo para luego reportar los resultados a los destinatarios y otros grupos de interés, y apropiarse de las lecciones aprendidas del proceso con las personas y colectivos atendidos. Colpsic celebra esta quinta versión.

2^{do} Lugar EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS

PROGRAMA SER: UNA APUESTA DESDE LA PSICOLOGÍA PARA CUIDAR A QUIENES SIEMPRE CUIDAN DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



Lina Fernanda Vélez Botero¹



Carolina Piragauta Alvarez²



María Fernanda Caballero³

• Universidad Libre Seccional Cali •

El programa SER (Servicio, Empatía y Respeto) cuenta con un diseño de intervención enfocado en la prevención y promoción de la salud mental dirigido a profesionales de la salud asistenciales y no asistenciales. Nace de la preocupación por el estado de salud mental de aquellos trabajadores que día a día brindan cuidado y acompañamiento a personas que han experimentado situaciones traumáticas.

En el Programa SER se entiende que la salud mental, tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Se entiende que, en muchas ocasiones, las implicaciones que se derivan de este tipo de trabajo sobre el propio bienestar y calidad de vida, así como el impacto psicosocial que pueden generar las situaciones que se viven cotidianamente, tiene un costo psicológico y emocional. Por tanto, el programa busca impactar positivamente sobre estos profesionales creando estrategias que les permitan realizar sus labores bajo una cultura de autocuidado como pilar fundamental para el servicio que prestan.

Las contingencias actuales ocasionadas por la emergencia sanitaria por COVID-19 provocaron una

intensificación de malestares significativos entendidos como factores de riesgo, que ya eran vivenciados por estos trabajadores. En otras palabras, los cambios sociales y de formas de organización, ocasionados por crisis sociales, humanitarias y de salud, traen consigo transformaciones repentinas y exponenciales a nivel de las dinámicas familiares, sociales, laborales e institucionales, que inciden en la salud física y mental de las personas. De ahí que bajo un contexto de cambios drásticos, tales profesionales quedan ubicados en una posición de mayor fragilidad.

El Programa SER involucra un avance organizacional que aporta a la creación de dinámicas propias de una organización saludable y resiliente, que supera la visión tradicional y abordaje de salud mental de población trabajadora vulnerable, involucrando una mezcla de la mitigación en factores de riesgo y la potencialización de factores protectores. El programa busca superar, en la práctica, la visión en negativo de salud mental (síntomas, patología y factores de riesgo) encontrando desde el hacer cotidiano la manera de resaltar la visión en positivo (bienestar, calidad de vida laboral, combinación entre prevención de riesgo con promoción de salud). Involucra, tal como se presenta en la Figura 1, una amplia base conceptual que justifica los objetivos y acciones.

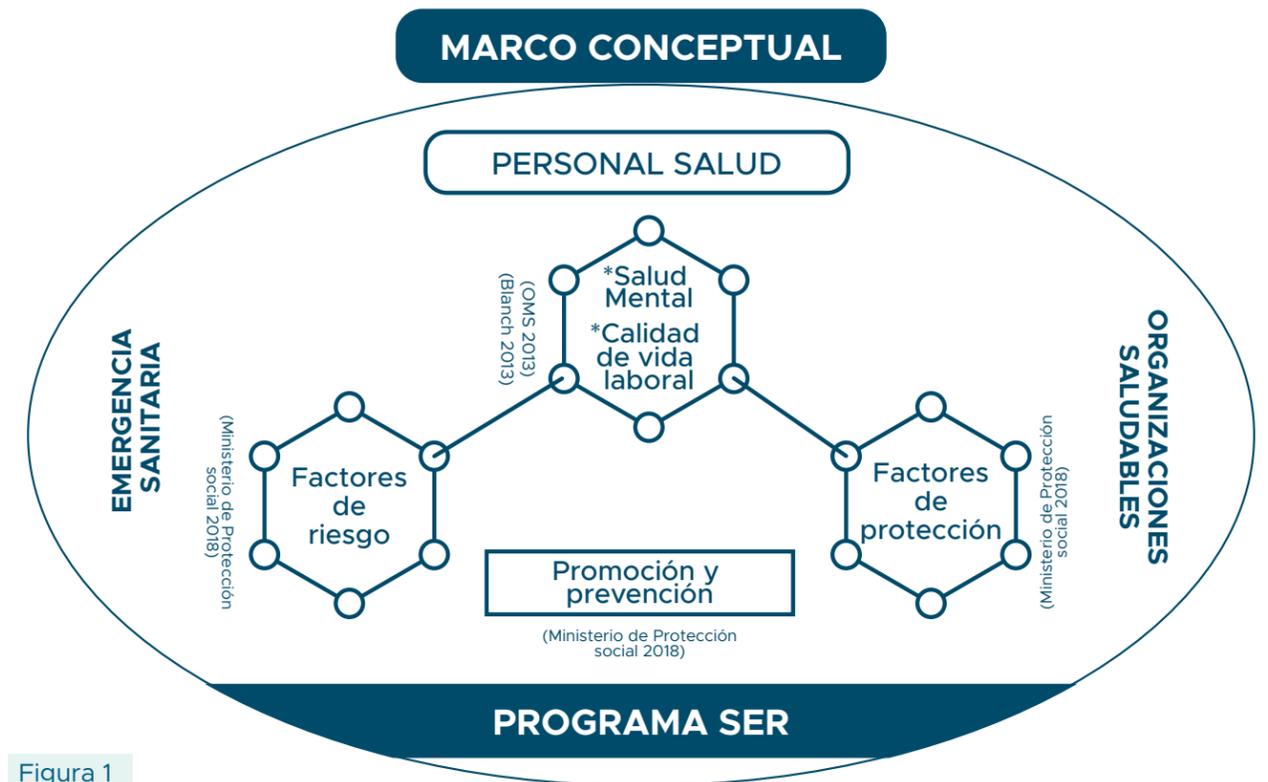


Figura 1

POBLACIÓN Y PARTICIPANTES

El Programa SER fue dirigido a 1326 trabajadores del sector salud vinculados como colaboradores de las clínicas privadas Nueva Rafael Uribe Uribe (601 colaboradores) y Desa (725 colaboradores) de la ciudad de Cali. Ellas y ellos son los encargados del conjunto de bienes y servicios encaminados a preservar y proteger la salud de las personas y abarca al personal asistencial o sanitario (prestación directa de servicios médicos, psicológicos, odontológicos, quirúrgicos, entre otros), y por otro lado, al personal no asistencial o administrativo (dirección, organización, coordinación, servicios generales, entre otros). Si bien ambos tipos de trabajadores, dentro del sector salud, son altamente vulnerables en su salud mental por las particularidades y altas demandas que tiene el trabajar y atender cotidiana y rutinariamente a seres humanos (pacientes y familias) que sufren y pasan por momentos adversos relacionados con el deterioro de su salud, el estar en

pandemia como equipos de primera respuesta hace que su vulnerabilidad aumente y sea ampliamente justificable porque son una población objetivo dentro de la psicología.

Además, al ser una emergencia atípica, en términos de que no solo este tipo de trabajadores atiende a población afectada por la pandemia, sino que además sufren directamente en su ámbito personal las consecuencias y efectos de la misma, requiere del diseño y la implementación de acciones estructuradas y sistemáticas que busquen la promoción de su salud mental, bienestar y calidad de vida con suma urgencia y prontitud. Con ello se esperaba no solo acompañarlos en estos momentos retadores, sino además, que sean dichas acciones de acompañamiento al personal salud una oportunidad de reconocer y agradecer el valioso trabajo y aporte que hacen a la comunidad.

¹linafernandav@gmail.com • ²carolinapira@gmail.com • ³psicomfc@gmail.com



PROCESO Y LOCALIZACIÓN

Las clínicas en donde se lleva a cabo el programa, están ubicadas en la zona urbana de Cali y pertenecen al consorcio nacional IDIME cuya finalidad es prestar servicios de diagnóstico médico en laboratorio clínico de imágenes de alta calidad. Ambas clínicas funcionan de acuerdo con los mismos lineamientos del consorcio y área administrativa, como lo es el gerente y el área de recursos humanos. Los cargos específicos son manejados por separado con el propósito de llevar a cabo sus actividades diarias, como el área de calidad, o la coordinación de hospitalización y de urgencias.

Tal como se evidencia en la Figura 2, las fases y fechas significativas en las que se ha llevado el proceso son: Fase 1: identificación de la población objeti-

vo y establecimiento de alianzas, abril y junio 2020; Fase 2: diseño conjunto del programa, julio y agosto 2020; Fase 3: implementación del programa (modalidad semestral), agosto 2020 a junio del 2021.

Es importante mencionar que las Fases 1 y 2, debido al momento inicial y crítico de la pandemia, se desarrollaron en su totalidad a través de plataformas digitales (virtual). La fase 3 fue completamente virtual el segundo semestre de 2020, virtual con 2 actividades grupales presenciales en el primer semestre de 2021 y metodología mixta 50 virtual/50 presencial el segundo semestre de 2021. Aunque los datos presentados en el presente documento van hasta junio de 2021, el programa SER sigue en curso.



ANTECEDENTES

El programa SER hace parte del trabajo desarrollado en el macroproyecto de salud mental de trabajadores del cuidado, realizado en el grupo de investigación PSIDEPAZ del programa de psicología de la Universidad Libre. Dentro del conjunto de acciones que se han venido adelantando desde el año 2018, está el diagnóstico e intervención de la salud mental de diferentes grupos poblacionales considerados trabajadores del cuidado del municipio de Cali y del suroccidente: población Salud, equipos de primera respuesta de la ciudad, personal que atiende línea al ciudadano, y trabajadores que atienden víctimas del conflicto armado colombiano (Piragauta, 2020). El Programa SER es una puesta en marcha de los avances contenidos en la “Guía para el diseño de programas de prevención y promoción de la salud mental para trabajadores del cuidado” (Vélez y Piragauta, 2020).

Si bien dentro del grupo de investigación en mención se venían desarrollando acciones gracias la vinculación del macroproyecto con el área de práctica profesional de la universidad, a partir de que se declara la emergencia sanitaria, en marzo del 2020, dos de las autoras Unilibre del presente documento escrito (Lina Fernanda Vélez y Carolina Piragauta), unieron esfuerzos y energías para diseñar e imple-

mentar este tipo de apoyo, replicando la experiencia en otras organizaciones similares del Suroccidente y definiendo la población objetivo y las alianzas interinstitucionales que posibilitaran su ejecución y sistematización. Así se logró el diseño e implementación del programa, estableciendo además el uso de los espacios formativos dentro de práctica profesional del programa de psicología de la Universidad Libre, en modalidad de convenio docencia servicio, con las dos clínicas beneficiadas, en alianza estratégica con COLPSIC capítulo Suroccidente.

Ahora bien, dada la emergencia sanitaria por SARS COVID-19 se observó una mayor afectación de la salud mental por lo que era imprescindible actuar inmediatamente para contrarrestar los efectos negativos que se pudieran presentar y, al mismo tiempo, posibilitar su promoción y prevención, dado que en el ejercicio del cuidador convergen tanto aspectos positivos como negativos. En definitiva, se reconoció la existencia de múltiples riesgos y factores estresores a los que están expuestos los trabajadores del cuidado y su red de apoyo, por lo que se implementaron nuevas estrategias que ayudarán a mitigar el riesgo y que permitieran la adaptación a nuevas prácticas y rutinas enfocadas a su propio cuidado.



OBJETIVOS Y METAS

El Programa SER persigue 4 objetivos específicos bajo los cuales se diseñaron y ejecutaron todas las acciones:

- Realizar un tamizaje del estado de salud mental y calidad de vida laboral actual de los colaboradores de la institución (Eje 1).
- Potencializar la gestión del autocuidado en los participantes mediante la promoción de estilos de vida saludables dentro y fuera de la organización (Eje 2).
- Facilitar herramientas y/o estrategias que permitan abordar las demandas emocionales propias de la labor (Eje 3).
- Crear y/o fortalecer las redes de apoyo significativas para los participantes, considerando tanto las relaciones interpersonales asertivas como el reconocimiento a la labor (Eje 4).

Cada uno de los objetivos específicos operativamente se convierte en un eje de intervención en el que se abordan diferentes temáticas a través de variados tipos de acciones. El primer eje corresponde al diagnóstico, y los tres restantes a la intervención. Dentro del programa los objetivos específicos apuntan no solo a la disminución y mitigación de lo que se ha identificado como factores de riesgo psicosocial en este tipo de labor, sino, al fortalecimiento y mantenimiento de factores protectores; incluyendo acciones que consideran las dimensiones intralaborales, extralaborales e individuales de los participantes.



RECURSOS GESTIONADOS

La principal estrategia ha sido el establecimiento de las alianzas interinstitucionales en donde el Programa de psicología de la Universidad Libre, como ente ejecutor, aporta: recursos materiales, como instalaciones físicas, plataformas digitales, materiales para los talleres; el talento humano en formación (prácticas) y docentes expertos bajo una modalidad de docencia servicio. El proceso de práctica tiene 3 pilares. Los dos primeros son continuidad y permanencia del docente asesor (Lina Fernanda Velez) con lo que garantiza la sostenibilidad del programa en el tiempo y su mejora continua. El tercer pilar es

la interlocución con la que se busca evaluar constantemente para encontrar caminos de mejora y seguir de manera permanente con el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar.

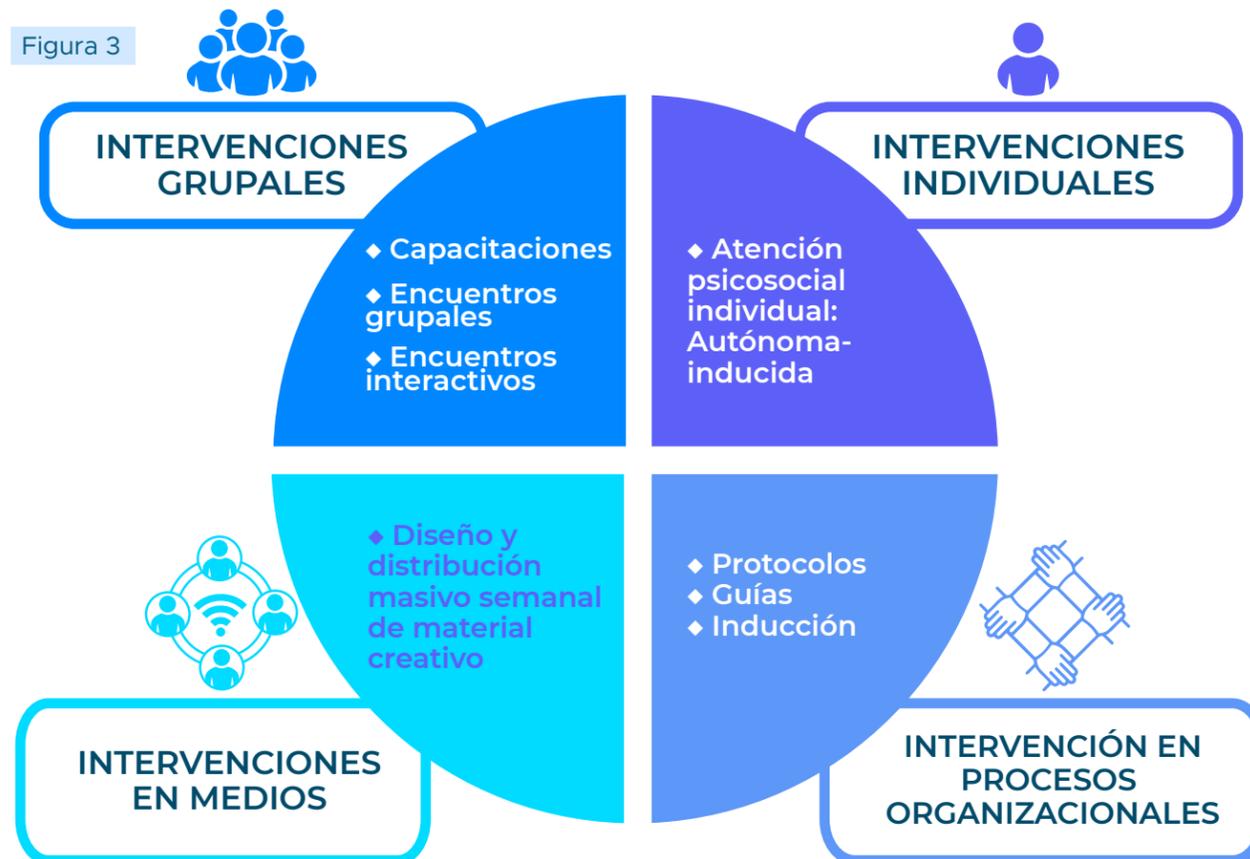
Las alianzas interinstitucionales y la óptima utilización de recursos internos y propios de cada una de las entidades involucradas en el programa SER, apuntaron no sólo su crecimiento progresivo sino, además, su sostenibilidad en el tiempo. Las clínicas Desa y Nueva Rafael Uribe Uribe dónde está el personal o población objetivo, sus instalaciones para el

encuentro, y diversos profesionales que asesoran, respaldan y supervisan el trabajo, principalmente desde el área de gestión del talento humano (específicamente el área de formación), en apoyo de las áreas de seguridad y salud en el trabajo y el área de atención al usuario. Finalmente, COLPSIC capítulo suroccidente que está el respaldo a la experiencia, seguimiento y difusión para promoción del conocimiento.



METODOLOGÍA

El programa SER incluyó, tal como se presenta en la Figura 3, diferentes estrategias prácticas en distintos niveles, para potencializar el cumplimiento de los objetivos e incluir las particularidades y motivaciones propias de cada participante, desde diferentes escenarios para así llegar a un mayor número de colaboradores.



1. Intervenciones grupales: desarrolladas entre el personal de la institución y el personal a cargo del programa. El objetivo es propiciar espacios de reflexión y aprendizaje participativo entre iguales (personas que viven la misma experiencia). Estas intervenciones incluyen capacitaciones en temas de salud mental (asincrónicas y sincrónicas) y encuentros grupales presenciales o virtuales tipo taller o tipo pausas laborales). Se hace un diseño previo a partir de las necesidades e intereses de los participantes lo que facilita la interacción entre los participantes, la construcción conjunta de conocimiento y la reflexión sobre los temas propuestos. Adicionalmente, se llevan a cabo encuentros interactivos e involucra interactuar no solo con los colaboradores sino y en simultáneo con su red de apoyo.

2. Intervenciones individuales: estrategia de contacto personalizado con los colaboradores que hacen parte del programa, hasta ahora llamados espacios de escucha. Siguen un estricto uso del consentimiento informado y uso voluntario del servicio e incluyen la intervención psicosocial individual autónoma (el colaborador por iniciativa propia lo solicita) o la inducida (se realiza bajo sugerencia por parte de un líder, compañero o resultados del tamizaje en salud mental).

3. Intervención en procesos organizacionales: incluyeron todos los protocolos, guías, materiales de apoyo, procesos sobre manual de funciones, inducción y reinducción, que se desarrollaron y queden como insumo a la institución y de los que, además, se pueden beneficiar otras instituciones o grupos poblacionales similares.

4. Intervención en medios: tenían como fin dar un hilo conductor y permanente a todas las acciones del programa, y reforzar los temas trabajados durante las intervenciones grupales e individuales. Su diseño y distribución es a través de la intranet de la organización y WhatsApp corporativo del área de formación. El diseño del material incluye estrategias informativas, lúdicas y virtuales. Cada semana, como se aprecia en la Figura 4, se establece una temática específica a trabajar sobre la que se diseñan y distribuyen dos o tres contenidos que son distribuidos en la intranet de las clínicas y el WhatsApp corporativo.

Clima Laboral

Hace referencia al ambiente físico y humano percibido en el lugar de trabajo. Depende de las acciones de la organización, y en gran medida, de las interacciones cotidianas del talento humano que la conforma. Un buen clima laboral promueve la satisfacción, el bienestar de los colaboradores, y sentimientos positivos hacia el trabajo.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LOGRAR UN BUEN CLIMA LABORAL?

MEJORA LA PRODUCTIVIDAD

Permite que se trabaje de manera eficaz para alcanzar los objetivos y metas de la organización.

REDUCE EL ESTRÉS

Mejora el estado anímico, físico y mental de los colaboradores.

PROMUEVE RELACIONES INTERPERSONALES SANAS

Facilita la comunicación asertiva, evita conflictos, y contribuye a fortalecer los lazos entre compañeros.

AUMENTA LA MOTIVACIÓN Y SENTIDO DE PERTENENCIA

Incrementa el sentimiento de realización y compromiso con la labor realizada.

Con pequeñas acciones diarias, todos los colaboradores pueden contribuir a fortalecer el buen clima laboral.

Figura 4

RESULTADOS

Tabla 1. Indicadores de impacto en la población.

Nombre del indicador	Meta original	Meta alcanzada
IMPACTO EN LA POBLACIÓN 2020-2	30 % de cobertura poblacional	100% de la población objetivo. 25 intervenciones, 8087 participantes en ellas, lo que indica que cada colaborador participó en promedio en 10 de las 25 intervenciones. Impacto en la población
IMPACTO EN LA POBLACIÓN 2021-1	60% de cobertura poblacional	100% de la población objetivo. 18 intervenciones, 17820 participantes en ellas, lo cual nos indica que cada colaborador participó en promedio en 13 de las 18 intervenciones.
IMPACTO EN LA POBLACIÓN ANUAL 2020-2 Y 2021-1	60% de cobertura poblacional	100% de la población objetivo. 43 intervenciones, 25907 participantes en ellas, lo cual nos indica que cada colaborador participó en promedio en 20 de las 43 intervenciones.
IMPACTO EN LA POBLACIÓN 2021-1	50% de cobertura poblacional	32% de cobertura poblacional (429 sujetos participaron del tamizaje de los 1323 del total).

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Indicadores de estructura.

Nombre del indicador	Meta original	Meta alcanzada
ESTRUCTURA 2020-2 2021-1	100 % en lo referente a políticas para la atención de factores psicosociales	100%. Diseño e implementación del programa de cuidado al cuidador. Visibiliza factores protectores y de riesgo y enmarca las acciones de manera coherente.
	90% en lo referente a diseño de plan y cronograma de intervención	100%. Todas las acciones se estructuraron a partir de la priorización de ejes a intervenir, creando plan de acciones y cronograma de trabajo.

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Indicadores de resultado.

Nombre del indicador	Meta original	Meta alcanzada
RESULTADO EJE DE TAMIZAJE: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	80 % de los colaboradores con los que se socializara el resultado del tamizaje estuviera entre satisfecho y muy satisfecho (puntuación de 4 y 5) con el cumplimiento del objetivo y desenvolvimiento de los profesionales a cargo.	100%
RESULTADO EJE DE INTERVENCIÓN ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALES	80 % de los colaboradores de intervención psicosocial individual autónoma, estuviera entre satisfecho y muy satisfecho 80 % de los colaboradores de intervención psicosocial individual autónoma, estuviera entre satisfecho y muy satisfecho (puntuación de 4 y 5) con el cumplimiento del objetivo y desenvolvimiento de los profesionales a cargo.	100%
ANUAL 2021-1 Y 2020-2	80 % de los colaboradores de intervención psicosocial individual inducida, estuviera entre satisfecho y muy satisfecho (puntuación de 4 y 5) con el cumplimiento del objetivo y desenvolvimiento de los profesionales a cargo	100%

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Indicadores de proceso.

Nombre del indicador	Meta original	Meta alcanzada
PROCESO 2020-2	80 % cumplimiento del plan y cronograma de intervención	60%
	80% cobertura de la intervención y los efectos calificados como prioritarios	75%
PROCESO 2021-1	80 % cumplimiento del plan y cronograma de intervención	*94%
	80% cobertura de la intervención y los efectos calificados como prioritarios	100%
PROCESO ANUAL 2020-2 Y 2021-1	80 % cumplimiento del plan y cronograma de intervención	77%
	80% cobertura de la intervención y los efectos calificados como prioritarios	100%

Fuente: elaboración propia

Con la realización del tamizaje de salud mental, pudo confirmarse que las actividades realizadas estaban encaminadas a las necesidades de los colaboradores y se encuentra relación con las problemáticas y las recomendaciones propuestas en literatura relacionada a la temática de salud mental en personal de salud durante la pandemia del COVID-19 en Colombia y a nivel global.

En el tamizaje donde participaron voluntariamente 429 trabajadores de las clínicas, se pudo identificar que el 27% (114) eran hombres y el 73%(315) eran mujeres, que oscilaban principalmente entre los 18 a 24 años (64%), seguido de los que se encuentran entre 35 a 49 años (26%). Para el 74% (317) la labor es principalmente asistencial frente a un 26% (111) de tipo no asistencial. A nivel general requerían apoyo en varios aspectos para alcanzar su bienestar,

por lo que el concepto de autocuidado marcó de manera importante y transversal los ejes de intervención.

Por otro lado, el programa se identifica como un aporte significativo no solo a la salud mental de una población de trabajadores altamente vulnerables, sino también como un avance organizacional que aporta a la creación de dinámicas propias de una organización saludable y resiliente. Además, lo logra desde una fusión entre diferentes campos de la psicología que suelen pensarse independientes. A continuación, en la Figura 9, se presentan algunas nubes de palabras realizadas por los participantes que permite identificar las palabras más significativas que le dejaron algunas actividades realizadas y que nos permite identificar la transformación y cambio positivo en los colaboradores:

Adicionalmente, se recogen algunos comentarios de los participantes:

- ▷ “Más que dar una sugerencia es agradecerles por brindarnos este momento y sacarnos de la rutina, reír alimento para el alma”
- ▷ “Que sigan en esta actividad porque mejora mucho la calidad del personal”
- ▷ “Felicitaciones, realmente este espacio nos ayuda a confrontarnos y enfocarnos en nosotros mismos”
- ▷ “Agradezco a todo el equipo, docentes y estudiantes que hicieron posible este espacio a pesar de mis inconvenientes de trabajo, agradezco y valoro muchísimo esos esfuerzos y durante la consulta la claridad que me ayudaron a tener con respecto a mis emociones y cómo manejarlas”
- ▷ “Excelente la pase muy chévere, reí mucho”
- ▷ “Mil gracias por el amor y dedicación que han mostrado por nosotros, me siento muy agradecido”
- ▷ “Sigán presentando las actividades de esa manera lúdica”
- ▷ “Gracias por permitirnos tener un espacio para aprender y fortalecer el amor y cuidado propio”
- ▷ “Más espacios como este tipo de talleres, gracias”
- ▷ “¡Todo excelente!”
- ▷ “Gracias por este tema, me permitió conocer actividades que debo mejorar y las dinámicas estuvieron muy inclusivas a pesar de la distancia y virtualidad”
- ▷ “Felicitaciones por este importante trabajo que nos permite conocer y actuar en ambas clínicas, es importante para los líderes contar con este apoyo y se debe fortalecer cada día más”

Nota: elaboración propia



EXPERIENCIA CUALITATIVA DE LOS PARTICIPANTES



Figura 5

SOSTENIBILIDAD Y REPLICABILIDAD

Las estrategias de sostenibilidad y replicabilidad se pueden resumir en seis grandes aspectos:

El primero ha sido el establecimiento de las alianzas interinstitucionales (firmas de convenios interinstitucionales y bajo el modelo de docencia servicio) lo que garantiza la permanencia del recurso humano para la implementación y seguimiento:

- a. Estudiantes de último año de formación del programa de psicología Unilibre, es decir los practicantes.
- b. Semilleros y estudiantes con trabajo de grado anclado al proceso como parte del macroproyecto de investigación.
- c. En modalidad de asesor principal en terreno y asesores complementarios del grupo de investigación.

Este recurso desde la Universidad como institución de educación superior, posibilita la sostenibilidad a largo plazo con recurso humano permanente, aunque variable, ya que, aunque hay rotación de estudiantes los pilares de la práctica como la permanencia garantiza la continuidad de las acciones y del cumplimiento cada semestre de los objetivos planteados.

El segundo tiene que ver con la firma del programa SER como forma de contraprestación por parte de la universidad para ajustar el pago del proceso docencia servicio, el cual se realiza en el campo clínico en las dos clínicas por parte de otros grupos de estudiantes encargados de manera directa de la atención de pacientes y familiar, tanto en hospitalización como en interconsulta y otros apoyos según las necesidades de los usuarios. Todo esto formalizado en los CODA (Comités de docencia servicio)

La tercera tiene que ver con el empoderamiento de los procesos por parte de los actores de las clínicas desde las áreas directamente implicadas al interior de la organización como son talento humano, seguridad y salud en el trabajo, servicio al cliente a cargo de humanización y calidad. Esto se logra con formación de los líderes, diseño e implementación de las acciones de manera conjunta, coordinada y planeadas en diálogo y acuerdos entre las áreas y los docentes encargados

desde la universidad con todo el equipo de apoyo.

La cuarta, que el programa parte del diagnóstico de las necesidades de la institución desde dos enfoques: el primero es un tamizaje de salud mental del personal que permite conocer y establecer una línea de base y las afectaciones propias del personal y motiva a los colaboradores a participar en las actividades y sentir que se les da respuesta a sus necesidades. El segundo es el análisis documental, requerimientos administrativos y legales de las prioridades institucionales, misión, visión y plan de desarrollo estratégico, lo que da como resultado que el diseño del programa cumpla con necesidades propias de las instituciones y del personal, y no de actores externos ajenos al panorama real.

La quinta, que el programa responde a una necesidad sentida, resultado de nuestro macroproyecto de investigación, donde el índice de riesgo de salud mental nos presenta la urgencia de intervenir en poblaciones con similares condiciones y afectaciones. Situación que confirma las posturas de múltiples investigaciones nacionales e internacionales y los direccionamientos de referentes importantes como la Organización Mundial de la Salud y el mismo Ministerio de Salud y Protección Social de nuestro país.

La sexta y última, se relaciona con el ejercicio de sistematización realizado semestre a semestre, y acción

por acción, que permite registrar, evaluar, ajustar y replicar las acciones del programa en cada una de las clínicas y en escenarios futuros con condiciones similares. Esta rigurosidad en el desarrollo y seguimiento de cada una de las actividades antes, durante y después de realizadas permite asegurar la calidad y pertinencia de cada movimiento, evaluar en contexto las metodologías planteadas y la respuesta del personal a las propuestas realizadas para, si es necesario, acoplar, ajustar o redireccionar en una futura oportunidad. Este sistema permite además evaluar cuantitativa y cualitativamente el programa de manera permanente y registrar juiciosamente los resultados, para poder hacer los análisis de indicadores, variaciones de las mediciones en la línea de base y formar profesionales con altos estándares éticos, metodológicos, investigativos conceptuales y capaces de poner en juego sus competencias y aprendizajes en un contexto real, pero sin el riesgo de afectar a la población intervenida.

Lecciones aprendidas

- ▷ **Conceptuales:** es importante tener presente que trabajar en salud es una actividad de alto riesgo para la salud mental, especialmente en el marco de la pandemia como se explicó anteriormente. Igualmente, es crucial reconocer la presencia de factores de riesgo y de factores protectores que coexisten y no se excluyen mutuamente en los seres humanos que tienen este tipo de actividad laboral. Considerando que no existía en la organización, programas siste-

máticos similares al programa SER (panorama común a varias organizaciones locales) y los resultados del tamizaje, se concluye que hay una gran capacidad de afrontamiento y resiliencia en esta población.

- ▷ **Metodológicas:** es posible, tal como se plantea en la “guía para el diseño de programas de prevención y promoción de la salud mental para trabajadores del cuidado por la pandemia de Covid 19”, seguir un esquema estructurado y sistemático para el diseño e implementación de programas como este. Esto da estructura, formalidad y posibilidad de réplica a mediano plazo en poblaciones similares. Es importante desarrollar las acciones con todos los estándares éticos y la constante cualificación de los profesionales que implementan el programa. Adicionalmente, otra lección aprendida es la importancia de generar alianzas interinstitucionales para lograr la visibilidad y sostenibilidad de programas como este.

- ▷ **Organizacional:** el programa SER es una guía práctica y real de como poder materializar la necesidad de que las organizaciones sean organizaciones saludables y resilientes según la tendencia global y necesidades propias de la pandemia en donde el cumplimiento de objetivos y metas estén atravesadas por la atención en el bienestar integral talento humano.

- ▷ **Psicosocial:** con los resultados del tamizaje de salud mental en la organización, pudo confirmarse que las actividades planteadas y realizadas hasta ese momento estaban encaminadas a las necesidades reales de los colaboradores de las clínicas, y se acercaban a las recomendaciones propuestas en literatura relacionada a la temática de salud mental en personal de salud durante la pandemia del COVID-19 en Colombia y a nivel global. Si bien es cierto que esta población cuenta con factores protectores que debemos mantener e incluso potencializar, como presencia de engagement laboral, significado positivo del trabajo y buenos niveles de calidad de vida laboral, también hay presencia de factores de riesgo que se deben mitigar y/o eliminar como burnout, síntomas asociados a depresión, estrés y ansiedad, entre otros.



AGRADECIMIENTOS

Gracias infinitas a todos los que han creído en esta apuesta y se han unido en el camino aportando ideas y trabajo; a la Universidad Libre, Facultad de ciencias de la Salud y el Programa de Psicología por ser cuna y respaldo del macroproyecto y este programa, en consonancia con el lema de “una psicología de cara a la sociedad”; a los practicantes por dedicar horas de trabajo y esfuerzo a este sueño, incluso a pesar de la pandemia; al capítulo Suroccidente de COLPSIC en cabeza de Julieth Salazar por su respaldo permanente, confianza y considerarnos como líderes de proceso y ejemplo para la región; a la Dra Triana, Lady Herrera y todos los líderes de las clínicas DESA y CNRUU por la confianza, apoyo permanente y arriesgarse a “salir del molde” y creer que aunque es difícil “si se puede”; a cada uno de los colaboradores y trabajadores de la salud y por supuesto de las clínicas, infinitas gracias por entregar cuidado cotidianamente a otros que pasan por momentos difíciles y no retroceder ante lo desconocido de la pandemia, este esfuerzo e infinitas horas de trabajo es por ustedes y para ustedes. A nuestros hijos, esposos y familiares, gracias por apoyarnos y dejarnos robarles horas de compañía para hacer de este sueño una realidad tangible y a COLPSIC por creer en esta experiencia y darla a conocer.

REFERENCIAS

Organización Mundial de la salud. (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra propuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Piragauta, C., (2020). Descuidando Cuidadores: Salud Mental y subjetivación del trabajo en servicios de atención a víctimas de trauma, Universidad San Buenaventura. Repositorio Institucional – Universidad San Buenaventura.

Blanch, J. M., Sahagún, M. & Cervantes, G. (2010a). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Journal of Work and Organizational Psychology*. 26 (3), 175-189. <https://doi.org/10.5093/tr2010v26n3a2>

Blanch, J. M., Sahagún, M.; Cantera, L. & Cervantes, G. (2010b). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. Questionnaire of General Labor Well-Being: Structure and Psychometric Properties. *Revista de Psicología Del Trabajo y las Organizaciones. Journal of Work and Organizational Psychology*. 26 (2), 157-170. <https://doi.org/10.4321/S1576-59622010000200007>

Blanch, J. M. (2012). *Trabajar y bienestar*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Blanch, J. M.; Ochoa, P. & Caballero, M.F. (2019). Over engagement, protective or risk factor of Burnout?. In M. Sarfraz (Ed.). *Sustainable Management Practices*. London: IntechOpen. Open acces book. ISBN: 978-1-78985-154-0. <https://www.DOI:10.5772/intechopen.81746>

Bressó, E. B., Salanova, M., Schaufeli, W., & Nogareda, C. (2007). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo. *Burnout* (III): Instrumento de medición. Madrid: INSST

Gil-Monte, P. & Moreno, B. (Eds.) (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. Sunnyvale, CA: CPP. Organización Internacional del Trabajo. (2012) *El Programa de Trabajo Decente*.

Salanova, M. & Schaufeli, W. (2009). *El Engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza.

Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “Engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 117-134.

Vélez, L., Piragauta, C., (2020) *Guía para el diseño de programas de prevención y promoción de la salud mental para trabajadores del cuidado por la pandemia del COVID-19*. COLPSIC, UNILIBRE, REDULAC. Disponible en, <http://www.unilibre.edu.co/pdf/2020/GUIA- DISENO-PROGRAMAS-PREVENCION-COVID.pdf>

RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Mi Cuerpo es Mi Historia
Investigación-creación y formación entre las artes y la psicología para el acompañamiento de niñas, adolescentes y jóvenes sobrevivientes de violencias



Hillary Andrea
Copete Riascos⁴



Alexandra Arango
Salazar⁵



María Valentina
Delgado Ríos⁶



Martha Isabel
Córdoba Arévalo⁷

● **Fundación Mi Cuerpo Es Mi Historia** ●

PRESENTACIÓN

Las artes corporales y los espacios terapéuticos han combinado muy bien sus técnicas y marcos de referencia teóricos en pro de facilitar vivencias completas y seguras de la vida emocional, donde se integran aspectos racionales e intuitivos. De hecho, el trabajo corporal/creativo tanto en procesos individuales como colectivos, posibilita el transitar por situaciones de vida y emociones suscitadas de estas, potenciando así las posibilidades de vivenciar desde distintos escenarios y alternativas la significación de las mismas, y funcionando a su vez como canal facilitador de expresión emocional (Carabelli, 2013 y Blanco, 2009). Es por ello, que la actual propuesta de trabajo, se fundamenta en los usos positivos que el trabajo corporal y escénico produce en la vida psíquica y física de personas que han sufrido la violencia.

Bajo esta premisa, Mi Cuerpo es Mi Historia (MCMH) es una metodología de creación que se fundamenta en la psicología y las terapias creativas, la cual se construye para aportar al desarrollo de la capacidad resiliente y sanación de esas experiencias por medio de la danzaterapia, y surge a partir de un proceso de investigación que indagaba aspectos cognitivos y

afectivos del proceso empático, y la resignificación de experiencias de mujeres que vivieron situaciones de abuso y violencia sexual, e integra elementos disciplinares de la psicología con saberes artísticos.

Así pues, este documento presenta la metodología MCMH, las fases que la integran y las experiencias que surgen de la puesta su práctica, entrelazada con las cosmovisiones de niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres que han sido parte del proceso. Se tiene como base que MCMH se constituye como una alternativa de empoderamiento del ser, que genera procesos de reparación del individuo, el grupo y/o la comunidad a partir de la integración de terapias creativas al proceso, otorgándoles un valor especial a las vivencias significativas históricas (afectos, emociones e ideas) de las participantes. Esto las convierten en protagonistas, creadoras y dramaturgas de los nuevos significados que conceden a sus vidas a través de un proceso de simbolización colectiva, de conflictos personales y sociales que se elaboran en el acto escénico y trascienden a la construcción de un proyecto de vida.

POBLACIONES PARTICIPANTES

La población beneficiaria fueron 26 niñas, adolescentes y jóvenes entre los 9 y 23 años de edad, entre las que se encuentran diversidades étnicas representadas entre afrodescendientes, indígenas y mestizas, que proceden de diferentes ciudades a nivel nacional. Por confidencialidad, se omite el nombre de la institución oficial a la que pertenecen las participantes, pero se resalta que están bajo la medida de protección y restablecimiento de derechos, por diversas situaciones relacionadas con la violencia y la vulneración de derechos al menor de edad.

En cuanto a las características psicosociales, se identifica que los antecedentes de violencia han generado en las participantes dificultades para manejar, identificar, expresar y afrontar situaciones problemáticas, sumado a que se encuentran en un espacio reducido que limita su expresión emocional de manera complementaria a los programas que propone la institución a la que pertenecen. Adicionalmente, se reconoce la necesidad de brindar herramientas y fortalecer habilidades para la vida que les permitan a las participantes afrontar sus experiencias de vida disminuyendo las reacciones de ansiedad, sentimientos de incertidumbre, frustración y acciones de autolesión.

Esto incide en que no se optimicen los recursos personales, reduciendo las posibles estrategias de afrontamiento, y con ello, se agudizan las emociones y sensación de malestar. A su vez, dicho malestar se evidencia en dificultades para establecer relaciones interpersonales asertivas, afectando así la convivencia en la institución. Lo anterior, refleja la pertinencia del presente proyecto, pues es gracias a este que se fortalecen las dimensiones personales y sociales.

SITUACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

Este proyecto se desarrolla en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, e inicia como un proceso de investigación desde el año 2011 con una población de características similares. En el año 2013, se desarrollan por primera vez todas las fases de la metodología Mi Cuerpo es Mi Historia con participantes de la institución. En el año 2014, la obra escénica producto de la implementación del proyecto, fue presentada en varios escenarios de la ciudad de Cali. En los años posteriores, la intervención ha mantenido una constancia con las participantes, lo que permite visibilizar las transformaciones a través del tiempo. A lo largo del proceso se resalta que los últimos 2 años han sido significativos, dado que se reconocieron las necesidades psicosociales de las participantes antes y durante de la pandemia, generando una mayor adaptabilidad del acompañamiento y ajustando la metodología a las modalidades virtual y presencial en alternancia ante las posibilidades que ofrece el contexto actual. Es sobre esto último que se desarrolla el presente documento.



ANTECEDENTES

La metodología Mi Cuerpo Es Mi Historia, empieza a ser investigada en el año 2011 con un grupo de trabajo de adolescentes que asistían a psicoterapia psicoanalítica y que al mismo tiempo asistían a clases de danza en las que la docente hacía parte del staff de ambos espacios. El grupo de trabajo de adolescentes con experiencias de violencia sexual presentaban síntomas de estrés postraumático. En ambos espacios grupales se notó cómo las participantes que más presentaban bloqueos para exteriorizar desde la palabra sus historias y episodios de vida más difíciles, eran justamente quienes se expresaban más intensamente en el espacio de danza. De este trabajo hubo dos publicaciones en las revistas Apuntes de Psicología (España), y Revista de Psicología (Perú) respectivamente (Córdoba y Vallejo, 2011 y 2012).

Dos años después Colciencias otorgó un apoyo a la propuesta investigativa: “El movimiento corporal y la empatía en adolescentes violentadas sexualmente”, a través de la beca joven investigador cuyo objetivo principal fue fomentar la construcción de la empatía usando como herramienta el movimiento corporal en el mismo grupo de aproximadamente 15 de estas adolescentes. A grandes rasgos, esta propuesta exploró del desarrollo de los aspectos cognitivos y afectivos del proceso empático. Los logros que se obtuvieron a nivel empático se asociaron más a la dimensión cognitiva que a la afectiva. Esto quiso decir que hubo una mejoría en la capacidad de valorar, pensar, hacerse hipótesis, y fantasear acerca de los estados emocionales, físicos, y mentales de las y los otros por parte del grupo de las adolescentes. De esta investigación se publicó un artículo en la revista Pensamiento psicológico (Colombia) titulado “La danza en contextos terapéuticos” (Córdoba y Vallejo, 2013).

Estos aportes investigativos suscitaban nuevas hipótesis, preguntas, y motivaciones para continuar combinando el trabajo corporal con técnicas psicoterapéuticas. Es así como en el año 2013, el ministerio de cultura otorgó la beca de investigación en danza “Cuerpo y memoria de la danza”, siendo una oportunidad clave para consolidar lo que se nombraría “Metodología Mi Cuerpo es Mi Historia” que consta de las etapas de exploración, enraizamiento, encarnación, escenificación, elaboración, y emprendimiento.

En los años posteriores se constituyó la fundación MCMH que lleva el nombre de la metodología, gracias el trabajo en equipo de profesionales de diferentes áreas que han aportado al cumplimiento de la misión y visión de la organización y metodología. Los últimos dos años han sido significativos, así las herramientas de trabajo corporal y psicoterapéutico se han enfocado en el fortalecimiento de habilidades para la vida, buscando generar recursos psicológicos con los que ellas puedan afrontar sus experiencias de vida disminuyendo las reacciones de ansiedad, sentimientos de incertidumbre, frustración y actos de autolesión.

PROPÓSITOS

El objetivo fue fortalecer la capacidad resiliente y las habilidades para la vida de 26 niñas, adolescentes y jóvenes entre los 9 y 23 años de edad, a través de espacios de formación artística y de acompañamiento psicosocial. Se buscaba potenciar el desarrollo del pensamiento creativo y gestión de emociones.

RECURSOS

Para el desarrollo del proyecto se usaron recursos humanos, organizacionales, materiales y financieros. Los recursos humanos contemplan el equipo psicosocial que orienta y acompaña el proceso, el equipo es interdisciplinario y cuenta con profesionales de psicología, administración y artes escénicas. Por su parte, los recursos de tipo organizacional utilizados son las instalaciones de la institución que propician el encuentro entre las participantes y quienes facilitan el proceso, favoreciendo el desarrollo de las actividades en lugares idóneos para el trabajo individual y colectivo. En cuanto a los recursos materiales, se incluyen elementos pedagógicos y de papelería para el desarrollo de las actividades que favorecen la exploración de las artes durante el proceso de acompañamiento, los ejercicios de simbolización de la historia personal y la creación del producto artístico; igualmente, se hace uso de materiales escenográficos y que nutren la puesta en escena. Finalmente, los recursos financieros cubren los costos de alimentación-refrigerios para las participantes durante las sesiones y el transporte para la movilización del equipo psicosocial que acompaña el proceso.



LA METODOLOGÍA

La metodología Mi Cuerpo es Mi Historia está diseñada para fortalecer la capacidad resiliente, generar procesos de empoderamiento del ser a través fases de reparación emocional, y resignificar historias de vida, esto da lugar a la revalorización de los afectos, emociones e ideas ancladas a vivencias significativas de las participantes. Esta metodología está basada en un principio matriz que ubica a las participantes en una posición creadora, fomentando la invención de frases de movimiento y/o piezas escénicas, que surgen de adentro hacia afuera, de una fuente propia e íntima, conectada con dichas experiencias significativas. Esta particularidad hace que el acto escénico se convierta en un espacio de intimidad y reparación emocional al establecer una relación estrecha entre los elementos de creación, y la vivencia emocional.

Las técnicas utilizadas en la metodología MCMH son extraídas de campos como las terapias creativas, la danza movimiento terapia, la psicoterapia grupal, la dramaturgia, las artes escénicas y la investigación a saber espejamiento, movimiento intencionado, velocidades y niveles de movimiento, amplitud, análisis grupal de aprendizajes comunes, monólogos, coreografías, diarios de campo, observación no estructurada, etc. Estas técnicas puestas en acción en conjunto promueven la simbolización y elaboración colectiva de conflictos personales y sociales cristalizados en el acto escénico y trascendidos hacia la motivación de nuevos objetivos de vida.

Para la ejecución de la metodología y logro de los objetivos se establecen cinco fases:

1. Enraizamiento: en la que se generan espacios de intimidad grupal, y se empieza a fortalecer la relación terapéutica con los talleristas, uno de los objetivos principales es fortalecer la identidad grupal. En esta etapa se recogen de forma general vivencias emocionales de las participantes, se decantan temas

de interés general que serán profundizados, y se comparte y establece el estilo de trabajo que se mantendrá en las siguientes etapas.

2. Encarnación: entendida como la personificación de la fase anterior a través del lenguaje corporal, implementando las artes; en esta etapa las experiencias de vida más significativas de las participantes serán simbolizadas a través de recursos artísticos como la pintura, la plástica, el dibujo, la danza, el teatro, el canto etc. Para ser corporizadas (traducidas al cuerpo) a través de piezas escénicas específicas.

3. Escenificación: en esta etapa se provee el espacio para simbolizar, y con ello, construir creativamente productos artísticos basados en las experiencias emocionales recolectadas en las fases anteriores y los intereses de las protagonistas. En esta, las y los participantes son llamados a ser parte de una composición escénica de danza teatro-musical que será circulada en diversos espacios públicos locales, nacionales o internacionales según el caso. En esta etapa, se vinculan sus redes de apoyo como actores detrás o delante de escena (familiares como vestuaristas, maquilladores o como público). La materia prima de la composición escénica son sus experiencias de vida ya corporizadas, es decir, traídas al cuerpo. A su vez, la dramaturgia general de la obra estará anclada a una temática psicosocial reconocida en la etapa 1.

4. Elaboración: esta etapa es el momento en el que las participantes se disponen a reflexionar y realizar una autovaloración participativa de sus propuestas creativas. Esta es posiblemente la etapa en la que más se dan procesos de resignificación de sus experiencias significativas.

5. Emprendimiento: es el momento en el cual los productos de divulgación están listos para ser compartidos, las participantes tienen las herramientas para diseñar el siguiente paso de su proyecto de vida, y darles acción a sus sueños, para ello, el equipo humano, se dispone a gestionar oportunidades, conexiones, becas, para las participantes más comprometidas con su proyecto de vida.

En ese orden de ideas, una sesión con la metodología MCMH podría contemplar la siguiente estructura de planeación dependiendo de la fase metodológica en la que se encuentre el proceso:

1. Un momento de reconocimiento: previo al inicio del proceso permite establecer las relaciones de confianza entre las participantes y las facilitadoras, a partir del movimiento y la escritura creativa como herramientas de descarga emocional, y permite el conocimiento de intereses, expectativas, gustos y acuerdos que podrán ser incluido en sesiones posteriores.

2. Recuperación de la percepción subjetiva: un momento para el reconocimiento de las emociones y sentimiento tanto al inicio como al finalizar la sesión que permite a la facilitadora identificar si existe algún cambio durante el proceso de acompañamiento. Este momento utiliza la pieza de diálogo como herramienta clave para el fomento de la escucha activa, consciente y empática.

3. Momento de descarga emocional: se usa el movimiento /danza y diversidad de ritmos musicales de manera libre para expresión de emociones, pensamiento y sentimientos identificados durante la sesión.

4. Problematicación: reconocimiento de las creencias que tienen las participantes en torno a los temas a trabajar durante el encuentro.

5. Instrumentación: psicoeducación sobre los temas objetivos a trabajar durante el proceso en el caso de los acompañamientos en lo que se ha usado la metodología hasta la fecha: resiliencia, resignificación de experiencias, gestión emocional y autoconocimiento.

6. Resignificación y cierre: reconocimiento de las experiencias que han tenido las/los participantes durante la sesión por medio de movimiento corporal y círculo de diálogo final para recoger experiencias, conocer sus impresiones, expectativas y puntos adicionales.



RESULTADOS

Al ser una metodología de creación y centrarse en el trabajo corporal y espontáneo, los procesos que se tejan de la misma no se consideran en ningún momento como lineales, por tal razón, cada uno de ellos debe estar acompañado de una evaluación posterior a la sesión que integre elementos e intereses nuevos suscitados en ese encuentro, con el fin de integrarlos a futuros acompañamientos, modificar las sesiones planteadas previamente de ser necesario y que funcionen como una herramienta de ensamble final para el proceso escénico. Para esto es fundamental fortalecer y promover la escucha activa entre las participantes durante todo el proceso, pues cada sesión y/o encuentro tiene entre las actividades de danza/movimiento, círculos de diálogo que permitan la expresión y narrativa de experiencias, emociones, sentimientos y pensamientos que vivencian las participantes, ya sean previos o durante la sesión.

Debido a que la metodología contempla la experiencia personal, la transformación evidenciada en el reconocimiento de sí mismas y el relacionamiento con otras participantes, se priorizó la presentación de resultados cualitativos que den cuenta de su carácter procesual y experiencial. Asumiendo el objetivo de fortalecer la capacidad resiliente y las habilidades para la vida de las participantes, se encontró que

hay tres resultados que dan a entender el impacto en la experiencia que han tenido las beneficiarias, estos son el aprendizaje corporal, entendido como un proceso de apropiación y reconocimiento de nuevas formas de movimiento y de relacionamiento con sus cuerpos, que permite potenciar el desarrollo personal y la confianza en sí mismas a través de la exploración y expresión corporal; además, la gestión emocional, como capacidad para dar cabida a las emociones y sentimientos que se experimentan en la cotidianidad a partir de su identificación, expresión, reconocimiento y manejo, donde dicho proceso se da en el desarrollo del movimiento como una herramienta consciente que permite validación propia y de la otra persona (subcategorías: identificación y expresión de emociones, vínculos afectivos y resiliencia); finalmente, la construcción colectiva, enfocada en un espacio de creación, fortalecimiento de vínculos y participación, esta última considerando que todo el proceso se realiza de manera grupal bajo la premisa de que en lo colectivo se potencializa la empatía y la capacidad de tangibilizar aquello que solo se ha sentido en privado, de esta manera se propician espacios de construcción de paz y resignificación grupal de experiencias individuales (subcategorías: integración del grupo, creación participativa de las actividades, empoderamiento y liderazgo).

SOSTENIBILIDAD

El diseño de la Metodología Mi Cuerpo Es Mi Historia se realizó teniendo en cuenta el interés de réplica y sostenibilidad en el tiempo. Contempla fases y elementos que se pueden adaptar al trabajo con diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades, conservando esencialmente para su desarrollo el uso de las artes y la construcción colectiva del producto creativo a partir de elementos de la historia personal, que se puedan poner en conversación con aspectos grupales y se tejen durante el proceso. Con esta flexibilidad se pretende impactar distintos grupos sociales de interés y potenciar los procesos de acompañamiento psicosocial y desarrollo comunitario que se puedan realizar en los territorios. Además, el carácter procesual de la metodología promueve la generación de capacidades en quienes participan; así como la resignificación de las experiencias vitales, y la adquisición de herramientas para el afrontamiento de diversas situaciones que se les pueda presentar en las vidas de las participantes. De esta manera, el proceso de acompañamiento no se queda sólo en la atención de las necesidades inmediatas de la población, sino que trasciende este aspecto y facilita su posicionamiento de manera asertiva frente a sus experiencias de vida, lo que puede generar diversas y nuevas oportunidades para las personas participantes.

Para asegurar la sostenibilidad de la metodología e incrementar su impacto social, se plantea una estrategia en tres dimensiones: sociocultural, institucional y económico. La primera dimensión tiene como propósito la articulación del equipo psicosocial de la institución con el equipo psicosocial de la fundación, para facilitar los espacios de encuentro con la población y contemplar los aspectos socioculturales de las participantes durante el desarrollo de la propuesta, asegurando su pertinencia. La segunda dimensión se interesa por la integración de actores territoriales y comunitarios como teatros, biblioteca pública, museos, entre otras organizaciones culturales que se encuentran ubicadas en el mismo sector de la institución y que pueden hacer aportes para nutrir la propuesta de acompañamiento por medio de su participación, además de servir de apoyo y ser garantes de la continuidad del proceso. Y la tercera dimensión plantea el objetivo de consecución de recursos financieros para cubrir los costos desde la etapa uno hasta la etapa final del proceso.

1. Sociocultural: participación activa de la institución (brinda el espacio físico y de acompañamiento a la población) y las protagonistas en la identificación de intereses y necesidades que en conjunto propician la creación de los espacios de formación y generan apropiación y dirección conjunta del proceso.
2. Institucional: los actores externos que hacen parte del proceso tienen objetivos e interés común, similares a los de esta propuesta, lo que da apertura a espacios de diálogo y creación de una red interinstitucional en el sector, que contemplen la salvaguardia y protección de las participantes a partir de un ejercicio comunitario y solidario. Equipo voluntario interdisciplinar que nutre y orienta la propuesta de acompañamiento psicosocial.
3. Económico: se plantea una campaña de crowdfunding MCMH a partir de las alianzas con organizaciones del sector, que integre el acompañamiento a las participantes con un porcentaje de donación de dichas entidades al proyecto, creación de productos artísticos, publicidad a través de redes sociales, voz a voz, y el fortalecimiento de la red comunitaria. Alianzas con instituciones privadas que aporten porcentaje de recursos en donación para el desarrollo del proceso.



CONCLUSIONES

El proceso deja importantes lecciones aprendidas de diferente naturaleza. Respecto a lo que compete al análisis emocional de la vida psíquica de las participantes, se concluye que es importante mantener un trabajo constante en la autoestima, teniendo en cuenta las secuelas mentales de sus experiencias de violencia. El vínculo consigo mismas (autoconcepto, autoimagen, etc.) es la operación clave para restaurar el bienestar personal, y de ahí sus relaciones primarias, pues es el vínculo el que se daña, el que se repara, y a través del cual se dan los procesos de cura.

Sobre la relación terapéutica, la construcción de confianza entre las facilitadoras y las beneficiarias es un aspecto clave para obtener resultados exitosos. En el caso de esta experiencia, durante la realización de las actividades con terapias creativas, se potencializó la creatividad y la construcción colectiva entre ambas (facilitadoras y participantes), lo cual dio lugar al fortalecimiento de una transferencia positiva.

Respecto a los logros significativos más destacados, se identificó: el uso de herramientas de afrontamiento de acontecimientos del diario vivir que afectan el funcionamiento cotidiano y la adaptación al contexto de las participantes. El fortalecimiento de sus relaciones, quienes, a lo largo del proceso, se mostraron más integradas grupalmente, esto en general mejoró el ambiente en el que convivían a diario.

Frente al enfoque metodológico, el trabajo con el cuerpo desde la creatividad, genera la ampliación de la conciencia; convocando el pensamiento intuitivo y la sensibilidad perceptiva, de allí su poder transformador y terapéutico intrínseco. Las terapias grupales que utilizan herramientas artísticas, contribuyen de manera adecuada en la efectiva reparación, atención y acompañamiento a participantes con experiencias de violencia.

Respecto a procesos de convivencia de las participantes; después de esta experiencia se incrementó la participación de las beneficiarias en otras actividades psicológicas realizadas desde la institución; reduciendo los niveles de “aburrimiento” (en palabras de las participantes).

Teóricamente, durante la implementación de la metodología en el proceso de acompañamiento psicosocial, se reconceptualiza lo que se entiende por acompañamiento psicosocial, desligando de la idea de intervención y adoptando, en cambio, una perspectiva centrada en el protagonismo y rol transformador de las participantes, quienes tienen mayor potencial para hacer modificaciones directas en sus propias realidades a partir de los recursos propios y colectivos con los que cuentan tanto durante, como después del proceso.

A nivel personal, el trabajo con esta población y a través de este tipo de técnicas, la experiencia deja un gran crecimiento a nivel humano, también motivación para seguir aprendiendo de estas historias, así como curiosidad para seguir aportando al desarrollo científico de esta disciplina.

REFERENCIAS

Blanco (2009). Enfoques teóricos sobre la expresión corporal como medio de formación y comunicación. Corporación Universitaria Iberoamericana Horizontes Pedagógicos. Volumen 11. N°1.2009/ págs.15-28. Recuperado a partir de <https://horizontespedagogicos.iberu.edu.co/article/view/332>

Carabelli, E. (2013). Entrenamiento en Gestalt. Del nuevo extremo: Buenos Aires.

Córdoba Arévalo, Martha Isabel y Vallejo Samudio, Álvaro Roberto (2013). Violencia sexual y empatía: la danza en contextos terapéuticos. Pensamiento Psicológico, 11 (2), 177-190. ISSN: 1657-8961. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80131178011>

Vallejo Samudio, A.R. & Córdoba Arévalo, M.I. (2011). Abuso sexual: síntomas y consecuencias. Apuntes de Psicología, 29, 161-175.

Vallejo Samudio, Álvaro Roberto, & Córdoba Arévalo, Martha Isabel. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. Revista de Psicología (Lima). ISSN 0254-9247. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0254-92472012000100002&script=sci_arttext



RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Me Voy de Rumba, pero no me Derrumbo

Proyecto de Mitigación de Daños por Consumo de Alcohol



Andrey Velásquez Fernández⁸

Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, ESE Centro y Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle (GEPU)

PRESENTACIÓN

La propuesta “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” es una estrategia enmarcada en la prevención de riesgos y la disminución de daños por el consumo de alcohol en personas mayores de edad de la ciudad de Santiago de Cali. Se basa en el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2014) y en la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019), ambas publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo también la Política Integral de Enfrentar el Problema de Drogas – Ruta Futuro del Ministerio de Justicia y del Derecho (2018) y el Documento Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2020).

De acuerdo con el Reporte de drogas de Colombia (2016), el consumo de bebidas alcohólicas se mantiene estable a través del tiempo, con prevalencias altas. Cerca de la mitad de la población utiliza con alguna frecuencia esta sustancia y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados a su abuso. El alcohol es quizás la droga con mayor número de mecanismos de acción sobre el sistema nervioso central, y la que más diversos y graves trastornos mentales produce, cuando no los agrava en aquellos que abusan y dependen de él de forma secundaria a una enfermedad mental previa. Entre algunas de las enferme-

dades mentales asociados al alcohol están: delirium tremens, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno afectivo y trastorno por ansiedad (Jaime, Muñoz-Ortega, Bernal, Montaña-Estupiñan, Rueda-Pisco, Salazar-Gómez, 2016).

Gracias a diversos estudios nacionales (Cortés-Ramírez & López-Tolsa, 2014; De Bedout, 2010; Formiga, 2016), hoy se puede conocer que en el territorio nacional al menos 3 de cada 20 colombianos han vivido alguna alteración en su salud mental recientemente además los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, ocupan el tercer lugar en frecuencia (10.6%) después de los trastornos de ansiedad (19.3%) y del estado de ánimo (15%), mientras 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol, 1 de cada 200 depende de él y 1 de cada 100 abusa de otras sustancias. Los estudios nos permiten comprender también que el alcohol constituye la sustancia más consumida en el país, las cifras señalan que entre el 70% y el 90% de la población la ha probado, en las universidades el consumo actual es cercano al 90%.

Se hace vital entonces implementar estrategias que promuevan la mitigación de daños y la disminución de riesgos, en las poblaciones que consumen licor y desean seguir haciéndolo como parte de su estilo de vida.



POBLACIÓN

La población objetivo de la estrategia “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” fueron personas de la ciudad de Santiago de Cali que cumplieron con alguna de las siguientes características:

- Los mayores de 18 años, que consumen alcohol y van a seguir consumiendo. Especialmente aquellos que consumen más de dos veces por semana, cumplen con sus funciones dentro de la sociedad, pero viven situaciones de riesgo asociadas a su consumo de alcohol.
- A más del 65% de la población que ha manifestado haber consumido alcohol el último año, incluye un 45% de los jóvenes universitarios que han manifestado haber bebido el último mes.
- Quienes consumen alcohol como parte de su estilo de vida, quienes ya han vivido situaciones de riesgo por el consumo abusivo.
- Quienes siempre se pierden o sufren situaciones como ausencias, aun estando despiertos a causa del consumo abusivo de alcohol y son los que comúnmente se pierden la rumba aunque estuvieron allí.

SITUACIÓN ESPACIO TEMPORAL

En el año 2006-2007 inició el proceso de pilotaje de la propuesta “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” en la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), dividido en tres fases: fase de observación participativa, fase de operativos pedagógicos y fase de vigilancia y control. En el año 2008 empezó el proceso de alianzas estratégicas con instituciones de carácter público y privado que se preocupaban por el tema del consumo de alcohol sin control.

Para el año 2009 se sumaron nuevos aliados para la estrategia de “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” y se empezó un proceso de corresponsabilidad con los administradores y gerentes de los establecimientos nocturnos de la ciudad de Cali en donde la campaña tiene incidencia. Se logró obtener permanencia de la campaña y jingles promocionales en los establecimientos nocturnos en medio de la rumba. También se creó conciencia en los DJ de las emisoras musicales para que promovieran y difundieran la estrategia a su público cautivo.

Entre los años 2010-2011 inició la estrategia con jóvenes multiplicadores en ambientes universitarios, donde el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle – GEPU – se formó en la estrategia y se convirtió en multiplicadores de esta.

En el año 2012 tuvo lugar la experiencia demostrativa “Pactos Comunitarios”, un sub-proyecto piloto para la movilización y autorregulación comunitaria para la prevención-mitigación de problemas por el consumo de alcohol, conformando un grupo gestor y comunidades operativas con apoyo del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle – GEPU -, desde donde se desarrolló la propuesta piloto en medio comunitario, dando inicio a un proceso de sistematización y evaluación del proyecto en general.

También en el 2012 se desarrollaron las Zonas de Rumba Seguras y dispensación responsable de licor, las cuales buscaba sensibilizar a los empresarios y usuarios de la noche sobre la importancia de articular la institucionalidad pública y privada, así como a la comunidad para prestar un servicio integral, demostrando que es posible el consumo de alcohol de manera responsable y que el ocio nocturno puede ser un lugar seguro y agradable para sus visitantes, que puede ser autorregulado con responsa-

bilidad y compromiso social. Gracias a esto se obtuvo una formación de nuevos pares y multiplicadores de la propuesta, pertenecientes al grupo GEPU, se logró realizar intervenciones activas en calle en las tres zonas piloto del proyecto (sector Granada, Sector Avenida 6ª y Autopista con 66) en la ciudad de Cali. Se establecieron mesas intersectoriales (red de bares, redes institucionales del abordaje del licor, entre otras.)

En el año 2013 la estrategia “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” empezó a hacer incidencia social en eventos masivos y de gran amplitud como The World Games, el Festival Petronio Álvarez y la Feria de Cali, implementando estrategias comunicativas para el cambio de comportamiento orientadas a aumentar la percepción de riesgo del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, las acciones se adelantaron al menos con un mes de anticipación al evento y durante el mismo. El objetivo era fomentar la cultura ciudadana como herramienta para la

promoción de la convivencia y la prevención de las diferentes formas de violencia, a demás de trabajar por el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención de problemas y trastornos en salud mental asociados al consumo de alcohol.

En este año también se logró un proceso de articulación con la Secretaría de Gobierno de Cali, en el marco de la construcción del proyecto de “Convivencia y Rumba Sana”, desde donde se generaron estándares de acreditación para los establecimientos nocturnos, en los cuales la estrategia asume el componente de “Pactos por la Vida”, en el factor: compromiso con la ciudad, en el cual se fija el compromiso con el autocuidado orientado a los principios del consumo responsable de alcohol, establecidos en el decreto nacional 120 de 2010.

Para el año 2014 se enfatizó en la implementación del subproceso “Pactos Comunitarios” que fue validado en años anteriores y que tiene una estrategia de cultura ciudadana encaminada a crear una ca-

pacidad de autorregulación para reducir los daños asociados al consumo de alcohol, logrando ejecutar tareas de corto plazo, divulgación y apropiación de los principios del saber beber entre la población en ambientes familiares, barriales y comunitarios, la escuela, el espacio público y los ambientes laborales. La estrategia capacitó a los actores y ejecutores de programas y proyectos de promoción y prevención, en temas de salud pública, educación, cultura, movilidad, convivencia y seguridad, para que sean multiplicadores de las prácticas que se recomiendan para ser adoptadas entre consumidores de alcohol – habituales y ocasionales -, para la disminución del daño y la minimización del riesgo.

Entre los años 2015 y 2020, la estrategia logró consolidarse y ser reconocida a nivel nacional como una apuesta sólida en temas de abordajes integrales al consumo de licor en comunidades urbanas. Avanzado en temas de difusión en medios alternativos, creación de la aplicación “Calirumbómetro” y otras innovaciones en el área de la intervención psicosocial al consumo de alcohol.



ANTECEDENTES

Desde esta propuesta, nuestro mayor antecedente es el modelo comunitario de salud mental de Santiago de Cali, articulado a lo que concibe la ley 1616 de 2013 de Salud Mental en Colombia, en donde la comunidad participa activamente en la consecución de los objetivos relacionados con el desarrollo de esta estrategia de promoción de vida y mitigación de daños por consumo de alcohol en sus entornos próximos. La ejecución de la propuesta se enmarca en la estrategia nacional Pactos por la vida: Saber Beber, Saber Vivir, apropiándola en la ciudad de Cali con el nombre específico de “Me voy de rumba, pero no me derrumbo”, la cual se realiza a través de intervenciones de psicoeducación y orientación para la motivación al cambio, intervención breve y gestión intersectorial en escenarios de esparcimiento, entornos de diversión y sociales-comunitarios.

La estrategia tiene soporte jurídico en el decreto 120 del 21 de enero de 2010, el cual define que el consumo moderado o responsable de alcohol es el “consumo habitual de alcohol sin pasar de determinadas cantidades de del mismo (cantidades variables, por unidad de tiempo)”. Adicionalmente, el consumo responsable se basa en el principio del saber beber-saber vivir, que tiene en cuenta la “calidad, cantidad, consistencia, comida, compañía y acompañamiento” (Decreto 120, 2010).

El consumo moderado de alcohol, de acuerdo con el decreto 120, debe entenderse bajo la lógica de la posibilidad de autorregulación de las personas, la asunción del principio individual del saber beber como un estilo de vida saludable, cuya decisión es posibilitada por un desarrollo personal, un ambiente social y un marco normativo adecuados. Para decirlo en otros términos, el principio del saber beber constituye el resultado de un análisis personal que está determinado por el ambiente o contexto social y cultural.

Porque la construcción del conocimiento no es individual, sino que es una construcción de orden colectiva, el sujeto, su conciencia, sus emociones y el significado que se le atribuyen a los diferentes símbolos y signos son elaborados por la sociedad en la que ellos se desarrollan, ésta última entendida como un tiempo y espacio específico con características particulares que construyen al sujeto, sus pensa-

mientos y sus interacciones (Velásquez-Fernández, Vargas, Vallejo & Quintero, 2010).

En este orden de ideas, no hay una única manifestación del saber beber, ya que la determinación individual puede llevar a la persona por diferentes niveles de decisión con respecto al consumo de alcohol. Los 8 principios del saber beber - saber vivir que se trabajan son:

▷ **Calidad:** adecuada elección de las bebidas alcohólicas procurando la pureza de los procesos de producción de alcohol, ya se trate de bebidas fermentadas o destiladas.

▷ **Cantidad:** volumen de alcohol por tiempo de consumo, procurando consumir máximo un trago por hora.

▷ **Consistencia:** permanencia en el mismo tipo de bebida durante la ingesta y el cuidado de sus mezclas ente destilados y fermentados.

▷ **Comida:** acompañamiento de comida antes y durante la ingesta de alcohol, lo cual disminuye la velocidad con la que se absorbe el alcohol en el organismo y minimiza los riesgos por pérdida rápida del autocontrol.

▷ **Compañía:** selección de personas de confianza con las cuales se comparte durante el consumo de alcohol. Incluye el concepto de acompañamiento: presencia de autoridades y organizaciones sociales y comunitarias que, junto con los dueños, administradores y empleados de establecimientos de consumo de alcohol, realizan labores de disminución del daño y minimización del riesgo en zonas de consumo abusivo hacia los fines de semana, en un antes (al inicio de la jornada), durante (durante el proceso de consumo) y después (finalizando la hora obligatoria de cierre que aplique en el territorio de que se trate), al interior y en el entorno de los ámbitos de consumo para el desarrollo de actividades de prevención en tiempo real.

▷ **Conflicto:** identificación de las circunstancias por las que atraviesa el individuo y/o el grupo humano que bebe, y el riesgo asociado a generación de conflictos y riñas.

▷ **Comportamiento sexual:** planeación y no improvisación con respecto al comportamiento sexual al momento de tomar licor, incluyendo el uso del condón.

▷ **Conducción:** no conducir bajo los efectos del alcohol, ni subirse a vehículos conducidos por personas en estado de embriaguez.



PROPÓSITOS

El objetivo principal de esta experiencia fue desarrollar una estrategia psicosocial para la reducción de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y sus problemas conexos. Planificando el desarrollo de la estrategia “Me voy de rumba, pero no me derrumbo”.

Como objetivos específicos, se concibieron:

▷ Realizar acciones de abogacía que permitan la identificación y articulación de actores institucionales y comunitarios del municipio que incidan en el abordaje de las personas en situación de consumo de alcohol.

▷ Propiciar mesa de trabajo para la planeación y articulación de acciones conjuntas.

▷ Entrenar a personas de establecimientos nocturnos y red de bares en la promoción de una cultura de consumo responsable de alcohol.

▷ Apoyar el proceso de certificación de competencias en el abordaje del consumo de

sustancias psicoactivas llevado a cabo por el grupo de salud mental y convivencia social.

▷ Apoyar a la realización de un proceso de certificación de competencias en el manejo de urgencias por intoxicaciones de sustancias psicoactivas.

▷ Difundir la estrategia “Me Voy de rumba, pero no me derrumbo” en eventos masivos.

▷ Realizar operativos pedagógicos del grupo multiplicador con entrega de material comunicativo y educativo para promover el consumo responsable de alcohol en las zonas priorizadas de acuerdo con el año.

▷ Realizar la distinción de establecimientos nocturnos promotores del consumo responsable de alcohol.

▷ Desarrollar espacios de acogida y protección en cada una de las zonas priorizadas para la orientación, atención y acompañamiento de personas con consumo de alcohol.

RECURSOS

A nivel general, y en más de una década de desarrollo de la estrategia “Me voy de rumba, pero no me derrumbo”, el recurso humano está aproximado a la cifra de más de 200 profesionales capacitados que han ayudado a desarrollar el programa, más de 2000 multiplicadores y pares formados, capacitados que han ayudado a desarrollar la estrategia y más de 100 organizaciones ejecutoras, aliadas y auspiciadoras de la estrategia.

En recursos materiales se han creado más de 100 diseños y materiales pedagógicos y repartido más de dos millones de piezas psicopedagógicas a lo largo de las intervenciones. En términos financieros, los recursos asignados de índole público y privado ascienden a más de 11.000 millones de pesos.



METODOLOGÍA

Las metodologías que se han utilizado en esta estrategia son variadas y dependen de cada una de las fases de desarrollo de la propuesta. En la intervención individual, por ejemplo, la metodología se basa en la psicoeducación y orientación para motivación al cambio e intervención breve, pero a nivel comunitario la metodología de la gestión intersectorial es la más utilizada en escenarios de esparcimiento, entornos de diversión y de ocio social-comunitario.

Para lograr esto, se realizan jornadas de capacitaciones a actores sociales y comunitarios claves (JAC-JAL, meseros, clientes, dueños de bares, baristas, voluntarios, entre otros) quienes se forman en la pedagogía del saber beber - saber vivir, a demás se realizan intervenciones psicopedagógicas in situ en establecimientos nocturnos y previos-post rumba. Estos operativos psicopedagógicos en terreno se constituyen en una referencia a la búsqueda de acuerdos entre diversas instancias sociales, que tienen un papel

sustancial en la cadena de eventos conducentes a la producción, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, con la finalidad de que ese consumo se dé en condiciones que no atenten contra la vida de los consumidores ni de los consumidores que están a su alrededor, enfatizando en la necesidad de prevenir y de mitigar la multitud de consecuencias negativas que configuran un problema de salud pública.

En general, el paso a paso metodológico se podría resumir de la siguiente forma (con variaciones año a año dependiendo de asuntos presupuestales y organizacionales):

- Elaboración del plan de trabajo anual vigente teniendo como referencia la evaluación de la estrategia en el año inmediatamente anterior.
- Identificación y articulación con actores y comunitarios que incidan en el abordaje de las personas en situación de consumo de alcohol y que se puedan articular a la estrategia.
- Conformación de mesas de trabajo de planeación y articulación de acciones frente a la estrategia de consumo responsable de alcohol.
- Capacitación y entrenamiento a profesionales, pares, multiplicadores y personal de establecimientos nocturnos (licorerías, discotecas, apartahoteles) en la promoción de una cultura de consumo responsable de alcohol y de la pedagogía del saber beber - saber vivir.
- Diseño, creación y reproducción material publicitario y piezas psicopedagógicas.
- Participación con la estrategia psicopedagógica a través de stands, material publicitario-comunicativo y abordajes individuales en eventos masivos (ferias, festivales, conciertos, etc.)
- Operativos pedagógicos (pre y durante la rumba) del grupo multiplicador y de pares con entrega de material comunicativo y educativo para promover el consumo responsable de alcohol en las zonas priorizadas de la ciudad, con abordaje par-persona/grupo (bares, hoteles, estancos, sitios donde se consuma licor en general, entre otros).

h. Evaluación y distinción de establecimientos nocturnos y organizaciones promotoras del consumo responsable de alcohol.

i. Instalación de espacios de acogida y protección (post-rumba) en cada una de las zonas priorizadas, para la orientación, atención y acompañamiento de personas con consumo y abuso de alcohol (primeros auxilios en salud, servicio de hidratación y recuperación, conductor elegido, llamadas a familiares o amigos, entre otros).

j. Evaluación, sistematización y análisis de resultados, impacto de la aplicación de la estrategia y creación de recomendaciones de ajustes para el próximo año.



RESULTADOS

Entre los resultados más destacados obtenidos a lo largo de la aplicación de la estrategia “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” se destacan:

- ▷ Consolidación un trabajo intersectorial, en la comunicación masiva y alternativa y en la movilización social sobre el consumo responsable de licor.
- ▷ Contribución a una cultura de autorregulación en la ingesta de alcohol por parte de los ciudadanos caleños.
- ▷ Alcance la validación de intervenciones no punitivas para enfrentar la problemática de abuso de alcohol.
- ▷ Realización de concursos de trabajos audiovisuales cortos, video, animación y experimentales.
- ▷ Reconocimiento de la estrategia “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” por diferentes sectores públicos y privados y sectores poblacionales diversos.
- ▷ Afianzamiento de un trabajo coordinado para la disminución de los índices de accidentalidad a causa de la ingesta de alcohol en la ciudad en grandes capas poblacionales.
- ▷ Contribución a una cultura de autorregulación en la ingesta de alcohol por parte de los ciudadanos caleños.
- ▷ Alcance la validación de intervenciones no punitivas para enfrentar la problemática de abuso de alcohol.
- ▷ Realización de concursos de trabajos audiovisuales cortos, video, animación y experimentales.
- ▷ Reconocimiento de la estrategia “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” por diferentes sectores públicos y privados y sectores poblacionales diversos.
- ▷ Afianzamiento de un trabajo coordinado para la disminución de los índices de accidentalidad a causa de la ingesta de alcohol en la ciudad en grandes capas poblacionales.

SOSTENIBILIDAD

El proyecto “Me voy de rumba, pero no me derrumbo” al anclarse en una reglamentación de carácter nacional, debe seguirse desarrollando por las autoridades locales con destinación de recursos económicos específicos para su ejecución anualmente. Ya existe capacidad instalada y formada tanto en las organizaciones sociales, comunitarias y universitarias que han servido, como multiplicadores de la estrategia, al igual que en dueños, gerentes, administradores y personal de establecimientos nocturnos, y a ha sido replicado en otras regiones del país debido a la interacción en espacios de orden nacional y la viabilidad del uso libre del material psicopedagógico.

CONCLUSIONES

Se hace vital sostener las estrategias dirigidas a la mitigación de daños y disminución de riesgos por consumo de alcohol, sustentándose en la normatividad y lineamientos vigentes a nivel institucional. Se debe expandir también la articulación con la empresa privada para la promoción de estrategias de consumo responsable de alcohol en el medio laboral, conformando redes de establecimientos nocturnos de los diferentes sectores de la ciudad, generando diferentes alternativas para el cuidado de los clientes, propiciando el consumo responsable de alcohol y ofreciendo actualizaciones en normas vigentes y apoyo para la articulación con las otras dependencias de la administración municipal y organizaciones sociales y comunitarias.



REFERENCIAS

- Consejo Nacional de Política Económica y Social (2020). Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Documento CONPES 3992. Bogotá D.C: Colombia.
- Cortés-Ramírez, R. M., & López-Tolsa, G. E. (2014). Comparación en el consumo de alcohol y daños asociados en hombres y mujeres adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 44-54.
- De Bedout, A. (2010). Asociación entre consumo de sustancias y relaciones sexuales en adolescentes estudiantes en Vegachí, Antioquia, Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 31 - 38.
- Formiga, N. S. (2016). Consumo excesivo de álcool de pessoas em situação de vulnerabilidade social no Brasil. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 146-156.
- Ministerio de Justicia y del Derecho (2018). Ruta futuro: Política integral para enfrentar el problema de las drogas. Bogotá D.C: Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021. Bogotá D.C: Colombia
- Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá D.C.: Colombia.
- Observatorio de Drogas de Colombia (2016). Reporte de Drogas en Colombia 2016. Bogotá: Legis Comunicaciones.
- Pardo-Jaime, L., Muñoz-Ortega, M. L., Bernal, C., Montaña-Estupiñan, D. C., Rueda-Pisco, J. C., & Salazar-Gómez, M. (2016). Motivos asociados al consumo de alcohol en estudiantes de la ciudad de Bogotá. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (2), 8-23.
- Velásquez-Fernández, A., Vargas, A., Vallejo, L., & Quintero, L. (2010). Algunas consideraciones sobre el estudio del cuerpo desde la psicología social. *Revista Electrónica de Psicología Social FUNLAM*, 20, 1-8.

Teleorientación Gratuita Acompañamiento y Orientación Psicológica Virtual como Contingencia Producto de la Pandemia COVID-19



**Jael Murillo
Marín⁹**



**Diana Liceth
Castro Sotelo¹⁰**



**Luz Marlen
Peña Sánchez¹¹**

*Universidad de San Buenaventura Cali- Facultad de Ciencias
Humanas y Sociales*

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la vida ha sido uno de los principales objetivos de los individuos y de las naciones, por lo que la ciencia se ha encargado a lo largo de los años de investigar diferentes modos de tratar enfermedades, que permitan extender la vida. Sin embargo, en la misma vida aparecen experiencias que amenazan su homeostasis, lo cual introduce a los individuos en estados de angustia de cara a la muerte. De este modo, la llegada de la pandemia dio lugar al confinamiento de los individuos y abrió nuevos malestares en las subjetividades como resultado de la angustia de un contagio que pone en riesgo la vida y los desencuentros en las relaciones afectivas.

De este modo, ante el contexto expuesto por el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien decretó el 11 de marzo de 2020, que el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 constituía una pandemia y expresó “es una crisis que afectará a todos los sectores... los países deben adoptar un enfoque basado en la participación de todo el gobierno y de toda la sociedad, en torno a una estrategia integral dirigida a prevenir las infecciones,

salvar vidas y reducir al mínimo sus efectos”, el proyecto de Teleorientación nace como respuesta a la emergencia presentada por el COVID-19, dando lugar a la necesidad de ofrecer espacios de escucha, orientación y atención psicológica, entendiendo la importancia de la Psicología frente a los desafíos personales, familiares y sociales producto de nuevas realidades, en donde los seres humanos nos vemos enfrentados a situaciones que sobrepasan, en algunos casos, los recursos para afrontarlas.

En este sentido, la Teleorientación nace como una iniciativa innovadora de ofrecer un espacio de escucha, orientación y asesoría psicológica a población en general, que presenta un impacto emocional a raíz de las condiciones de aislamiento asociadas a la pandemia del COVID-19, de igual modo busca prestar orientación y dar paso a procesos psicológicos a quien lo estuviera requiriendo desde su lugar de permanencia, eliminando barreras de tiempo, lugar y distancia, facilitando encuentros sincrónicos en atención a situaciones emocionales desbordantes, evitando posibles trastornos postraumáticos. Es así como la Uni-

versidad de San Buenaventura Cali a través de la Unidad de Servicios Psicológicos, genera una estrategia de respuesta rápida para dar prioridad a la atención de la salud mental como principal objetivo a la población de egresados, familiares y comunidad particular.

Teniendo en cuenta que nos enfrentábamos a una situación desconocida, la que muy seguramente traerá consigo alteraciones en las diferentes esferas del ser humano, así como en sus dinámicas de relacionamiento en pareja, familia, entornos académicos y laborales, se articularon las capacidades humanas, tecnológicas y de infraestructura con las que contaba la Universidad, para dar paso a un servicio integral, pensado para el fortalecimiento del bienestar emocional en la comunidad tanto bonaventuriana como en general, con el objetivo de brindar contención a los efectos resultantes de un momento histórico sin precedentes en generaciones cercanas.

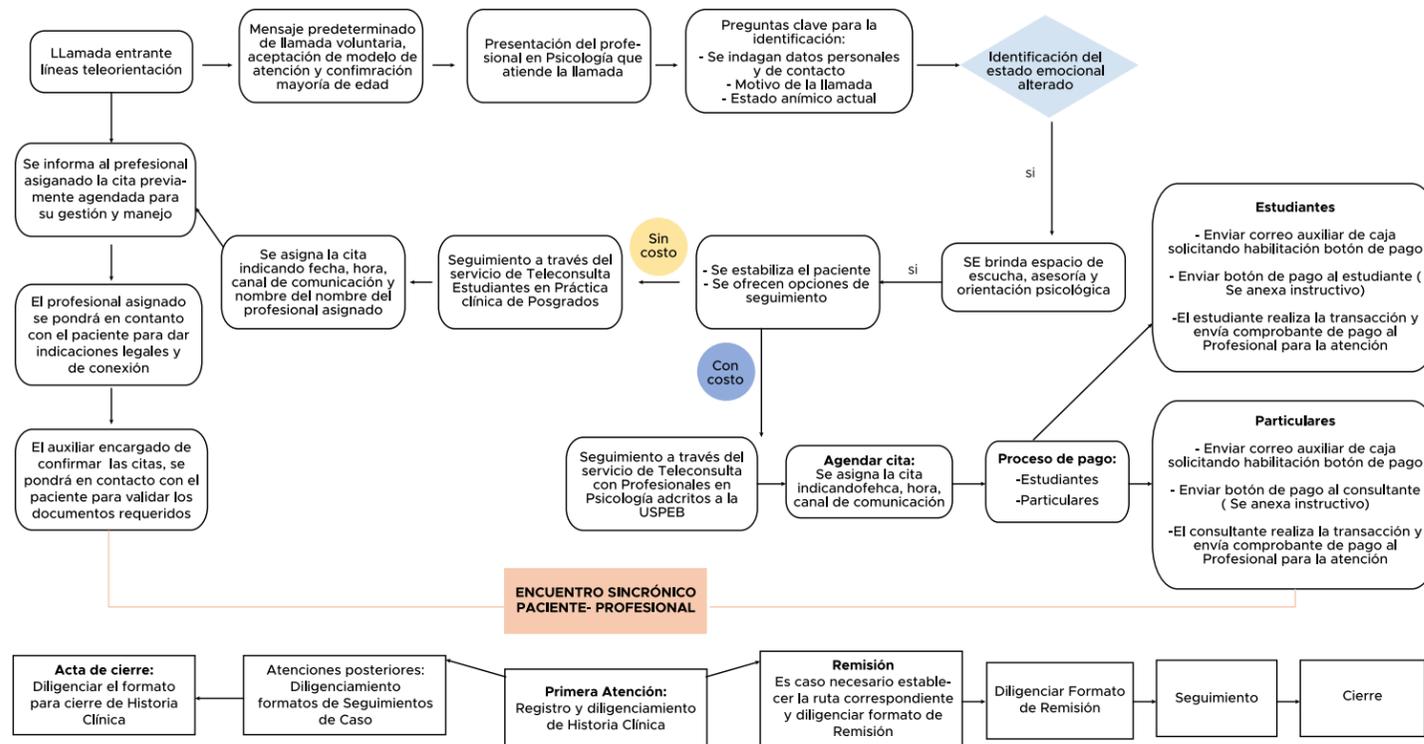


CONTEXTO E IMPLEMENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El proyecto de Teleorientación permitió el acercamiento a las personas que requirieran atención, apoyados en los beneficios de las Tecnologías de Información y Comunicación TIC's para lograr encuentros sincrónicos en tiempo real. Esto fue posible gracias a la articulación con el área de tecnología de la Universidad de San Buenaventura Cali, logrando generar la conectividad que los profesionales requerían, manteniendo la privacidad de sus números telefónicos celulares y posibilitando la comunicación de las personas que no contaran con acceso a telefonía móvil, teniendo como base la comunicación a un número de teléfono fijo. Se dispusieron 9 líneas telefónicas fijas, a través de las cuales las personas interesadas en recibir orientación psicológica se comunicaban con los profesionales en los horarios establecidos de lunes a sábado. Teniendo en cuenta la política de tratamiento de datos personales, se estableció un protocolo que incluyó los siguientes aspectos:

- ▷ Activación de un mensaje de bienvenida, el cual indicaba que la comunicación era voluntaria, la manifestación de la mayoría de edad por parte de la persona que se comunicaba y la aceptación de la atención a través del servicio de Teleorientación Gratuita.
- ▷ Presentación del profesional encargado de atender la llamada inicial indicando nombre completo y titulación universitaria.
- ▷ Elaboración de preguntas clave para la identificación de: Datos personales y de contacto, motivo de la llamada y situación emocional actual y validación del estado anímico del llamante (Ver Flujograma de la atención)

PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES USPEB



Una vez validada la información recibida por parte del consultante, el profesional en psicología realizaba la orientación requerida, dando lugar a las atenciones psicológicas en modalidad Terapia Breve Psicoanalítica, a través de encuentros sincrónicos por medio de la plataforma Microsoft Teams licenciada por la Universidad, aspecto que brindaba seguridad durante el proceso de atención, según los protocolos establecidos en la Resolución 2654 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

De esta manera, el principio rector del proyecto de Teleorientación buscaba minimizar los efectos negativos del periodo de cuarentena y aislamiento social, al proveer una intervención que brindara los recursos psicológicos necesarios para evitar a largo plazo la aparición de trastornos postraumáticos como resultado de situaciones desbordantes no atendidas; esto a través de espacios en donde las personas pudiesen expresar por medio de la palabra, bajo el método de asociación libre, las diferentes emociones o situaciones que estuvieran atravesando en ese momento, generándoles malestar emocional y físico. Es de este modo que dar privilegio a la palabra dignifica la singularidad del

consultante, ante esto Freud (1890) refiere "...un recurso de esta índole es sobre todo la palabra, y las palabras son el instrumento esencial del tratamiento anímico" (pág. 115).

Para permitir la expresión del estado anímico de las personas fuera por medio de las palabras fue importante enmarcarlo el proceso en un dispositivo de escucha que permitió alojar las narrativas y relatos alrededor de los síntomas o de aquello que causa sufrimiento en las realidades particulares. En este sentido, el proyecto de teleorientación se realizó bajo el modelo de atención de terapia breve, en un periodo comprendido entre el 27 de abril y el 30 de noviembre de 2020. De acuerdo con el esquema que se planteó para ese momento, un psicólogo clínico era el encargado de recibir en un primer momento la llamada del consultante, quien a su vez realizaba contención y escucha activa de su malestar (traje psicológico). Dentro del proceso de la atención de la llamada, el profesional indagaba los siguientes datos:

- ▷ Nombre completo del consultante
- ▷ Documento de identidad

- ▷ Sexo
- ▷ EPS/IPS (lugar de atención)
- ▷ Tipo de afiliación social (Contributivo, subsidiado, vinculado)
- ▷ Municipio de residencia
- ▷ Dirección residencia
- ▷ Número de contacto
- ▷ Correo electrónico
- ▷ Motivo de llamada
- ▷ Tipo de usuario (egresado, familiar, particular)
- ▷ Nombre de persona de contacto en caso de emergencia
- ▷ Impresión diagnóstica
- ▷ Causa externa
- ▷ Tipo de atención
- ▷ Observaciones
- ▷ Remisión
- ▷ Asignación a profesional para la atención de seguimiento a través de telepsicología.

Una vez identificado el estado anímico y su motivo de consulta, se le brindaba la posibilidad de dar continuidad a la atención psicológica con un profesional por medio de encuentros sincrónicos a través de la plataforma Microsoft Teams. El tiempo de atención osciló entre los 50 y 60 minutos.

Para el segundo momento de la atención, se consideraron algunos aspectos importantes como utilizar fondos de pantalla institucionales para dar mayor soporte al profesional y tranquilidad al consultante, pues con esta formalidad podía asegurar que la atención que recibía estaba a cargo de profesionales que formaban parte de una institución de educación superior de alta calidad. Ya en el encuentro con el consultante, el profesional iniciaba con una escucha activa y focal permitiéndole desplegar en su relato singular, su motivo de consulta. Con este material escuchado, se establecían los objetivos a trabajar durante las sesiones siguientes de acuerdo con la modalidad de terapia breve. En los procesos atendidos se realizaba registro en historia clínica, seguimiento de caso y acta de cierre en los casos cuyos objetivos fueran abordados; además el registro en documento de remisión a otras disciplinas en las situaciones que se consideró necesario. Semanalmente se llevó a cabo una reunión técnica y de estudio de casos

con todo el equipo clínico, con el fin de identificar requerimientos o dificultades como la conectividad, seguimiento de casos, confirmación de citas y flujo de llamadas, que se pudieran estar presentando en la atención psicológica.

Los recursos destinados para la puesta en marcha del proyecto contemplaron la participación de tres equipos de trabajo, distribuidos de la siguiente forma:

Equipo Administrativo: conformado por la Decanatura de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Dirección Programa de Psicología, Dirección de Posgrados, Coordinación Unidad de Servicios Psicológicos, la cual se encargó de la operación del proyecto, los profesionales adscritos a la Unidad Servicios Psicológicos y auxiliar de apoyo.

Equipo Clínico: conformado por los docentes encargados del acompañamiento a la práctica clínica de los profesionales a nivel de Maestría y Especialización. Para el caso de los estudiantes de noveno y décimo semestre de psicología estuvieron acompañados por dos docentes encargados de orientar las estrategias comunicativas, todo lo anterior, de acuerdo con los roles asignados en el proyecto. Adicionalmente, se contó con tres profesionales en psicología, quienes realizaban la atención de la llamada inicial, de acuerdo con los criterios y avales de formación exigidos para la prestación del servicio.

Equipo de soporte Técnico: contamos con la coordinación de tecnología, quien se encargaba de dar soporte y atender los requerimientos a nivel de conexión, uso de plataforma Microsoft Teams y transferencia de llamadas.

La conformación de estos equipos heterogéneos que intervinieron en el proyecto permitió integrar diversas perspectivas, posturas y roles en función de la atención psicológica, con el objetivo de dar cuerpo al proyecto, propiciar su inicio, su desarrollo y su finalización acompañado de un monitoreo semanal que facilitó la identificación de aspectos emergentes para su fortalecimiento, eficiencia y sostenimiento en tiempo y espacio; por lo anterior, fue posible asegurar la calidad en la prestación del servicio, dando como resultado una atención óptima a la población en general.



Esta experiencia obtenida en el proyecto de teleorientación dio lugar a la adquisición de saberes en relación con la atención psicológica a través de medios virtuales que se configuró o legitimó como Telepsicología, pues la contingencia por la pandemia comenzó a abrir interrogantes en el campo psicológico sobre su pertinencia y las posturas éticas en el ejercicio de la atención clínica diferentes al consultorio. Transitar por esa experiencia permitió allanar un camino en la atención psicológica en la Unidad de Servicios Psicológicos Bonaventurianos, a partir de los análisis de la necesidad del contexto, la escucha clínica, la revisión de los casos y la posición ética del clínico, para dar continuidad al proceso terapéutico por Telepsicología.

De los aprendizajes adquiridos durante esta experiencia, se reconocen tres categorías esenciales que se deben considerar en proyectos de esta naturaleza, los cuales son: aspectos legales, intervención clínica y asuntos logísticos y técnicos, los que deben estar articulados desde la organización del servicio, su desarrollo y finalización. A nivel legal se considera con un alto grado de valor que los consultantes conozcan y acepten la modalidad de la atención a través de un documento esencial como el consentimiento informado, socializar los principales riesgos en el manejo de la información y los requerimientos tecnológicos, este último punto como la posibilidad de recibir la atención bajo esta modalidad. A nivel de intervención es importante reconocer que es necesario contar con un entrenamiento previo en el uso de la plataforma tecnológica y los medios de comunicación a utilizar por parte del profesional con el consultante, y la custodia de la información; así mismo, entrenarse en atención en crisis e intervención clínica a través de las tecnologías de la información y la comunicación, rutas y protocolos ajustados a la atención que permitan identificar los casos susceptibles de ser atendidos bajo esta modalidad y en qué casos es necesario remitir a otro nivel de atención de acuerdo con las caracte-

rísticas clínicas. Todos estos aspectos garantizan que la atención esté basada en criterios de alta calidad y cuidado para el profesional y la persona que consulta.

De acuerdo con lo anterior, se presentan los principales resultados obtenidos durante la implementación del proyecto: Teleorientación dio apertura a la atención psicológica de mujeres y hombres¹² de diferentes edades comprendidas entre los 20 y los 85 años (jóvenes, adultos jóvenes, adultos y tercera edad), quienes se encontraban ubicados en diferentes ciudades, municipios y lugares de la zona urbana del Departamento del Valle del Cauca [Cali (57), Buga (2), Tuluá (1) y Felidia (1)] y el Departamento del Cauca [Santander de Quilichao (1) y Puerto Tejada (1)], siendo estas regiones cercanas en su ubicación. La población atendida en su diversidad contaba con régimen de seguridad social contributiva y subsidiado, siendo prevalente el segundo.

De igual forma, algunos hacían parte de la comunidad Bonaventuriana en calidad de egresados (13), estudiantes (8) y familiares de la comunidad (11), los demás beneficiarios, hacían parte de la categoría particulares (32), indicando esta última cifra, una respuesta importante en consonancia con el objetivo del proyecto, teniendo en cuenta que otros programas de la Universidad estuvieron orientados a atender a la comunidad Bonaventuriana como es el caso del Programa de Acompañamiento y Orientación a Estudiantes (PAOE), acompañamiento espiritual a través de la Vicerrectoría para la Evangelización de las Culturas y el Departamento de Talento humano, por medio del servicio brindado por la ARL. Igualmente, se destacan los principales motivos de consulta identificando problemáticas a nivel de pareja (14) y familia (14), seguido de la orientación clínica frente al evento de la contingencia generado por el COVID-19 (10), como las mayores necesidades de la población atendida.

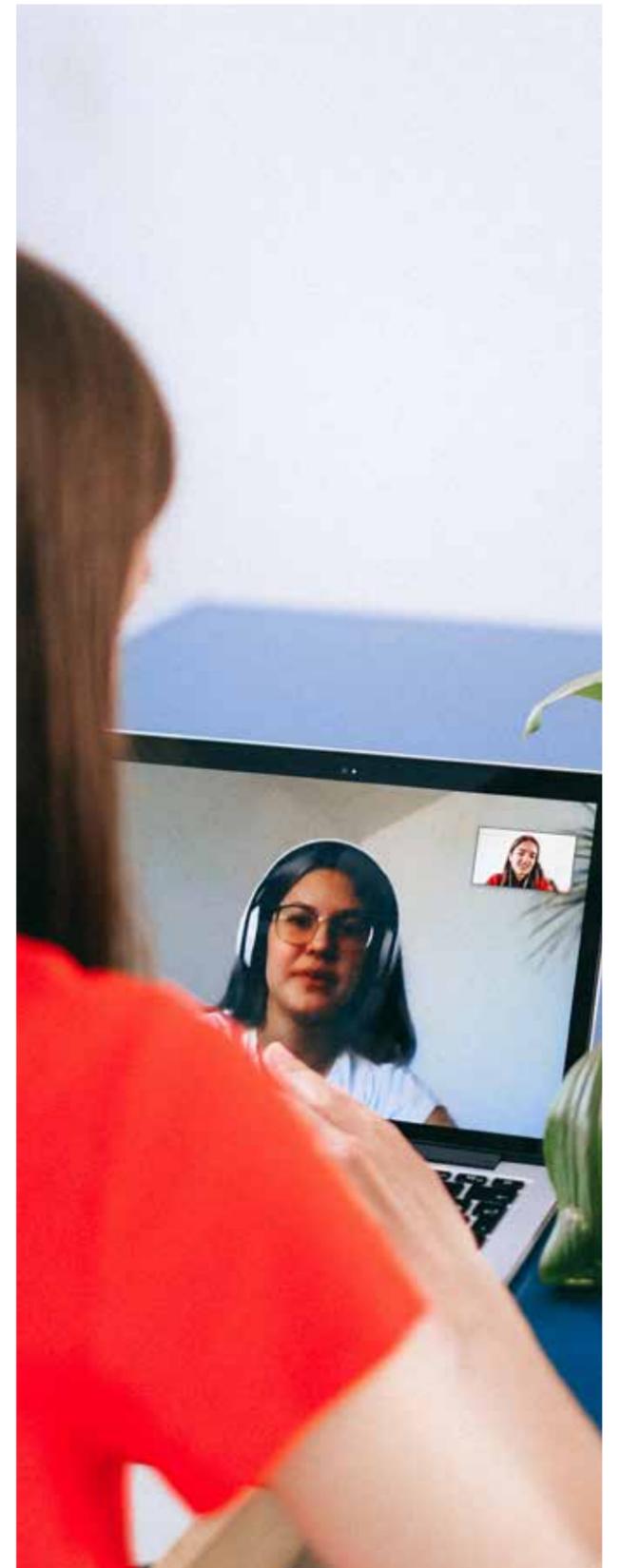
CONCLUSIONES

En el marco de la experiencia del proyecto de Teleorientación se logró dar atención psicológica en forma remota, teniendo presente las dificultades que en un primer momento se presentaron en el campo de la salud mental en Colombia, debido a los cambios abruptos en el ejercicio de la clínica psicológica ocasionados por la contingencia COVID-19. Esto hizo emerger diferentes necesidades y demandas a nivel social e institucional planteando exigencias éticas al psicólogo. Lo cual resultó un reto significativo, por un lado, para dar alcance a la demanda de la población y, por otro lado, a la construcción de interrogantes de diferentes modos posibles en la atención por telepsicología, pues a pesar de la estructuración de lineamientos para la atención por dispositivos tele, el psicólogo en soledad con su consultante fue hallando estrategias para dar una atención enmarcada en la escucha que alojara el sufrimiento singular del consultante.

Gracias al ejercicio de la escucha clínica por medio del proyecto de Teleorientación, como resultado de la respuesta inmediata institucional a la contingencia, fue posible encontrar diferentes malesares emocionales y psíquicos que permitieron dar paso a la categorización de sus motivos de llamada para el diligenciamiento de las rejillas de registro de atención, tales como:

- ▷ Primeros Auxilios Psicológicos.
- ▷ Problemáticas a nivel de pareja.
- ▷ Problemáticas a nivel familiar.
- ▷ Dificultad de adaptación al nuevo esquema laboral.
- ▷ Dificultad de adaptación al nuevo modelo académico.
- ▷ Aparente caso de violencia o abuso sexual en menores.
- ▷ Presunto consumo de sustancias psicoactivas.
- ▷ Orientación espiritual – Evangelización de las Culturas.
- ▷ Orientación clínica frente al evento de contingencia por pandemia del COVID-19.
- ▷ Otros.

De los anteriores motivos de llamada, fue posible identificar y analizar que la prevalencia en la po-



blación atendida se concentró en problemáticas a nivel de pareja y familia, seguido de la necesidad de orientación clínica frente al evento de contingencia por la epidemia COVID-19. Una vez identificada la necesidad inicial del consultante, se procedió a establecer un encuadre terapéutico con quienes decidían continuar con el proceso, sin embargo, la experiencia mostró la necesidad de precisar al consultante el alcance sobre el número de atenciones que fuesen posibles considerando los tiempos académicos y recesos de las instituciones Universitarias.

Esto junto con el seguimiento semanal del avance de los procesos y lo inédito que se fue presentando en la ejecución del proyecto de Teleorientación, permitió pulir elementos que favorecieran la atención psicológica a través de los dispositivos de teleorientación y telepsicología, de la mano con la sincronización del trabajo del equipo interdisciplinario, dando cuenta del engranaje en el desarrollo de la metodología utilizada y las etapas del proceso de atención.

Finalmente, es gratificante mostrar que el proyecto emprendido en el año 2020 dio lugar a su replicabilidad y a la continuidad de su funcionamiento en la Unidad de Servicios Psicológicos USB con los cambios implementados obtenidos, por un lado, de los aprendizajes obtenidos en el marco del proyecto de Teleorientación y, por otro lado, la mirada de una perspectiva institucional que le da un giro importante para la atención primaria en Salud Mental.

REFERENCIAS

Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma). Obras completas Vol. Amorrortu Editores. Argentina.

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Resolución 2654 de 2019: Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Colombia.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Recuperado de <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Estrategias de afrontamiento y habilidades sociales para personas privadas de la libertad dentro del proceso de resocialización en el complejo carcelario y penitenciario COJAM



Paola Andrea Arias Bravo¹³

Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO

PRESENTACIÓN



Esta documentación busca mostrar el trabajo realizado con personas privadas de la libertad (PPL) en el Complejo Carcelario y Penitenciario de Jamundí (COJAM). Entre los elementos psicosociales claves que hacen de esta una experiencia significativa y que dan sentido al ejercicio llevado a cabo, está reconocer que los procesos de resocialización no sólo implican contener, aislar y castigar a quienes han transgredido la norma, como lo menciona Bravo (2017 retomando a Foucault 2012), en el marco de un punitivo en el que prevalecen las relaciones de poder, control y sumisión, sino también brindar elementos de reeducación enfocados en la reinserción social. Por lo tanto, es importante comprender que dicha labor no es exclusividad de la institucionalidad, sino que al estar sosteniendo a los autores de muchas de las problemáticas sociales que nos envuelven, también es responsabilidad de todos propiciar acciones que aporten a dicho proceso, lo cual no se puede lograr si volteamos la mirada en un acto de indiferencia y exclusión, desligándonos de la responsabilidad que nos atañe.

Entonces, la psicología tiene un llamado que va más allá de lo disciplinar y que se encuentra relacionado con la humanización y la ética, en el sentido de realizar propuestas visibles que propicien aportes significativos para este grupo de personas en condiciones de vulnerabilidad, más allá de lo punitivo, y a través de espacios donde la devolución terapéutica, el desahogo emocional, la reconciliación y el cambio de pensamiento, sean los protagonistas. A partir de la comprensión de la necesidad que estas personas tienen de nuevas oportunidades el resultado de este proceso es la posibilidad de transformaciones profundas que incluyen cambios de sus estilos de vida, no reincidencia al delito, construcción de proyectos de vida alternativos a la criminalidad y la violencia en todas sus formas. Por lo tanto se recupera no sólo la experiencia, sino las voces de quienes tuvieron la posibilidad de vivenciar este proceso que evidencia la incidencia que pueden generar este tipo de iniciativas.

¹³ paolaandrea.ab@gmail.com y pariasbravo@uniminuto.edu.co

LOS PROTAGONISTAS

Si bien esta experiencia ha tenido acercamientos con hombres y mujeres de los diferentes pabellones del COJAM, el trabajo más fuerte se ha realizado con hombres, ubicados en el bloque 2, denominado de máxima seguridad. Ellos se encuentran en fase alta, es decir, se encuentran realizando acciones al interior del pabellón o espacios cercanos, ya han cumplido la tercera parte de su condena y están efectuando redención de pena a través de los programas establecidos por la institución en el marco del proceso de resocialización. Lo anterior indica que sus condenas son extensas. Las personas abordadas se encuentran en diferentes grupos etarios que van desde los 25 años hasta los 65 años aproximadamente. Para la selección de los participantes el INPEC se tuvo en cuenta a quienes estuvieran manifestando síntomas relacionados con la ansiedad o depresión, algunos inclusive con diagnósticos asociados o que presentaran disminución en el repertorio de habilidades conductuales.

EL ESPACIO-TIEMPO

Las intervenciones llevadas a cabo se iniciaron a mediados del 2018 y se prolongaron hasta el primer semestre del año 2021. La metodología se ha ido ajustando en este tiempo, así como la selección de la población según las necesidades que se iban identificando, la posibilidad de acceso a la población, las lecciones aprendidas de cada momento de la intervención. En el 2020 debido a la situación de pandemia se realizó una reestructuración metodológica significativa para dar continuidad sin que el equipo que desarrolló la experiencia estuviera en el COJAM.

EL ORIGEN

El contexto carcelario en Colombia presenta dificultades en cuanto a la acumulación de la población por situaciones tales como: falta de definición de la situación judicial, reinserción en el delito, sobrepoblación o hacinamientos; ocasionando malestar e inconformidad e incrementando las problemáticas que se presentan en este tipo de contextos. Lo anterior unido al bajo número de profesionales del equipo psicosocial para atender las distintas problemáticas que a ese nivel evidencian, no permite una atención completa y/o integral en el proceso de atención, tratamiento y resocialización. El estar privado de la libertad genera afectación en los comportamientos, sentimientos y emociones, situación que desencadena pérdida de repertorio de habilidades conductuales o sociales, poca adecuación, pérdida de expectativas frente al proyecto de vida e incremento de síntomas o patologías en relación con la enfermedad mental.



experimentan condiciones desfavorables que limitan su salud.

Álvarez y Micahán (2018) establecieron la incidencia que tienen los programas de formación para el trabajo y ocupación laboral ofrecido a los PPL en el sistema penitenciario colombiano, en la reinserción social y laboral, una vez estos recuperan su libertad. Se realizó un estudio de caso en tres centros penitenciarios de Bogotá, además de la dependencia institucional del sistema penitenciario encargada de liderar dichos procesos. Entre los resultados mencionan que no se evidencia importancia y respaldo para la implementación de programas enfocados a la reinserción; el sistema cuenta con amplia reglamentación, pero su conocimiento y aplicación no es generalizada. Por su parte, la principal dificultad que encuentran los ex internos para su reinserción social y laboral está relacionada con el estigma social y la principal motivación de los privados de la libertad para vincularse a trabajar dentro de la prisión se encuentra en acceder a la redención de pena establecida por ley.

En esta misma línea, Arenas y Cerezo (2016) llevaron a cabo una investigación en Colombia cuyo objetivo fue aproximarse a la realidad del sistema penitenciario colombiano, con el fin de analizar, desde una perspectiva descriptiva y longitudinal, el fenómeno del hacinamiento carcelario para formular propuestas de mejora. Se examinaron fuentes de información secundarias provenientes de distintos ámbitos. Los principales resultados ponen de relieve los efectos negativos que ha ocasionado la política criminal en el ámbito penitenciario y la necesidad urgente de una nueva orientación.

Lo anterior se puede evidenciar en investigaciones anteriores, tal como lo indican Lopera y Hernández (2020) en su investigación sobre la situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia, hecha a partir de una revisión sistemática de investigaciones en salud realizadas en las prisiones de Colombia. Los resultados indican que existe muy poca literatura científica que permita entender la situación de salud de las PPL, se encuentran especialmente identificados problemas de salud mental y enfermedades infecciosas y en los informes oficiales mostraron que las PPL

Finalmente, Mojica, et al (2009) realizaron una investigación que examinó la relación entre el riesgo suicida y la desesperanza en una muestra de internos condenados de una cárcel colombiana. Se comparó a los internos con riesgo suicida y sin riesgo a partir de un diseño descriptivo comparativo y correlacional. Se mostró que la media de puntuaciones del primer grupo era significativamente mayor en desesperanza y en depresión y se encontró una correlación con desesperanza y depresión y con el número de reclusiones.



LOS PROPÓSITOS

La meta establecida para la intervención fue la posibilidad de fortalecer las estrategias de afrontamiento y habilidades sociales de las personas privadas de la libertad internas en el complejo carcelario y penitenciario de Jamundí, que aporten a su proceso de resocialización y prevención de conductas disruptivas y suicidas en el marco del programa institucional INPEC “Preservación de la vida”. Para alcanzar tal fin, en un primer momento se estableció un reconocimiento de síntomas de la situación actual o factores psicosociales estresantes, a través de la experiencia propia. Posteriormente, la intención fue brindar herramientas básicas para el manejo de la situación o síntomas, así como la identificación de estrategias de afrontamiento o habilidades sociales, que les permitiera la participación en diferentes actividades relacionadas con la adaptación y convivencia en el sentido de oportunidad para el cambio, para que al finalizar las intervenciones los participantes pudieran reconocer capacidades que permitieran la recuperación o sanación personal y de apoyo colectivo, identificación redes de apoyo, así como el empoderamiento tanto en el presente como en el futuro.

LOS AUTORES

En el desarrollo de las actividades han participado un promedio de 168 estudiantes de noveno semestre de los cursos electivos en formulación de proyectos en salud mental y en psicología social comunitaria. Ellas y ellos revisaron el estado del arte, antecedentes de intervención en la población, estructuración e implementación de las actividades, así como análisis de resultados bajo el direccionamiento de la docente y líder de proyección social del programa de psicología de Uniminuto Cali. La docente líder se encargó de la formulación del proyecto, la coordinación, supervisión, acompañamiento y aprobación del proceso de planeación y ejecución de las actividades y síntesis del ejercicio de evaluación y análisis de resultados. Por parte del COJAM – INPEC, participó un psicólogo funcionario del área psicosocial como apoyo en la articulación del proyecto, acceso a la institución y a la población, aprobación de la ejecución de las actividades en el sentido de la pertinencia psicosocial y ética.

LAS FORMAS

La intervención fue llevada a cabo desde los principios de la investigación aplicada, la cual tiene por objetivo la generación de conocimiento con aplicación directa, con impacto a mediano plazo en la población, permitiendo el mejoramiento de la calidad de vida a través de la transformación del conocimiento teórico en acciones concretas (Lozada, 2014).

El ejercicio planteado se desarrolló en tres fases cíclicas correspondientes a:

1. Fase de planeación: se realizó revisión de antecedentes, definición del enfoque de abordaje, objetivos y actividades. Alternadamente se establecieron fechas, gestión de permisos de ingreso y logística de desplazamiento. Así mismo, se realizó sensibilización y preparación a los estudiantes para el momento de la intervención, en relación con el contexto y con el abordaje. En la mayoría de las ocasiones el psicólogo del INPEC apoyó estos espacios.

2. Fase de Ejecución: los grupos de participantes se conformaron por 14 a 16 integrantes con la intención de que el desarrollo de las actividades fuera lo más personalizada posible. Cada grupo fue abordado por 6 estudiantes. Durante las intervenciones la docente y el psicólogo de la institución se encontraron presentes, en situaciones de desborde emocional los profesionales realizaron la contención.

3. Fase Evaluación: una vez finalizadas las intervenciones, se realizaron reuniones con todo el equipo, para revisar impresiones generales, análisis preliminares del encuentro y retroalimentaciones. Los estudiantes por equipos realizaron el análisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones teniendo en cuenta las evaluaciones de los participantes. La información es consolidada por la docente en un informe entregado al psicólogo del INPEC. En lo relacionado con los grupos focales realizados un año después de la intervención, se utilizó la matriz de vaciado y triangulación de datos.

A lo largo del proceso de intervención se realizaron modificaciones en la estrategia metodológica;

sin embargo, se mantuvo la estructura base para el desarrollo de las intervenciones, las cuales se encuentran planteadas para ser desarrolladas en 4 encuentros establecidos de la siguiente manera:

▷ **Adherencia al proceso:** corresponde al objetivo de la primera intervención, cuya finalidad es generar rapport con los participantes, a través de actividades que apoyen la adherencia al proceso con sentido y enfocadas a psicoeducación.

▷ **Manejo de los síntomas:** corresponde al objetivo de las intervenciones 2 y 3, utilizando técnicas enfocadas a la resolución de conflictos, manejo del malestar emocional; para propiciar momento catártico (insight) que posibilitará el repensar sobre la situación actual.

▷ **Resignificación y Fortalecimiento de habilidades:** corresponde al objetivo de la cuarta intervención en el cual las actividades se centraron en estrategias que permitieran trabajar habilidades sociales relacionadas con la empatía, el trabajo en equipo y resolución de conflictos; que permitieran procesos de resignificación en relación con el proyecto de vida fuera de la institucionalidad.

En el 2020, debido a la pandemia, se realizó el abordaje a través de cartillas que fueron elaboradas teniendo en cuenta la misma estructura de los momentos establecidos anteriormente; sin embargo, el trabajo fue desarrollado de manera asincrónica. Para este ejercicio se estructuraron las actividades a manera de cartillas impresas y entregadas a las PPL para realizarlas de manera individual, luego de ser revisadas se realizaron devoluciones individualizadas.

Tanto para el trabajo realizado en fortalecimiento del repertorio de habilidades conductuales, como para el manejo de los síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión, en la elaboración de las cartillas se utilizaron diferentes técnicas desde la metodología del taller reflexivo, tales como la construcción de una historia colectiva a través de la narrativa, la técnica interactiva de foto lenguaje y la colcha de retazos, técnicas de relajación,

role playing, activación conductual, entre otras. En cuanto a los materiales, se utilizaron recortes de revistas, plastilinas, colores, marcadores, hojas de block, todo lo anterior, según el objetivo establecido en cada caso. Estas actividades estaban direccionadas a la manifestación de las emociones, la rememoración de recuerdos, el trabajo en equipo, propiciar el autoconocimiento y la reflexión, estas posturas se trabajaron desde diferentes enfoques tales como el constructorista, la Gestalt, la terapia cognitivo conductual y la psicología positiva. Retomando a Kerman, (1998); el eclecticismo utilizado obedece a tomar lo mejor de cada enfoque, teniendo en cuenta que es una forma apta a través de la cual se pueden brindar elementos eficaces en intervenciones breves. Cabe, aclarar que para la metodología planteada en las intervenciones asincrónicas realizadas durante el 2020 y lo que va corrido del 2021, en la fase de evaluación, los resultados se consolidan en un formato de Excel entregado por la docente, el cual contiene criterios establecidos para evaluar y hacer retroalimentaciones de manera individual, este ejercicio es realizado por los estudiantes, y adicionalmente la docente realiza un consolidado general.

LOS EFECTOS

Con el fin de identificar los resultados obtenidos y el impacto del proceso, se realizaron análisis para cada una de las intervenciones basados en la experiencia tanto de las PPL, como en las observaciones realizadas por los estudiantes participantes del proceso. Así mismo a finales de 2020, se realizaron dos grupos focales de los actores mencionados anteriormente para establecer los impactos a mediano plazo. De lo anterior, se puede mencionar que los resultados arrojados en los análisis inmediatamente posteriores a la intervención guarda una estrecha similitud con lo arrojado en los grupos focales, cuyos ejes se centraron en los imaginarios y percepciones de los estudiantes con relación a la institución penitenciaria y las personas privadas de la libertad, lo que significó el proceso tanto para estudiantes como para la población abordada y las contribuciones, en el sentido del logro de los objetivos y los resultados esperados del proceso. Así mismo, en todos los casos se percibe el agrado y la aceptación por parte de los PPL, lo cual se concluye cuando manifiestan que este tipo de espacios son muy significativos para ellos ya que por un lado los saca de la rutina

y la cotidianidad, se sienten con la posibilidad de comunicarse libremente, exteriorizar pensamientos que no logran expresar en otros momentos; pero lo más relevante para ellos es sentirse escuchados. En el ejercicio de grupo focal manifestaron situaciones específicas de sus participaciones en las diferentes intervenciones recordando personas, nombres y actividades realizadas; reconociendo el impacto personal que se dio en el momento y las reflexiones y estrategias que aún conservan.

En el transcurso de los abordajes un tema reiterado es el relacionado con su familia, en sus relatos se manifiesta el poco contacto que sostienen con ellas y la carga de sentimientos de culpa, lo que determina de manera significativa cómo es percibido su presente. Se vivenciaron momentos de evocación de recuerdos cargados de angustia y dolor, también se logró identificar qué emociones tales como la ira y el miedo hacen parte de su cotidianidad. Otro planteamiento que surgió en los encuentros se relaciona con los efectos de la prisionalización como pasar el día a día sin realizar actividades, en la mayoría de los casos con pocos espacios para tomar el sol, se convierten en factores desencadenantes de síntomas tales como depresión, ansiedad, conductas autoagresivas y hasta pensamientos asociados a la muerte. Adicionalmente, en su discurso de forma recurrente aparece una postura de victimización.

A partir de las estrategias de intervención planteadas se buscó que los participantes establecieran historias alternativas que dieran paso a resignificaciones frente a la idea de finalizar con la vida como una salida a las dificultades, enfocándose en la posibilidad de otras proyecciones de vida. Esto se logró con la movilización de recursos que les permitieran identificar otro tipo de emociones que inicialmente se les dificultaba reconocer en sí mismos, así como hacer conciencia de otras posibilidades de actuación que para darle sentido a la situación actual y los aprendizajes. Se identificaron reflexiones relacionadas con procesos de aceptación, incorporación de estrategias para minimizar síntomas relacionados con el estrés y para solucionar conflictos tanto personales como relacionales de formas más asertivas. Otro logro que resaltaron fue el cambio de pensamiento con relación a las interacciones al interior de la cárcel,

los beneficios del apoyo mutuo y la solidaridad entre ellos, ya que concluyen que en la actualidad son su principal red de apoyo. Lo anterior sugiere el establecimiento de pactos concertados con el fin de regular la convivencia, por último reconocieron que la libertad les asusta y estos espacios les permiten acercarse a la sociedad a la que esperan retornar.

Desde la perspectiva de los estudiantes, los acercamientos les permitieron hacer ajustes en sus imaginarios tanto de la institucionalidad, como de las personas privadas de la libertad, estableciendo una mirada más humanizada y menos estereotipada o prejuiciosa. Al mismo tiempo, se reafirmaron percepciones en relación con la corrupción al interior de la institución. En cuanto a lo experimentado durante el proceso señalan la importancia de que se genere mayor inversión por parte del estado en los procesos de resocialización, lo anterior implica incluir más talento humano en el área psicosocial, que puedan establecer programas más eficaces que brinden mayores garantías a la resocialización. En su área personal este tipo de acercamientos les generó reflexiones sobre el valor de sus propias familias, en el sentido de encontrar en ellas un apoyo que en la cotidianidad no es percibido. Así mismo, se cuestionaron sobre el concepto de libertad, siendo estos elementos que los llevaron a realizar análisis internos sobre sus conflictos personales y prejuicios; y cómo estos inciden en su desempeño integral. Lo anterior dio lugar al reconocimiento de la necesidad de entrar en procesos de revisión terapéutica, que les permita no hacer contratransferencia en las intervenciones y que les permita hacer devoluciones apropiadas, en cualquier tipo de ejercicio que implique tocar la psique del otro. En este orden de ideas reconocieron la importancia del dominio teórico, sobre todo en lo relacionado con el sentido de reconocer los efectos y las implicaciones de un adecuado o inadecuado manejo de los enfoques y sus respectivas técnicas. Dentro de los elementos que resaltaron en el grupo focal, fue el valor que le dieron a las técnicas desde una mirada gestáltica y a las de tipo narrativo, argumentando que, sin desconocer la eficacia de otros enfoques, los resultados fueron de mayor significancia para los participantes cuando las estrategias implican realizar externalizaciones. Esto fue algo que se evidenció en el grupo de PPL, con el cual se tra-

bajó sobre su repertorio de habilidades comportamentales. En últimas y como aspecto significativo, los estudiantes reconocieron que después de la experiencia vivida reconocen que como sociedad invisibilizamos y deshumanizamos a esta población, además de considerarnos con el derecho moral a juzgarla.

En relación al trabajo desarrollado de manera asincrónica, adelantado durante la pandemia, se puede establecer que, pese a los limitantes, se logró generar impactos significativos y a través de sus escritos fue posible identificar situaciones conflictivas y de necesidad de remisión. Lo realizado cobró mayor sentido, ya que durante el tiempo de aislamiento por la pandemia, las PPL no tuvieron contacto ni siquiera con el equipo psicosocial y esto agudizó situaciones de ansiedad y depresión.



SOSTENIBILIDAD



Este tipo de intervenciones constituyen una oportunidad de acercamientos reales y acertados, que no sólo mejoran la calidad de vida de la población abordada, sino que fortalecen la responsabilidad social a la cual estamos llamados desde nuestro rol profesional. En el mismo sentido abren las puertas para quienes desconocen este tipo de realidades. Por lo tanto, toda acción que se planee dentro de la lógica del aporte a los procesos de resocialización tendrá aprobación desde la institucionalidad.

La formulación de proyectos de este tipo es innovadora en el sentido de abordar población olvidada que cuenta con mínimas posibilidades de acciones eficaces y con permanencia en el tiempo.

Al parecer dado que no existen muchas convocatorias que apunten a este tipo de población o situación, en el momento en que son presentadas se perciben como atractivas e interesantes. Debido a lo anterior, las acciones mencionadas en este documento han trascendido de un ejercicio de aula de clase, para pasar a ser un proyecto aprobado por el área de proyección social de la institución educativa, y luego a pasar el filtro de una convocatoria de investigación, lo que ha garantizado su sostenibilidad hasta el momento. Sin embargo, es necesario incentivar la generación de más propuestas que involucren la investigación aplicada, para que pueda ser sostenible en un largo plazo.

LO APRENDIDO

Cabe mencionar que la experiencia se encuentra enmarcada en beneficios desde todas las perspectivas y los actores involucrados, pues desde lo profesional se tiene la posibilidad de comprender las múltiples características del comportamiento humano y trasladar marcos teóricos a problemas de la vida real desde las prácticas con una mirada ética del rol profesional, de la acción sin daño y de las implicaciones de ejercicios mal fundamentados.

Se reconoce la necesidad de seguir fortaleciendo las estrategias de afrontamiento de las PPL. En este sentido, es importante pensar en intervenciones más específicas, a partir de diagnósticos actualizados que permitan identificar necesidades puntuales en relación con las características de la personalidad, donde prime el trabajo del malestar emocional y no sólo el trabajo centrado en el comportamiento observado. Así mismo, se deben fomentar espacios que les permita reconocer redes de apoyo y espacios de participación colectiva que le permitan a la población establecer vinculaciones emocionales y sociales más sanas.

En el marco de la corresponsabilidad este tipo de acciones deben trascender a la sociedad en general, realizar procesos de veeduría que permitan generar políticas públicas desde las cuales se posibiliten espacios permanentes de acceso a la academia desde la investigación-acción, con proyectos psicosociales planeados y estructurados, con objetivos alcanzables que se vinculen directamente a los programas establecidos por el INPEC. Así mismo, se identifica que se requiere mayor intervención del estado a este tipo de población, lo cual incluye mayor inversión del equipo

psicosocial por encima del proceso de seguridad. En este sentido, se requiere incidir para que la institución asigne más recursos para la sostenibilidad de dichos procesos.

Cabe identificar que se partió de la exploración teórica con relación a la salud mental y se reconoce la importancia del abordaje a partir de técnicas psicológicas definidas y planeadas. El eclecticismo propuesto en las diferentes intervenciones, si bien fue significativo, se reconoce que para términos de analizar los resultados en el tiempo, se considera necesario plantear el abordaje desde un enfoque teórico específico. Así mismo establecer de manera previa, acciones de monitoreo y evaluación continua; que permitan prever resultados a mediano y largo plazo; ya que los obtenidos hasta el momento son a corto y mediano plazo; haciendo la salvedad que existe una amenaza constante en relación a la rotación de las PPL, lo cual dificulta procesos continuos. Las recomendaciones por parte de las PPL se relacionan con la posibilidad de repetir las experiencias y tener mayor frecuencia en las visitas, con lo que se puede lograr mayores cambios en el comportamiento y por lo tanto mayor impacto.

Para finalizar, en cuanto al trabajo realizado de manera asincrónica con las cartillas de actividades, se puede mencionar que el impacto resultó positivamente significativo. El COJAM solicitó la continuidad de este ejercicio; sin embargo, al igual que en los talleres presenciales, es necesario pararse desde un mismo marco teórico, así mismo en cuanto a las devoluciones, pese a tener un sentido más motivacional que de devolución, no deben perder de vista la mirada disciplinar.



RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Atención y apoyo psicosocial a niñas, niños y adolescentes indígenas con discapacidad para su inclusión social e independencia



**Francy Elena¹⁴
Restrepo Yondapiz**

Fundación Niños Indígenas sin Barreras "FUNISBA"

ANTECEDENTES, CONTEXTO Y PROBLEMAS

El resguardo Indígena de Avirama es uno de los quince resguardos indígenas que conforman el Municipio de Páez, Departamento del Cauca, ubicado en el nororiente del departamento. Es una región montañosa de difícil acceso y tránsito por el orden público y las vías de comunicación. La experiencia se desarrolla en una de las siete verdades que conforman el resguardo Indígena de Avirama donde el 90% de la población es indígena de la etnia Nasa, que vive de acuerdo con usos, costumbres, prácticas culturales y tradicionales propias del territorio.

El objetivo de esta experiencia fue orientar e intervenir en el proceso de educación inicial de un grupo de quince niñas, niños y adolescentes con discapacidad visual, intelectual y física entre los 4 y 14 años de edad. Se considera que es un grupo poblacional de protección especial por su momento del curso de vida y vulnerabilidad dado el bajo acceso a servicios especializados de salud, educación, recreación y participación ciudadana adaptados o especializados. Se toma con referencia los conceptos y principios de los enfoques bioecológico y sistémico. Por este motivo se reconoce el rol de las expectativas, creencias y prácticas de la familia en el proceso de atención y se tiene en cuenta el contexto sociocultural, prácticas tradicionales y cosmovisiones del saber ancestral de la región.

También se toman como referencia para el desarrollo de la experiencia la comprensión del aprendizaje dialógico de Humberto Maturana (2004), la búsqueda de satisfacción de diferentes necesidades incluida la autorrealización de Abraham Maslow (2004), la teoría de inteligencias múltiples de Howard Gardner (2001), la provisión de ambientes pedagógicos preparados de María Montessori (1965) y el análisis cultural basado en la propia experiencia de Ramón Flecha (2009). La intención general era crear conocimiento a partir del aprendizaje vivencial y experiencial en ambientes ajustados para las niñas, niños y adolescente. Lo anterior, se complementó con la sabiduría tradicional o ancestral que se transmite de generación en generación desde el marco de la cosmovisión indígena. Para ellos se buscó la articulación con la autoridad tradicional y sabedores ancestrales denominados médicos tradicionales, que aportan a la experiencia con los rituales de armonización para generar tranquilidad, estabilidad y bienestar en las personas, familias y comunidad.

Las niñas, niños y adolescentes destinatarios de esta experiencia provienen de diferentes áreas rurales de zonas altas del resguardo y en su mayoría no han estado escolarizados o han desertado de una institución regular por las diferentes barreras a las que ellos y sus familias se enfrentaron cuándo fueron a la escuela. La mayoría son hijas e hijos de madres solteras con un bajo nivel

¹⁴francyelenary@gmail.com

REFERENCIAS

Álvarez, D. M., & Micahán, J. E. 2018. El trabajo penitenciario en Colombia y su impacto en la reinserción social y laboral. Recuperado de: https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_gestion_desarrollo/130

Arenas, L. & Cerezo, A. (2016). Realidad penitenciaria en Colombia: la necesidad de una nueva política criminal. *Revista Criminalidad*, 58 (2): 175-195. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n2/v58n2a07.pdf>

Bravo, O., 2017. La cárcel como institución social límite. *Revista pensamiento penal*. Vol.11 83-99. Recuperado de: <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/46072-carcel-institucion-social-limite>

Kerman B., 2007. *Nuevas ciencias de la conducta* III edición. Editorial Universidad de Flores.

Lozada J., 2014. Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. *CienciaAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, ISSN-1390-9592, Vol. 3, pág. 47 – 50. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163749>

Lopera M., Hernández J., 2020. Situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia. Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 19. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20\(2020\)/54562510005/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20(2020)/54562510005/)

Mojica, C; Sáenz, D y Anacona, R. (2009) Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615450009>

Ley 1616 del 21 de Enero de 2013, Ley de salud mental en Colombia <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ministerio de Justicia, (2009), Diseño, validación e implementación de instrumento a Población condenada en los establecimientos de reclusión de orden nacional, INPEC, Colombia.

Segura, S. (2014), Cien años de construcción de un sistema carcelario y penitenciario en Colombia, INPEC, Colombia.



educativo y sin antecedentes de participación comunitaria por el aislamiento y el temor a la discriminación. En los primeros contactos, sus rostros reflejan timidez, son poco expresivos, con escasas muestras de afecto de parte de sus familias. El sustento económico lo obtienen de actividades agrícolas, de oficios varios en las parcelas o fincas de la zona. todas los niños y niñas.

Esta experiencia surgió como un trabajo de investigación de la especialización en psicopedagogía especial. Se dio un primer acercamiento a la población vulnerable en la Institución Educativa de La Muralla, del resguardo indígena de Avirama. En este primer ejercicio de investigación se identificaron también más niños y niñas en la comunidad no escolarizados, si escolarización o atención en salud para su discapacidad, relegados del escenario y la dinámica social. Se encontraron barreras tanto en el contexto educativo como comunitario, barreras actitudinales de diferentes personas en su comunidad. Esto motivó la creación de una iniciativa que pudiese atender de manera integral todas estas necesidades diversas, para ir transformando los imaginarios y la realidad de las personas y sus familias en ambientes más saludables e inclusivos, desde el reconocimiento de los derechos, el empoderamiento mediante un proceso educativo que atendiese a la salud mental, educación emocional, habilidades para la vida. lograr una transición adecuada a otros escenarios de la vida comunitaria, con independencia y autonomía que se reflejen a mediano y largo plazo

en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias.

Gracias al proceso de investigación inicial, al contacto con los líderes comunitarios y al conocimiento del territorio y de las prácticas ancestrales por pertenecer a la comunidad Nasa, se desarrolló una detección inicial de problemáticas. Tanto las madres, padres, cuidadores familiares y profesoras presentaban un desconocimiento de los procesos de inclusión de personas con discapacidad e imaginarios erróneos sobre las personas con discapacidad y sus posibilidades a nivel familiar, escolar y comunitario. Esto explica la pasividad general frente a la discapacidad, situaciones de aislamiento social, ausencia de elaboración de un proyecto de vida para las personas con discapacidad. En el caso de las instituciones educativas, los maestros no sabían a que se enfrentaban con una niña, niño y adolescente con discapacidad y como abordarlo pedagógica y psicosocialmente con algunas adaptaciones físicas o sociales o el desarrollo de algún tipo de flexibilidad curricular. Por tratarse de zonas rurales dispersas era evidente que ni la escuela ni los servicios de salud cuentan con talento humano cualificado para diagnosticar, evaluar o suministrar apoyos a las niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Se encontró discapacidad visual, intelectual (síndrome de Down, síndrome de Apert, síndrome de maullido de gato, microcefalia, síndrome de Cornelia), discapacidad física por parálisis cerebral.

LA FUNDACIÓN NIÑOS INDÍGENAS SIN BARRERAS

Por lo anterior, nace legalmente el 13 de agosto de 2019 la fundación Niños Indígenas sin Barreras (FUNISBA), por iniciativa particular como profesional en psicología para dar respuesta a la necesidad de las familias, quienes manifiestan no contar con los recursos para ayudar de manera adecuada a sus hijos e hijas, y que viven en una región que no cuenta con una institución que atienda de forma pertinente su situación. FUNISBA está comprometida con brindar apoyo a niños y niñas en condición de discapacidad, y tiene los siguientes propósitos:

- ▷ Contribuir con la educación inicial de niñas y niños con discapacidad del resguardo y e impactar en su calidad de vida.
- ▷ Empoderar a niñas, niños y adolescentes indígenas con discapacidad y a sus familias como protagonistas de la inclusión social en su territorio.
- ▷ Fortalecer la independencia y autonomía de las niñas, niños, adolescentes y sus familias desde sus propias capacidades.
- ▷ Contribuir con la eliminación de barreras culturales, informativas y físicas para la inclusión de personas con discapacidad.

Para cumplir con los anteriores es fundamental contar con un equipo de trabajo idóneo, en este caso las personas que se embarcaron en esta casusa son la psicóloga Francy Elena Restrepo (directivo principal), la administradora de empresas Laura Regina Ángel (directivo suplente), la licenciada en sociales Yolimar Medina (directivo suplente), la maestra en artes plásticas y especialista en pedagogía infantil Bibiana Ángel (directora) la docente Melida Cueto Chambo y la psicopedagoga Rocío Placides, con el apoyo de María Nidia Menza en servicios generales.

En cuanto a los recursos materiales la iniciativa cuenta con una planta física en calidad de arriendo y con la dotación necesaria para la atención integral: equipos de oficina, dotación y menaje básico de cocina, dotación de aula, papelería y material didáctico. Los recursos financieros aportados por la autoridad competente Cabildo Indígena durante el año 2020 fueron treinta millones de pesos colombianos¹⁵ distribuidos en tres dimensiones: nutrición (doce millones), bonificaciones al talento humano (quince millones) y dotación y menaje (tres millones). Los recursos propios que se generan de actividades como talleres y cuotas compensatorias que dan los padres de familia fueron de seis millones de pesos, con los que se asumieron los gastos de pago servicios e insumos de aseo.

IMPLEMENTACIÓN Y COMPONENTES

Para llevar a cabo este proceso de atención se completaron los siguientes pasos:

1. Concertación con la autoridad tradicional para mostrar el propósito, el tipo de atención y las acciones que se llevarían a cabo.
2. Entrevista a los presidentes de las Juntas de Acción Comunal que abrirían el espacio en la comunidad y ayudaron a focalizar a las niñas, niños y adolescentes.

3. Visita los hogares de las familias en las veredas del resguardo, se recopilaron y revisaron datos clínicos, interés en un proceso de atención y experiencias anteriores en procesos de inclusión.

4. Proceso de atención individual y colectivo que se describe más adelante.

5. Seguimiento y preparación para la transición.

¹⁵Al cambio de la fecha de publicación son cerca de 7.500 dólares anuales para la atención integral de los 15 beneficiarios y sus familias.

Para la realización de las diferentes actividades de atención individual y colectiva, se tiene en cuenta la edad mental, el diagnóstico, las costumbres de la familia, el nivel de socialización de las niñas, niños y adolescentes. En un tiempo posterior de observación se identifican las reacciones durante el proceso de adaptación. Igualmente, se hace también un acercamiento inicial y posterior evaluación de la dinámica familiar para la identificación de fortalezas y vulnerabilidades en aras de realizar el plan de intervención familiar. Posteriormente, se realiza una evaluación psicopedagógica que permita la emisión de un informe y un plan de trabajo para la construcción del conjunto de actuaciones ajustadas a las condiciones y particularidades de la niña o niño. Todo lo anterior en concertación con el equipo de apoyo, la autoridad tradicional y los mayores o guías espirituales. Existen varios referentes como Alvarado y García (2008) y Berasategui y Orcasitas (2014), Enríquez (2011) y Ministerio de Educación Nacional de Colombia (MEN, 2017)



ACTIVIDADES COLECTIVAS CON NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

En encuentros de trabajo grupales para las niñas y niños solos y con sus familias, se desarrollan actividades de aprendizaje experiencial y vivencia que toman como base juegos, cantos, lectura de cuentos e historias cortas: Para ello las dinamizadoras o docentes preparan el espacio y los elementos necesarios para el desarrollo de las acciones que se plantean. También, se realizan actividades que se relacionan con el contexto sociocultural para fortalecer los usos y costumbres tradicionales como nombramiento del cabildo menor. Se busca que las NNA identifiquen el bastón de mando, los roles principales de un cabildo como autoridad máxima del resguardo. Igualmente, se lleva a cabo la minga con NNA y adultos cuidadores para el sembrado de la huerta institucional con productos que corresponden a los usos y hábitos alimentarios de la comunidad para contribuir con la seguridad alimentaria de los niños y niñas. Desde la espiritualidad Nasa también las NNA participan en dos rituales colectivos de armonización¹⁶ orientados por un sabedor ancestral de la comunidad. Por último, dentro de las actividades colectivas, se lleva a cabo la celebración o conmemoración de fechas especiales como cumpleaños, día del niño, día internacional de las personas con discapacidad.



ACTIVIDADES INDIVIDUALES CON NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.



De acuerdo al Plan Individualizado de Ajustes Razonables se desarrollan actividades de aprendizaje o construcción del aprendizaje que van desde el reconocimiento propio, el reconocimiento de las personas que rodean el niño, la familia, las docentes, los roles, la identificación del espacio, del contexto que le rodea. Se basa en habilidades para la vida, la independencia, reconocimiento y regulación de las emociones, fortalecimiento del lenguaje, las artes, la comunicación y la participación. El plan individualizado se desarrolla según su ritmo y sus intereses. Se inicia con habilidades y contenidos sencillos para cada uno y luego se va incrementando su nivel de dificultad.

¹⁶ Las armonizaciones son rituales que buscan generar armonía, buenas relaciones y balance dentro de la comunidad y de la comunidad indígena en relación con otros grupos, comunidades y su ecosistema o territorio. Generalmente, tienen un carácter espiritual propio de cada comunidad, aunque también se usan para promover una negociación política más justa con actores del gobierno. En la comunidad Nasa hay cinco rituales de armonización durante el año.

TALLERES CON CUIDADORES FAMILIARES

A partir de la identificación de necesidades y dinámicas familiares, se desarrollan talleres con las familias que buscan generar conciencia sobre la situación actual de la familia en relación con el menor de edad con discapacidad, promover una nueva mirada sobre su hija o hijo y su relación presente y pasada y proporcionar herramientas prácticas para una mejor interacción familiar don-

de todas las partes participen y tengan calidad de vida. Se abordan contenidos y habilidades relacionadas con el fortalecimiento de los vínculos afectivos, comunicación familiar teniendo en cuenta las capacidades de las familias, la resolución pacífica de conflictos, los derechos y deberes de las personas con discapacidad y sus familias, la promoción de participación social.



RECORRIDOS TERRITORIALES

Las NNA, los cuidadores familiares y el equipo de la Fundación desarrollan unos recorridos por fuera de su hogar y de las instalaciones de FUNISBA con el propósito de hacerse visibles en su contexto en los lugares de reunión o encuentro en sus veredas, como las cancha, el salón comunal o el parque. También para disfrutar de su propia sensibilidad y el saber de su cultura entrando en contacto con el territorio, el viento, la tierra, las plantas, el agua, los sonidos del mundo, los colores, entre otros, y reconocer sus gustos particulares y significados ancestrales. A su vez hay visitas de las familias a otras familias del proyecto para fortalecer los vínculos, la red de apoyo y los lazos de cooperación.



RESULTADOS

En el momento de iniciar el proceso de atención con la Fundación y en las etapas iniciales del momento de acogida de las niñas, niños y adolescentes, se los observaba segregados y aislados en sus hogares. Muchos tenían un gran déficit de habilidades sociales y de comunicación, se mostraban temerosos ante la presencia de otras personas y con grandes rezagos en las dimensiones cognitiva y comunicativa de su desarrollo. Luego del proceso de atención con el plan individualizado de ajustes razonables en la Fundación y con la participación de las familias, se observa la adquisición de un repertorio de habilidades sociales, el desarrollo de herramientas de comunicación verbal y no verbal, aprendizaje de lectura y escritura, interacciones más ajustadas a su entorno físico y social y mejor regulación emocional y comportamiento en las situaciones de convivencia social.

En el caso de las madres, padres y cuidadores familiares, se mayor involucramiento en la crianza, bienestar y desarrollo de sus hijas e hijos de sus niños y en el rol de padres como parte fundamental en cada uno de los procesos que se inicia y se proyectan con los niños y niñas. Es importante destacar el interés por parte de las familias en cuanto al avance y aprendizaje de los niños y niñas, puesto que responden y están atentos al llamado que se hace por parte de la Fundación como participar en todas las actividades que convoca la fundación y una mayor participación comunitaria o ciudadana en diferentes espacios, logrando la visibilización de las perso-

nas con discapacidad y de sus retos particulares en el contexto local. Igualmente, se registra que se ha ido eliminando ideas e imaginarios errados frente a la discapacidad y el temor frente a la participación en los escenarios sociales donde las familias han estado unidas apoyando y animando a los niños, lo que ha hecho que los niños se motiven a continuar en los diferentes espacios a los que convoca la comunidad.

Por su parte, a nivel comunitario se ha logrado el reconocimiento y el apoyo por parte de las autoridades locales y del territorio para la atención de los niños, niñas y sus familias en el marco de igualdad de derechos. Además, las personas de la comunidad narran un cambio de actitud frente a las personas con discapacidad lo que ha permitido la inclusión en los escenarios comunitarios. Esto ha disminuido las barreras, avanzando en un trabajo más consiente desde las autoridades tradicionales que han empezado por darle el lugar correspondiente a los niños y niñas con discapacidad, han apoyado la creación de este espacio para la recuperación de las semillas diversas que contribuyen con la calidad de vida y el plan de vida¹⁷ de las comunidades. Otro efecto importante en la comunidad es el interés que han demostrado las demás instituciones por la iniciativa que se tiene ya que es una iniciativa diferente y pionera en el municipio con las particularidades que tiene. Por lo anterior se han atendido visitas con la intención de apoyar y fortalecer la iniciativa en aras de ampliar la atención o la cobertura para más niños y niñas del municipio.



¹⁷Proceso de prospectiva y planeación en los territorios indígenas. Esta visión de futuro, además de enfocarse en el desarrollo económico y social, se centra en la preservación de la historia y la cultura indígenas. Aunque conscientes del mundo cada vez más interconectado y de la necesidad de algunos cambios radicales, las comunidades indígenas que abrazan el Plan de Vida tienden a adaptarse al mundo occidental en sus propios términos y ritmo.

SOSTENIBILIDAD

Existe una articulación importante entre la fundación y las entidades presentes en el contexto local municipal y departamental con el ánimo de avanzar en la inclusión social en escenarios fundamentales, como el educativo. El trabajo recibe el apoyo del Cabildo Indígena de Avirama como aliado principal y se ha iniciado un proceso que articula acciones con la Alcaldía Municipal de Páez a través de la Oficina de Educación, Cultura y Deporte y la Asociación de Autoridades Ancestrales Nasa Chxachxa mediante el consejo de educación. Se está gestionando el apoyo de la Gobernación del Cauca a la fundación en su iniciativa “inclusión para avanzar para la adquisición de materiales de dotación, tecnológicos y de oficina, lo cual permite ser sustentables y operativos.

Del mismo modo, se han llevado a cabo eventos sociales y educativos para generar recursos económicos que permitan atender las necesidades y los gastos que demanda el proceso de atención. A esto se suman los aportes de cuotas moderadoras que hacen los padres de familia para la Fundación. También es importante resaltar los apoyos en materiales o especie que hacen las personas y los profesionales del municipio que conocen la iniciativa y que materializan su interés de apoyar. En vista de que la iniciativa ha sido bien acogida por la comunidad se espera replicar la experiencia en otros resguardos indígenas del municipio de Páez y llevar la atención a la población más vulnerable que dista del municipio, donde existen más niños y niñas con habilidades diferentes que requieren atención.



LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

Ha sido una experiencia maravillosa de entrar en contacto con mundos diversos llenos mucha alegría, sonrisas, abrazos que fortalecen lo humano en el camino de ayudar a las personas que han sido relegadas desde sus familias y comunidades, donde hasta hace poco no se les había dado el reconocimiento que se merecen. Es una gran satisfacción trabajar por los derechos de niñas y niños indígenas con discapacidades para fortalecer sus habilidades para la independencia y autonomía. Consideramos como lecciones aprendidas las siguientes:

- Es importante aportar a los beneficiarios desde su marco cultural, sin olvidar las raíces culturales que caracterizan a la comunidad étnica que lucha por mantener y conservar sus creencias y tradiciones culturales. Esto implica incluir los valores y prácticas culturales de la comunidad en el proceso de atención al incluir danza, música, historias, naturaleza, territorio y cosmovisión en las diferentes actividades, los usos y hábitos alimentarios en la huerta, la reproducción del sistema del gobierno indígena y su guarda entre las niñas, niños, la inserción de los procesos de atención en el calendario cosmológico Nasa y la inclusión de rituales para armonizar el proceso.

- Cada niña y niño es mundo diverso, con diferentes motivos, intereses y necesidades, hay muchas maneras de aprender, de interactuar con los otros y de relacionarse con el mundo. Esto implica que haya profesionales sensibilizado actitudinalmente y con entrenamiento para atender a los beneficiarios teniendo en cuenta su contexto familiar de vulnerabilidad. Además, es importante implementar un currículo y estrategias pedagógicas flexibles para generar aprendizajes significativos, la construcción de un conocimiento desde la discapacidad, con múltiples estrategias de actuación para maximizar el desarrollo personal hasta donde el ritmo y la capacidad lo permita con el objeto de lograr independencia, bienestar y la calidad de vida en el camino de buscar una sociedad más igualitaria y justa.

- Como sugerencia esta continuar articulando acciones que promuevan el bienestar de los más vulnerables, continuar en el proceso de actualización profesional para garantizar un adecuado proceso de atención acorde con las últimas investigaciones, basadas en evidencia científica, para tener un referente acertado de actuación. Seguir con el proceso de formación a familias, comunidad, docentes y líderes para cambiar ideas erradas, metodologías tradicionales e inflexibles, eliminar las barreras existentes que impiden avanzar en el camino de la inclusión.

- Los cuidadores cuando viven la experiencia se convierten en aliados fundamentales. Manifiestan estar muy agradecidas con quien que ha sacado la iniciativa adelante porque por fin alguien pensó en sus hijos, en el espacio para dedicarles atención que aborde con profesionalismo la situación particular de cada niño que hasta entonces no había existido un lugar para los más vulnerables. Los líderes comunitarios también manifiestan la satisfacción de contribuir con una iniciativa de proyección social en la comunidad y es necesario conectarlos y fortalecer su rol en este proceso.

- Como conclusión es importante resaltar que es una experiencia nueva que trasciende las prácticas tradicionales de enseñanza, integra la tecnología con diversas estrategias metodológicas, con enfoque étnico, direccionamiento profesional, recurso humano cualificado, con apoyo infaltable de los saberes ancestrales, donde se apueste todo por las habilidades diferentes, se valora y se cree en las capacidades más allá de las condiciones diferentes. Este espacio se ha dado para crecer y transformar en mediano o largo plazo la realidad de niñas y niños con discapacidad y que esto se refleje en desarrollo personal, familiar y colectivo para la superación de barreras en los territorios más lejanos y montañosos del contexto colombiano.





REFERENCIAS

- Alvarado, L., & García, M. (2008). Características mas relevantes del paradigma Sociocrítico: Su aplicación en investigaciones de Educación Ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. Caracas.
- Berasategi, N., & Orcasitas, J. (2014). Buenas practicas Educativas a través de las voces de las Familias y el alumnado con EM. País Vasco
- Enríquez, Y. D. (2011). El Mundo de la Discapacidad. Honduras.
- Flecha, R. (2009). Cambio, inclusión y calidad en las comunidades de aprendizaje. Cultura y educación, 21(2), 157-169.
- Gardner, H. (2001). La inteligencia reformulada: las inteligencias múltiples en el siglo XXI. Paidós.
- Maslow, A. (2004). Jerarquía de necesidades. México: Quetzal.
- Maturana, H. R. (2004). Transformación en la convivencia. JC Sáez Editor.
- MEN. (2017). Documento de Orientaciones Técnicas administrativas y pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con Discapacidad en el marco de la educación inclusiva. Bogotá.
- Montessori, M. (1965). Pedagogía científica. São Paulo: Flamboyant.

RECONOCIMIENTO como EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA

Atención en primera ayuda psicológica a comunidad educativa de los municipios no certificados del Cauca afectados por emergencias y desastres



**Beatriz Emilce
Ortega Álvarez¹⁵**



**Elisabeth
Córdoba Perugache¹⁶**



**Tina
Niño Vargas¹⁷**

● *Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca* ●

PRESENTACIÓN

Cuando aquella nublada mañana la montaña sepultó a los habitantes de ocho viviendas de la vereda Portachuelo del municipio de Rosas, Cauca, entre ellos, familias pluriculturales y multiétnicas de varios estudiantes y docentes que acudían a las escuelas, no estaban preparados para afrontar un vuelco tan complicado, y más cuando el patio de una de las Instituciones Educativas se llenaba de 33 ataúdes conteniendo los cuerpos de estudiantes, exalumnos y amigos.

Nadie imaginaba que se les fueran definitivamente, la muerte súbita estaba alejada de las mentes de quienes el patio de juegos de su escuela se les convirtió en memoria viva de la pérdida de sus compañeros. Pero el dolor no fue sólo para los niños y adolescentes, también para los profesores, administrativos y padres de familia, quienes sin estar preparados y contando solo con herramientas improvisadas, participaron en el rescate de cadáveres lacerados por la fuerza de la naturaleza, lo que, sumado a repentinos recuerdos, les afectaba su salud mental e imposibilitaba reanudar a sus labores educativas cotidianas.

Después de la tragedia rondaba el dolor, la incertidumbre y miedo omnipresente en una zona de montañas surcadas por las Fallas del Romeral, que subterráneamente se mueve afectando con derrumbes

la carretera Panamericana construida desafiando el inminente riesgo, y a los poblados que los habitantes han intentado incrustar en esas breñas inestables.

Entonces, sin tener la experiencia, pero resuelta a enfrentar los devastadores efectos psicológicos de la tragedia, la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca, a través de su equipo de profesionales (docentes, orientadores y administrativos) atendió al llamado de poner en marcha un plan de emergencia, realizaron un diagnóstico psicosocial y diseñaron acciones aplicando técnicas de reducción del estrés, afrontamiento en crisis, psicoeducación en el reconocimiento de las respuestas emocionales y conductas relacionadas con desastres; entre ellas: “Respira”, “el pupitre vacío” (silla vacía), la mándala como mecanismo para favorecer la expresión de emociones y sentimientos, ambientes laborales mentalmente saludables y la atención psicológica individual para casos puntuales. Lo anterior permitió encauzar el proceso de duelo y liberar de las mentes de la comunidad educativa, el aura de muerte, que después de la tragedia había quedado sobre el patio y salones de la escuela, posibilitando con ello, la comprensión de la muerte como un trascender en el proceso vital, trayendo consigo la normalidad del proceso formativo.

POBLACIÓN PARTICIPANTE ANTE

La tragedia que afectó de cruel manera al municipio de Rosas, se llevó consigo 33 vidas, pobladores de la vereda Portachuelo que integraban familias con abuelos, tíos, hijos, nietos, primos, hermanos. Entre ellos, se encontraban egresados de la Institución Educativa Santa Teresita y escolares entre los 7 y 19 años que forjaban su proyecto de vida; algunos de ellos a puertas de culminar su proceso escolar, con aspiraciones propias de los jóvenes que tienen sueños por cumplir. Cada uno con experiencias de vida y una trayectoria educativa que dejaron huellas en todos los que se quedaron.

El 21 de abril los roseños vivieron la peor tragedia de su historia quedando frágiles y vulnerables para poder dar cara a lo sucedido, docentes, estudiantes, administrativos, directivos y padres de familias, permitieron que un equipo de profesionales, con sentido de humanidad, brindaran una primera ayuda psicológica para resignificar y enfrentar el dolor de la pérdida. Fue una experiencia para la comunidad, que no contaba con personal suficiente para la atención psicosocial dispuesta por los organismos de socorro.



UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL DE LA EXPERIENCIA

El municipio de Rosas, “puerta de entrada al macizo colombiano”, se encuentra asentado sobre la vía Panamericana, a 38 km de la capital Cauca, al Sur Occidente de Colombia (Plan de Desarrollo Departamental “Cauca 42 Motivos para Avanzar”, 2020 – 2023), donde la diversidad ambiental y eventos climáticos cada vez más extremos, provocan sucesos naturales negativos y amenazan la sostenibilidad ambiental; al encontrarse ubicado en las estribaciones de la cordillera Central, integra las Fallas del Romeral, convirtiéndolo en un lugar propicio para fenómenos naturales como derrumbes y avalanchas, que sumados a la vulnerabilidad socioeconómica de su población y el constante deterioro ambiental, generan un panorama para la ocurrencia de desastres en un 60% de las familias (Plan de Desarrollo del municipio de Rosas, 2015 – 2018). Cuenta con

11.537 habitantes de los cuales 1.089 se encuentran en la zona urbana y 10.450 en la zona rural (DANE, 2020). En su día a día deben aprender a adaptarse a las condiciones de una amenaza latente en el territorio.

El municipio consta de 37 veredas, entre ellas, Portachuelo, donde en la madrugada del domingo 21 de abril del año 2019, el alud de tierra sepultó 8 viviendas y dejó sin vida a 33 personas; mismo lugar donde brota el café, el plátano y la caña como sustento de las familias. Aquel día que llovía sin parar, se escuchó un estruendo proveniente de la montaña, según relataron los vecinos del sector y la tierra que se derrumbó arrasó con las viviendas, lo que dio lugar al escenario de la atención psicosocial.



PANORAMA GENERAL QUE ANTECEDIÓ LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y RECURSOS MOVILIZADOS

Posterior a la tragedia, la comunidad educativa de las Instituciones Educativas Santa Teresita, Madre Caridad Brader y Loma Bajo, entraron en un estado de conmoción o estrés agudo, allí sufrieron la pérdida de estudiantes, amigos y familiares cercanos, un duelo colectivo que tuvo formas particulares de vivirse al interior de cada establecimiento educativo. La mayor problemática se vivió cuando la crisis y el pánico empezaron a apoderarse de la comunidad educativa, a la ausencia de organismos de socorro encargados de atender las emergencias, se sumó la incertidumbre de ¿Quién podría ayudar con esta crisis emocional del sector educativo?, parecía que la responsabilidad recaía en las docentes orientadoras de las tres instituciones educativas afectadas, quienes también vivían su propia tragedia, pues desde su rol habían construido vínculos afectivos con los estudiantes y egresados fallecidos, tenían temor ante la ocurrencia de eventos climáticos y consecuencias similares.

Fue así como la docente orientadora Beatriz Emilce Ortega Álvarez de la Institución Educativa Santa Teresita, con el apoyo del Rector, Gumar Olmedo Ruiz, acudieron a la Secretaría de Educación y Cultu-



ra del Cauca, representado en aquel entonces por Yolanda Meneses Meneses, buscando apoyo para la contención emocional de la comunidad educativa afectada, desde donde se delegó a las profesionales en psicología, Fabiola Grijalba Molano y Elisabeth Córdoba Perugache, funcionarias administrativas encargadas de coordinar la atención psicosocial y atender esta necesidad. Para llevar a cabo lo anterior, se conformó un equipo encargado de la intervención psicosocial, integrado por docentes orientadores de profesión psicólogos, de los municipios de Rosas: Beatriz Emilce Ortega Álvarez, Aura María Ibarra Chacón y Gabriela Manzano Trujillo (Trabajadora Social); La Sierra: Pablo Cesar Flores Cruz; Timbío: Erika Camacho Imbachí, Ivonne Cuchumbe Estela, Cecilia Muñoz Muñoz, Clara Inés Anacona Hoyos, Cristina Chito Muñoz, Diego Enríquez Díaz y Tina Niño Vargas; Villa Rica: Melissa Carvajal Paz. Así mismo se integró la docente de aula Sandra Camilo Ríos, del municipio de El Tambo, formada en la estrategia “Respira”.

Desde la Secretaría de Educación y Cultura del Cauca se conformó este equipo acogiendo al principio de solidaridad social de que trata el Artículo 3 de la Ley 1523 de 2012 “por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”, el cual indica: “Todas las personas naturales

y jurídicas, sean estas últimas de derecho público o privado, apoyarán con acciones humanitarias a las situaciones de desastre y peligro para la vida o la salud de las personas”. De inmediato se acudió a la Dra. Julieth Salazar Rodríguez, Presidente del Capítulo Valle Suroccidente del Colegio Colombiano de Psicólogos, quien conjuntamente con la Dra. Carolina Piragauta Álvarez, Directora del Programa de Psicología de la Universidad Libre de Cali y Coordinadora de la Red de Atención Psicológica de Emergencias y Desastres, brindaron acompañamiento permanente y capacitación. Además se realizó la intervención mediante un plan de atención con base en un diagnóstico psicosocial.

De esta manera inicia el proceso de contención psicosocial, partiendo de un diagnóstico que visibilizó la problemática socioemocional y el nivel de afectación en cada uno de los establecimientos educativos. La Institución Educativa Santa Teresita fue la más golpeada por pérdidas humanas y con mayor alteración en sus dinámicas académicas y administrativas. Además, se observó síntomas (emocionales, cognitivos y de reactividad) asociados al estrés post-traumático en su docente orientadora por el vínculo establecido con su comunidad educativa y el nivel de afectación de la misma, siendo necesario el apoyo de otros profesionales. Fue a partir del sentir de las docentes orientadoras que se dimensionó la magnitud del impacto emocional y el significado de un due-

lo colectivo al interior de una comunidad educativa, aún después de cinco días del sepelio colectivo persistía la inestabilidad académica y emocional, los docentes al llamar a lista a sus estudiantes o entregar exámenes revivían la ausencia del estudiante fallecido, guardando silencio o tratando de tomar aliento, mientras que sus compañeros expresaban su dolor a través del llanto.

No dejó de ser menos impactante lo sucedido en los otros dos establecimientos educativos, en la Institución Educativa Madre Caridad Brader, su rectora la Hermana Martha Oliva Rengifo y las docentes de primaria vivieron la noticia que una de sus niñas del cuarto grado, con apenas 9 años de edad, Ashly, partió con ilusiones, sueños y alegrías, junto a su mamá. Sus compañeros y amigos desconsolados expresaban “por favor no se vayan a llevar este pupitre”, como el único recuerdo simbólico que quedaba de ella. Empero, si por allí pasaba esto, ni qué decir de los docentes de la Institución Educativa Loma Bajo, quienes no vivieron la pérdida de estudiantes, sin embargo su afectación fue distinta, ante la falta de maquinaria para remover tierra, barro y escombros fueron quienes de forma manual, con herramientas artesanales ayudaron a Sandra, su compañera docente, en el lugar de la tragedia con el rescate de sus familiares, pero con la impotencia de encontrarlos sin vida; posterior a ello, todas las mañanas debían transitar por el lugar a su sitio de trabajo, reviviendo con angustia el recuerdo de quienes fallecieron y el miedo a vivir nuevamente el hecho a causa de las intensas lluvias que se presentaban en ese momento. Toda esta confusión, miedo y angustia empezó a generar en algunos docentes enajenación, acompañada de pesadillas frecuentes, debido a que estos y otros síntomas les ocurren a quienes prestan labores de socorristas y no realizan desmovilización psicológica (Tejada, 2017). Habían transcurrido dos semanas y la crisis se apoderaba cada vez más del ambiente, a esto se sumaba la incertidumbre de pensar qué se le iba a decir a Sandra, cuando se reintegrara de nuevo a trabajar.

PROPÓSITOS

Como equipo psicosocial el objetivo fue brindar apoyo en primera atención psicológica a la comunidad educativa de los establecimientos educativos del Cauca afectados por emergencias, para favorecer las capacidades de afrontamiento y recuperación emocional. De manera específica con la situación ocurrida en el municipio de Rosas, la meta fue acompañar a los docentes, estudiantes, padres, madres de familia y orientadoras escolares de los tres establecimientos educativos durante la fase inicial de duelo por muerte súbita de los integrantes de la comunidad educativa afectada.



CAMINOS METODOLÓGICOS

Desde la particularidad de cada contexto y el impacto de la tragedia, se implementaron las técnicas de intervención acorde a las necesidades encontradas en el diagnóstico. En un primer camino se utilizó la “silla vacía”, nombre que se adaptó al contexto escolar como “pupitre vacío”, complementándose con la mandala, apoyados en la tesis de Frankl (1987), en su obra “el hombre doliente”, quien refiere que lo corporal es posible, pero finalmente necesita, de lo psíquico y lo espiritual para realizarse. La mandala también recoge técnicas utilizadas en configuraciones cristianas; conjugó las “chakanas” (término quechua que significa “escalera” u “objeto a modo de puente”) del mundo andino, las raíces del pensamiento oriental y diagramas de los pueblos originarios del sur de América. Por su parte Jung (1995) la menciona como “expresión probable del inconsciente colectivo” y de transformación, considera que su implementación funciona como instrumento para la integración psíquica. Esta conjugación posibilitó la expresión de sentimientos de los docentes, estudiantes y padres de familia frente a la situación traumática que dejó inesperadamente la pérdida de estudiantes, familiares y amigos, permitiendo desarrollar asuntos inconclusos que fue posible intervenir mediante esta técnica.



En el siguiente camino, se realizó un proceso de psicoeducación para el reconocimiento de las respuestas emocionales y conductas relacionadas con desastres, se orientó al personal docente, administrativos y padres de familia sobre las estrategias de afrontamiento; a la vez se dio a conocer información relacionada con signos de alerta y manejo de emociones para acompañar a sus estudiantes, hijos, familiares y personas cercanas a las fallecidas, evitando así un mayor impacto socioemocional. Para los casos que se consideraron prioritarios, según el diagnóstico psicosocial realizado y las intervenciones grupales, se brindó la primera atención psicológica a nivel individual, transitando así por otro camino, de la mano de algunos miembros del equipo, quienes de manera consistente realizaron la escucha activa, respeto al silencio, contención emocional, activación de rutas y redes de apoyo, mitigando así el riesgo psicosocial.

Como complemento, se desarrolló un taller con directivos, docentes y administrativos sobre “ambientes laborales mentalmente saludables”, con el cual se buscó reflexionar sobre los ambientes laborales y a través del análisis del mismo, sensibilizar hacia el mejoramiento del clima laboral y fortalecer la autoestima, cuidado de la salud mental y física en los lugares de trabajo. Del mismo modo, se hizo un primer acercamiento para el fortalecimiento de entornos de protección y prevención de factores de riesgo psicosociales, ocupacionales y otros agentes que comprometían la salud física y psicológica de los participantes. La teoría integrada en esta estrategia fue tomada desde los siguientes autores: Daniel Goleman, Carl Rogers, Karasek y Teorell, G. Williams y John D. Teasdale (recuperados de Luceño, Martín, Díaz y Rubio, 2008).

En la Institución Educativa Loma Bajo la tragedia se vivió de manera diferente, por tal razón, se consideró necesario un ejercicio más profundo de la estrategia “Respira”, orientado a favorecer el perdón hacia la naturaleza (debido a la exposición cotidiana al lugar de la tragedia por ser parte de la ruta de desplazamiento a

su lugar de trabajo) y la reconciliación con ella, por los sentimientos asociados a la frustración y pánico generados por el rescate de los cuerpos. La intervención a través de las mándalas permitió la expresión de los imaginarios a través de símbolos que representaban el sentir individual, con ello se trabajó el recuerdo de las voces de quienes murieron solicitando auxilio.

Con el fin de resignificar la muerte y con ello el “dejar ir”, en medio del dolor, los estudiantes agradecieron y despidieron simbólicamente a sus compañeros con la elevación de globos blancos y la ambientación musical alusiva a la esperanza, dando paso a un duelo potencializado por la aceptación de lo ocurrido a nivel racional y emocional, resignificado por la unidad y la gratitud. Esto acompañado de la siembra de árboles, para permitir la transformación del dolor en el cuidado y crecimiento simbólico de la vida, pero ahora con apoyo de la madre naturaleza. Para entonces, el duelo siguió su curso, en los estudiantes del grado 11 se mantuvo la idea de continuar su año lectivo con las sillas vacías al interior del salón hasta el día de la graduación; ese era el momento para entregar “los pupitres vacíos”. Así fue como en medio del dolor, pero también con la alegría de haber culminado exitosamente sus estudios, los estudiantes graduados entonaron una canción alusiva a la amistad con el que recordaron el vínculo que los unía con sus compañeros fallecidos. En el personal

docente, administrativo, padres y madres de familia también queda en la memoria el recuerdo de las “sillas vacías” y la satisfacción de haber acompañado este importante momento desde la institucionalidad.

Con el deber cumplido y en medio de extenuantes jornadas de intervención del equipo psicosocial, fue necesario la “liberación” de la carga emocional para reducir el estrés y minimizar la afectación de la salud mental. Al finalizar cada momento se acudió a las técnicas grupales de desmovilización psicológica orientadas a favorecer el bienestar emocional.

RESULTADOS

Esta experiencia de atención psicosocial dejó en la comunidad Roseña y en cada uno de los actores de las instituciones educativas atendidas el aprendizaje del “sí se puede”, o “después de la tormenta llega la calma” y ese precisamente fue el aporte más valioso de un grupo de seres humanos convocados en un momento determinado para ayudar a otros a través de su ejercicio profesional, vinculando estrategias novedosas, prácticas incluyentes respetuosas del dolor, con un alto grado de sensibilidad y deseo de que su comunidad lograra afrontar, estabilizarse y encontrar esperanza en medio de tanto caos.

Fue satisfactorio al finalizar la experiencia poder leer de los niños y adolescentes su gratitud en los formatos de evaluación del acompañamiento, así como el deseo de que continuara el proceso, ver expresiones que denotaron como las capacidades y emociones de las personas iban mejorando con los días, así como sus habilidades para expresar el dolor, la autorregulación y el fortalecimiento de las redes de apoyo tanto familiar como institucional, puesto que, al no verse priorizada la comunidad educativa en primer momento, se debió activar la iniciativa para conformar el equipo de apoyo psicosocial y desde ahí poder articular con otras entidades, instituciones y gremios. Finalmente, desde esta experiencia se logra identificar la necesidad y reconocimiento de la atención psicosocial a los profesionales que atienden la salud mental al interior de los establecimientos educativos, para lograr desde la institucionalidad el reconocimiento a la labor del docente orientador y con ello la necesidad de fortalecer su formación en servicio y el cuidado al cuidador.

Reconociendo esta experiencia, el Ministerio de Educación Nacional, desde la Subdirección de Recursos Humanos, programa de Bienestar Laboral, diseñó y se fortalece la ruta de atención psicosocial para los docentes que enfrentan situaciones que sobrepasan su capacidad de afrontamiento personal.



SOSTENIBILIDAD DE LA EXPERIENCIA

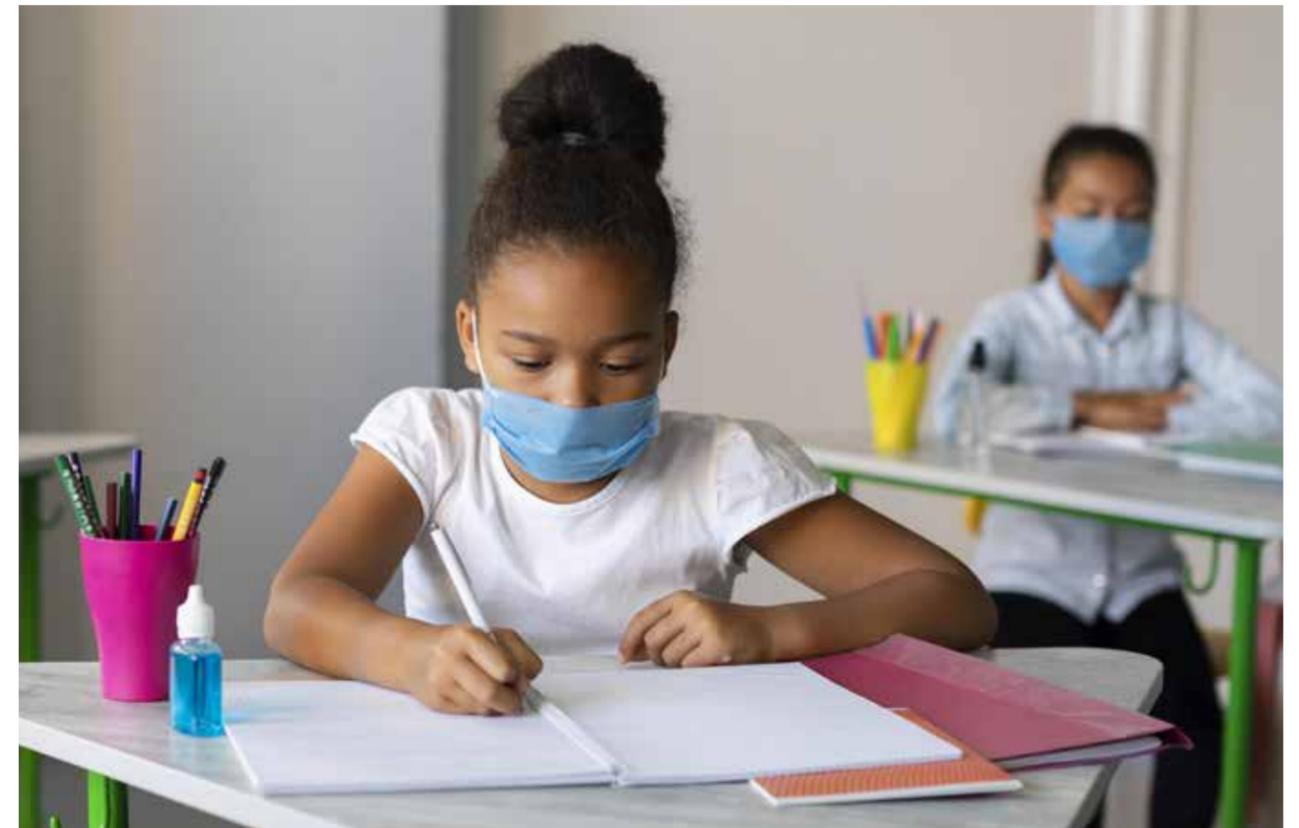
Dado que las emergencias en cualquier momento pueden ocurrir o repetirse, quizás en todos los contextos de la vida humana, no solo por las condiciones ambientales, sino también por situaciones de conflicto, sanitarias, entre otras y con ello la afectación socioeconómica, de la salud física y mental, esta es una experiencia claramente sostenible que aporta al mejoramiento de la calidad de vida emocional. Por lo cual, ante situaciones de emergencia, muchas de las cuales no se pueden predecir o evitar, es mejor contar con un equipo preparado para brindar la primera ayuda psicológica que contribuya a disminuir el impacto de los riesgos psicosociales. Así mismo, de la mano de la gestión del riesgo, la cual es “indispensable para asegurar la sostenibilidad, la seguridad territorial, los derechos e intereses colectivos, mejorar la calidad de vida de las poblaciones y las comunidades en riesgo y, por lo tanto, está intrínsecamente asociada con la planificación del desarrollo seguro”, (Parágrafo 1, Art. 1 – Ley 1523 DE 2012); el Comité Departamental de Educación en Emergencias considera importante mantener un equipo que pueda acompañar y realizar

este tipo de intervenciones ante emergencias cuando se ve afectada la comunidad educativa.

Como parte de la sostenibilidad, desde la Gobernación del Cauca se ha venido priorizando la formación de docentes, directivos docentes y docentes orientadores para el desarrollo de competencias socioemocionales en contextos educativos, siendo una de las estrategias, el intercambio de la experiencia, la cual se puede adaptar en cualquier ámbito educativo, de acuerdo a un diagnóstico y a las particularidades propias del contexto. Cabe señalar que la experiencia vivida en Rosas, Cauca, se adaptó y replicó en otros contextos con vivencias de duelo y en tiempos de aislamiento por COVID-19, haciendo uso de herramientas virtuales. La Secretaría de Educación y Cultura del Cauca, a través del área de Calidad Educativa conformó un equipo psicosocial que voluntariamente brindó su servicio y conocimientos en situación de emergencia al docente orientador Feysar Muñoz de la Institución Educativa Olaya del municipio de Balboa, Cauca.



Foto Alcaldía de Rosas Cauca



LECCIONES APRENDIDAS

Atender una emergencia como lo es un desastre natural al interior de una comunidad educativa, con la tensión que generan las funciones de ser docente orientador vs ser psicólogo, obliga a indagar, investigar y comprender teóricamente estos fenómenos y las consecuencias emocionales, cognitivas y comportamentales de los mismos. Para ello, por lo general, no se está preparado, aún cuando la norma exige a las instituciones educativas elaborar los planes escolares de gestión del riesgo para atender diferentes emergencias, los cuales en la realidad no dimensionan acontecimientos de gran magnitud. Así mismo, es crucial seguir entendiendo el rol del docente orientador, su alcance y su labor al interior de los contextos educativos y, en particular, en el momento de trabajar la salud mental de quienes orientan y considerar su autocuidado como un deber fundamental.

Por otro lado, se logró conceptualizar y comprender el proceso de la resignificación de la muerte, conforme a las diferentes formas de afrontarla por la comunidad educativa intervenida. Se observó como se daba mayor valor al agradecer, despedir y resignificar el

sentido de la vida a partir del sentido de la muerte. De igual forma, se reconoce que es importante realizar intervenciones grupales atendiendo a la necesidad de urgencia manifiesta y al número de personas focalizadas, sin dejar de brindar el acompañamiento individual a quienes mostraban mayor crisis emocional o desorganización cognitiva y afectiva.

Para posibles réplicas se deben integrar todas las técnicas antes mencionadas con cada uno de los elementos necesarios a cargo de un equipo de profesionales idóneos (profesional líder, profesionales de apoyo) encargados de la intervención grupal y en el caso de requerirse, para la intervención individual. Es prioritario contar con un equipo de profesionales conformado para atención en emergencias y desastres; a la vez, es necesario la formación de directivos docentes y docentes en primeros auxilios psicológicos, por ser quienes, al asumir un papel protagónico en la formación integral de los estudiantes deben estar preparados frente a una eventual emergencia que impacte directamente a las comunidades educativas del país.



Foto Alcaldía de Rosas Cauca

REFERENCIAS AS

- Frankl, V. (1987). El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Herder.
- Jung, C. (1995). El hombre y sus símbolos. Barcelona, Ed. Paidós.
- Ley 1523 de 2012 (2012, 24 de abril). Congreso de la República. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>
- Luceño, L., Martín, J., Díaz, E. y Rubio, S. (2008). Un instrumento de evaluación de riesgos psicosociales en el entorno laboral, el Cuestionario Decore. *Edupsykhé*, 7(2), 131-153.
- Tejada, A. (2017). Evaluación y Triage Psicológico en Emergencias y Desastres. Universidad Libre. Santiago de Cali.

RECONOCIMIENTO como EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA

La Prevención del Suicidio y la Afirmación de la Vida en una Institución Educativa un Modelo de Intervención Psicosocial



**Jaime Alberto
Carmona Parra¹⁸**

● **Universidad de Manizales** ●

El suicidio es un problema de salud pública que está creciendo en todo el mundo. Cada año más de 700.000 personas se quitan la vida, generalmente en la intimidad de sus viviendas y la mayoría de ellas tienen entre 15 y 44 años, es decir que están en el período de mayor desarrollo de sus capacidades cognitivas, físicas y laborales. En los últimos 60 años las tasas de suicidio en el mundo han crecido en más de un 50% (OMS, 2021) En Colombia menos de cinco años, entre 2015 y 2018 las tasas de suicidio crecieron en más de un 40% (Forensis, 2018). En el 2020 el país registró el mayor número de suicidios de los últimos cinco años (Pública, 2021). A nivel mundial y a nivel nacional están creciendo las tasas de suicidios en los púberes y adolescentes y cada vez se registran más suicidios a edades más tempranas. Esto ha llevado a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a situar la prevención del suicidio dentro de los objetivos de desarrollo sostenible (ONU, 2015). En los últimos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desplegado una intensa actividad de publicación de orientaciones teóricas y prácticas dirigidas a los profesionales del campo de la salud, para contribuir a la prevención del suicidio.

La experiencia de atención psicosocial que queremos compartir en este artículo tiene su fundamento en la concepción del suicidio que propone la OMS como “un fenómeno multideterminado” (OMS, 2021), es decir multicausal, lo cual implica que su comprensión invita a un diálogo interdisciplinar y su intervención convoca estrategias y programas intersectoriales. Otro importante aporte de la OMS a la

prevención del suicidio, que fue fundamental en el proceso de intervención psicosocial que socializaremos en este capítulo, es el desplazamiento de las tradicionales intervenciones individuales realizadas por especialistas a una estrategia que desde hace varios años viene tomando fuerza en la OMS, que se apoya en la figura del “gatekeeper”, se entiende como un guardián de la vida y puede ser un profesional del campo de las ciencias de la salud, pero también un maestro, un bombero, un policía, un líder religioso, o cualquier persona que, por su cercanía con alguien que está en riesgo suicida, puede contribuir tempranamente a la prevención del fenómeno.

Podemos decir que desde hace más de 70 años la psicología ha sido la disciplina desde la cual se ha convocado este diálogo interdisciplinar para la comprensión e intervención del comportamiento suicida. Fue precisamente en la década del 50 que el psicólogo norteamericano Edwin Schneidman fundó la suicidología como un campo interdisciplinario que tiene como anfitriona a la psicología, más específicamente la psicología social (Schneidman, 1957). Desde entonces la suicidología es reconocida por la OMS como una especialidad de la psicología y en torno a ella se han generado importantes journals, congresos, programas de atención y redes de profesionales e investigadores dedicados a la investigación y la prevención de la conducta suicida. En el transcurso de la narración de la experiencia de intervención psicosocial que compartiremos aquí, aportaremos algunos principios de este campo de la psicología que sirvió de orientación teórica y de inspiración para la acción.

¹⁸ jcarmona@umanizales.edu.co

POBLACIONES PARTICIPANTES

La población protagonista de esta intervención psicosocial es la comunidad del Instituto Técnico Francisco José de Caldas de Manizales, conformada por 2500 estudiantes y aproximadamente 5000 padres de familia. Se trata de familias humildes que pertenecen en su mayoría a los estratos 1, 2 y 3 del Sisben. La mayoría de los hogares de los que provienen los estudiantes de la institución tienen entre tres y cinco integrantes.

La suicidología afirma que la familia es un contexto en el que podemos encontrar los factores de protección más potentes para la prevención del suicidio y, a la vez, la fuente de algunos de los factores de riesgo más sensibles. Este principio nos permitió abordar las familias de los estudiantes como realidades complejas, aprovechando los recursos que nos podían ofrecer para contribuir a la prevención del suicidio y a la afirmación de la vida de los estudiantes, sin construir en torno a la familia una idealización ingenua, ni una visión exclusivamente orientada a señalar en ella los potenciales suicidógenos (Carmona, 2012). En cuanto a los contextos familiares de los estudiantes de la institución, podemos decir que coincide con el de la mayoría de los estudiantes de instituciones públicas de la ciudad y del país, donde la baja escolaridad de los padres, sumada a las tensiones laborales que viven cotidianamente, las carencias y las violencias mismas a las que están expuestos, repercute en ambientes familiares que no siempre ofrecen las mejores condiciones para el desarrollo psico-afectivo de los menores y no con poca frecuencia son ambientes en los cuales los muchachos están expuestos a diferentes formas de violencias y soledades que incrementan o crean directamente factores de riesgo de suicidio.

Los barrios de origen de la mayoría de los estudiantes de la institución son contextos permeados por el microtráfico y diferentes problemáticas psicosociales tales como la explotación laboral y sexual de niños, niñas y jóvenes. Son ambientes en los que las bandas y los combos imponen su ley y en los que los muchachos con frecuencia viven amedrentados o terminan vinculándose de una manera directa o indirecta a organizaciones ilegales que en sus contextos comunitarios tienen una mayor legitimidad que las autoridades legales. Algunos de los factores de riesgo suicida propios de los contextos comunitarios

son las diferentes formas de exclusión que padecen los muchachos, algunos de ellos se manifiestan directamente como prácticas de estigmatización y segregación de los que pertenecen a la comunidad LGTBI, o a minorías étnicas, grupos de familias desplazadas de sus regiones por la violencia, etc.

La suicidología afirma que la escuela es por excelencia un ambiente que contribuye a la afirmación de la vida y que es fundamentalmente protector frente al riesgo de suicidio, por varios factores: la expectativa realista de todo estudiante en que al finalizar sus estudios podrá mejorar sus condiciones de vida, la calidad de los vínculos con los docentes, la posibilidad que ofrece a los estudiantes de construir vínculos de amistad con sus pares y, por supuesto, las posibilidades de cultivar las artes, los deportes y el despliegue de actividades cívicas y sociales. Pero la escuela no existe al margen de la sociedad y por ello todos los síntomas sociales y familiares se manifiestan de muchas maneras en las aulas, por lo cual las diferentes formas de las violencias sociales y familiares terminan permeando a las instituciones educativas y con ellas los desarrollos de comportamientos autodestructivos y suicidios por parte de los estudiantes. Es así como aparecen en el escenario escolar fenómenos que se asocian con el incremento del riesgo suicida como el hostigamiento escolar, la exclusión de las minorías, el acoso sexual, académico y físico abierto o sutil y las diferentes dinámicas de conflicto y competencia hostil entre los diferentes integrantes de la comunidad educativa (J Carmona, 2010).

Con respecto a la incidencia del factor social en el riesgo de suicidio, debemos decir que la Ciudad de Manizales en los últimos diez años ha mostrado un comportamiento creciente del fenómeno, ubicándose en los últimos cinco años entre las cinco ciudades con las tasas más altas de suicidio en el país. Al respecto el Sociólogo Francés Emile Durkeim advierte que las crisis sociales contribuyen a la elevación de las tasas de suicidio. Es probable que los diversos acontecimientos que han afectado al eje cafetero y a la ciudad en las últimas décadas estén en la base del elevamiento de las tasas de suicidio en estos tres departamentos y en la Ciudad de Manizales en particular.



SITUACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

A continuación, haremos una narración del proceso de intervención psicosocial y su sistematización hasta la publicación del libro y los diferentes contextos de socialización del mismo, que tendrá la estructura de una secuencia de hechos y le mostrará al lector en una línea de tiempo lo que ocurrió desde el primer día hasta la actualidad.

MIÉRCOLES 3 DE MAYO DE 2017 DE 2017

Amaneció lloviendo en la Institución Educativa Francisco José de Caldas y las primeras horas del día estuvieron acompañadas por una suave llovizna, como suele ocurrir en esta época del año. Los profesores y estudiantes llegaron puntualmente para el inicio de la jornada escolar, cubiertos con sus paraguas, chaquetas y algunos incluso ayudándose con bolsas plásticas. Todo parecía normal hasta el primer descanso de la mañana cuando un estudiante encontró en uno de los baños el cuerpo inerte de un compañero de octavo grado que se había suicidado, inmediatamente, con el apoyo de profesores y compañeros llevaron el cuerpo a una clínica de la ciudad, pero ya no había nada que hacer.

Una hora después nos encontrábamos en la institución varios profesionales de la alcaldía y de la

Universidad de Manizales, que ya nos conocemos de larga data como suele ocurrir en una ciudad pequeña y que tenemos un vínculo de confianza y familiaridad. Sin demasiadas palabras cada uno encontró algo que hacer: alguno se reunió con el grupo de compañeros del estudiante que se suicidó, para realizar con ellos un espacio de expresión de sentimientos, otros hicieron atención individual con estudiantes y profesores que estaban en Shock o que estaban en crisis por lo ocurrido, otro acompañaba a los directivos en el manejo de la información a la prensa y las autoridades, otros acompañaron al equipo psicosocial de la institución para el monitoreo de la situación de los estudiantes y profesores de los diferentes grupos.



Foto Instituto Técnico Francisco José de Caldas Manizales

LUNES 8 DE MAYO DE 2017 DE 2017

Se conformó un comité interinstitucional para la prevención del suicidio y la afirmación de la vida en el que participan directivos, docentes y profesionales del equipo psicosocial de la institución, profesionales de las secretarías de salud y educación del municipio y profesores de la Universidad de Manizales. Desde el primer momento, la dinámica del comité se caracterizó por una vocación operativa en la cual el grupo estaba centrado en la tarea de la prevención del suicidio y la afirmación de la vida en la institución. Cada decisión tomada fue producto de un sereno razonamiento colectivo en el que ni los cargos, ni los títulos, ni los afanes de protagonismo se hicieron presentes. No obstante el reconocimiento de las experiencias y las trayectorias de algunos de los profesionales del equipo transmitían confianza a los

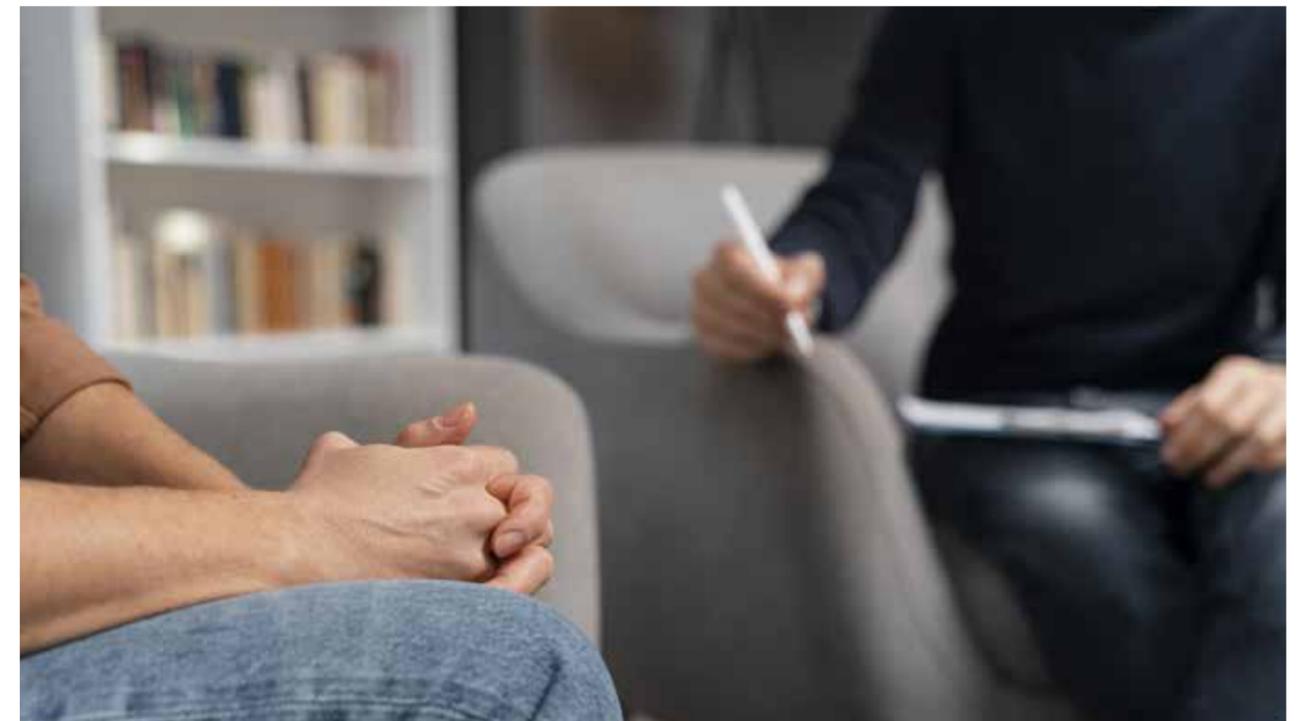
demás integrantes. El Comité se reunió primero semanalmente, luego cada dos semanas entre mayo y noviembre. En cada reunión se evaluaban las acciones realizadas, las necesidades de cada una de las poblaciones (estudiantes, familias, profesores, personal administrativo) y los recursos disponibles. Cada semana, gracias a la gestión de los diferentes actores involucrados, aparecían nuevos recursos, por ejemplo, profesionales que se sumaban al proceso de intervención. El reto fundamental del comité fue la reducción del riesgo suicida en la comunidad educativa, pues el suicidio del estudiante había permitido visibilizar que había un número importante de estudiantes de diferentes niveles que venían presentando ideaciones suicidas e intentos de suicidio.

PERÍODO DE MAYO A NOVIEMBRE DE 2017 DE 2017

Se realizó el proceso de intervención psicosocial que tuvo como principio la comprensión interdisciplinaria y la acción intersectorial en el marco de una epistemología convergente que permitió que profesionales de diversas disciplinas, con enfoques teóricos y prácticos diversos, pudieran aportar sus esfuerzos en función de la tarea común. Esta perspectiva hizo posible que profesiones y disciplinas tan disímiles como la psiquiatría, la psicología clínica, la psicología social, la medicina, la pedagogía, la comunicación social, el trabajo social, por mencionar solamente algunas, pudieran articularse en función de la prevención del suicidio y la afirmación de la vida en la comunidad educativa. Incluso estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Manizales que realizaban su práctica en la institución, acompañados por uno de sus docentes, articularon sus actividades en el marco de esta acción conjunta. El equipo coordinador de la intervención evaluaba el proceso semanalmente, la situación del equipo humano que estaba desarrollando las actividades y orientaba las acciones que se realizarían durante la semana siguiente.

Algunas de las acciones realizadas en los seis meses que duró el proceso de intervención fueron: evaluaciones individuales para atención en crisis y

remisión de los estudiantes y docentes que presentaban alto riesgo de suicidio, para que fueran atendidos por la red de empresas prestadoras de servicios de salud de la ciudad. Las profesionales de la Secretaría de Salud hicieron una importante labor para movilizar los recursos de las diferentes IPS, de manera que se diera atención prioritaria a los integrantes de la comunidad educativa que requirieran una atención especializada con carácter urgente; intervenciones familiares para la atención del duelo de la familia del estudiante que se suicidó y de otras familias que lo solicitaron por diferentes motivos; talleres de expresión de sentimientos con grupos de estudiantes y profesores que servían, además, para detectar casos que requirieran de algún apoyo adicional; escuelas de padres, maestros y directivos en las que se brindaban orientaciones para la prevención del suicidio, para la detección de señales de riesgo y se capacitaba a los padres y profesores como "gatekeepers", cada uno desde sus capacidades y posibilidades. Los medios de comunicación de la ciudad fueron una herramienta importante para transmitir orientaciones para la prevención y para la actuación. Con el apoyo de la Alcaldía se gestionaron apoyos de expertos nacionales que brindaron capacitaciones a los profesionales que participaron en la intervención y al Comité Coordinador.



PRIMERA SEMANA DE DICIEMBRE DE 2017 DE 2017

La proximidad de la terminación del año académico y la evaluación positiva de los efectos de las acciones realizadas, permitieron al Comité Coordinador tomar la decisión de dar por terminada la intervención. Se había logrado el objetivo, tanto los estudiantes, como los padres de familia y los docentes y directivos de la institución manifestaron que gracias a la intervención psicosocial se sentía una transformación en el clima de la institución. No se trataba solamente de que se hubieran sentido atendidos y acompañados y que quienes requirieron atención especializada en salud la recibieron oportunamente, sino que se había generado un cambio en las dinámicas vinculares y en la cultura institucional, que más tarde, en el proceso de sistematización, logramos conceptualizar como la construcción de una cultura del cuidado mutuo en el que cada integrante de la institución, desde las posibilidades que le permitía su rol, su formación y su lugar en los diferentes contextos de interacción, se asumía como un “gatekeeper”, como un guardián de la vida de los demás integrantes de la institución.

ÚLTIMA SEMANA DE ENERO DE 2018 DE 2018

Después del descanso de fin de año y las fiestas de año nuevo, se realizó una reunión del equipo coordinador en la que recogimos la solicitud de muchas voces de padres de estudiantes, profesores, padres de familia, profesionales y académicos de la ciudad que nos decían que una experiencia tan significativa no podía quedarse sin ser documentada. Acordamos escribir un libro con una consigna fundamental: que la experiencia fuera contada por los mismos actores sociales que participaron en ella, el reto era que las voces de los estudiantes, los padres de familia, los profesores del colegio y los profesionales fueran quienes narraran la experiencia. Con esta consigna un grupo de aproximadamente 20 participantes de la experiencia nos constituimos como un taller de escritores, ya que la mayoría de los convocados nunca habían tenido la experiencia de escribir para publicar.



FEBRERO A NOVIEMBRE DE 2018 DE 2018

Ciertamente la experiencia de intervención, y sus impactos, no había terminado, lo más importante apenas empezaba a ocurrir. En una dinámica de diálogo festivo, los participantes en la intervención logramos construir un plan de obra y una dinámica de escritura y revisión por pares entre nosotros mismos, esto garantizó optimizar nuestros esfuerzos y visualizar los avances que individual y colectivamente íbamos logrando. Con gran facilidad llegamos a un acuerdo sobre el objetivo de la publicación: que cualquier persona que leyera el libro, pudiera replicar la intervención en su comunidad, contextualizándola a las posibilidades y recursos disponibles. Con base en este objetivo decidimos que el libro tendría varias secciones: una primera sección en la que aparecerían las voces de los líderes de las instituciones que participaron en la intervención en la que, desde sus roles, hablaran del significado que la intervención había tenido para su organización; una segunda sección en la que se plasmarían los fundamentos teóricos en los que se basó la intervención; una tercera sección en la que los líderes del Comité Coordinador, representantes de los sectores participantes (Estado, universidad, institución educativa) narraran el aporte al direccionamiento estratégico de la intervención; una cuarta sección, denominada la “Caja de Herramientas de la intervención” en la que se haría una descripción de los dispositivos técnicos más importantes del proceso; y una quinta sección de evaluación que se haría desde las voces de los estudiantes, los padres de familia, los docentes y otros actores participantes en el proceso.

DICIEMBRE DE 2018 2018

Volvieron los aires navideños y la proximidad de las vacaciones, con la satisfacción del deber cumplido. La profunda implicación de los actores de la experiencia favoreció el desarrollo de las competencias escriturales en quienes no las habían desarrollado y la dinámica de pares, amigos, completó lo que faltaba. El libro estaba listo, la calidad del trabajo animó al equipo a enviar el borrador a una experta en la metodología de sistematización de experiencias de otra universidad de la ciudad para que nos diera un concepto académico sobre el trabajo. Corroboramos nuestra hipótesis, habíamos logrado hacer una sistematización. Gracias a la asesoría de esta experta se construyó una sección final del libro con dos capítulos, uno de ellos que trata sobre la metodología de la sistematización de la experiencia y uno final de discusión y conclusiones.

ENERO 2019 19

Otro fin de año y otras fiestas habían transcurrido. Ya teníamos el libro concluido. Surgió la iniciativa de enviarlo a evaluar por pares ciegos de Colciencias (actualmente Min ciencias). Por intermedio del Centro de Investigaciones de la Universidad de Manizales se cumplió el proceso con todo el rigor que implica y los evaluadores aprobaron el texto como producto de investigación.

ABRIL 2019 19

Entusiasmados por el concepto positivo de los pares de Colciencias, presentamos el libro a la Editorial Manual Moderno, al Colegio Colombiano de Psicólogos y a la Universidad de Manizales. En una conversación amigable y propositiva logramos un acuerdo de las tres instituciones para la publicación de la obra.

SEPTIEMBRE 2019 2019

El lanzamiento del libro se hizo en la ciudad de Barranquilla, en el Congreso Colombiano de Psicología, organizado por COLPSIC y ASCOFAPSI. En su lanzamiento estuvieron presentes el Presidente del Colegio y la Directora Ejecutiva de Ascofapsi.

ANTECEDENTES

Algunos antecedentes de la intervención ya fueron mencionados, no obstante, serán abordados de lo general a lo particular. Como antecedente mundial debemos mencionar el crecimiento de las tasas de suicidio en más de un 50% en los últimos 50 años, lo cual ha llevado a la OMS a declararlo como un problema de salud pública. En el nivel nacional tenemos un crecimiento de las tasas de suicidio de más de un 40% entre 2013 y 2018, las cuales siguen creciendo. En el nivel regional es fundamental el hecho de que los tres departamentos que conforman el eje cafetero en los últimos años se han mantenido entre los cinco con las tasas más altas de suicidio del país. En el nivel local es importante destacar que la Ciudad de Manizales ha mantenido una tendencia creciente en las tasas de suicidio en la última década. Finalmente, en el nivel más particular de la institución en la que se realizó la intervención, el suicidio consumado de un estudiante visibilizó el alto riesgo de suicidio en el que estaban varios estudiantes de la institución.



PROPÓSITOS

Como se señaló más arriba, el propósito de la intervención fue prevenir el suicidio y afirmar la vida de los integrantes de la comunidad académica de la institución educativa Francisco José de Caldas de la Ciudad de Manizales, lo cual se logró en la medida en que en el resto del año y los años siguientes no se han vuelto a presentar casos de suicidios de estudiantes y en todas las evaluaciones realizadas los estudiantes, padres de familia, profesores y empleados administrativos coinciden en señalar que en la institución se generó una cultura del cuidado mutuo a partir de la intervención lo cual es una contribución clara a la afirmación de la vida.

METODOLOGÍA

Tal como se describe en el apartado de la discusión y las conclusiones del libro, la metodología se puede definir como un proceso de intervención psicosocial interdisciplinario y multiparadigmático, que se fundamenta en una epistemología convergente. Los instrumentos utilizados también fueron mencionados en un apartado anterior: intervenciones individuales para la atención en crisis, diagnósticos individuales y remisiones para casos de alto riesgo de suicidio al sistema de salud de la ciudad, atenciones familiares para elaboración del duelo y para la detección e intervención de dinámicas suicidógenas, dispositivos grupales tipo taller con estudiantes, profesores y empleados administrativos en los que se utilizaron diferentes técnicas, como expresión de sentimiento, rituales de elaboración del duelo con el apoyo de expresiones estéticas, etc. Escuelas de padres y de docentes en los que se impartían herramientas para su formación como “gatekeepers”, mensajes por medios de comunicación, etc.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención son múltiples. El primero y más importante fue el logro del objetivo propuesto de prevenir el suicidio y afirmar la vida en la comunidad educativa de la institución. Otro resultado relevante, que también mencionamos en un apartado anterior fue la creación de una cultura del cuidado mutuo entre los integrantes de la institución, lo cual fue corroborado de una manera elocuente en las narrativas de los diferentes actores de la institución que aparece en la sección quinta del libro, que se ocupa de la evaluación de la intervención.

Un tercer resultado que no es menor es el aprendizaje y el fortalecimiento de las competencias de todos los profesionales y estudiantes involucrados en la experiencia. Un cuarto resultado a destacar es la generación de un producto de nuevo conocimiento a partir del proceso de sistematización de la intervención. Anudado a lo anterior, otro resultado es el fortalecimiento de los grupos de investigación de los académicos que participaron en la experiencia y en la escritura del libro. También como resultado del proceso la Secretaría de Educación del Departamento expidió un certificado de consultoría al grupo de investigación que apoyó la intervención. Un resultado posterior importante es el insumo que la intervención aportó a la construcción y consolidación del Diplomado Latinoamericano online en suicidología de la Universidad de Manizales.

SOSTENIBILIDAD

El trabajo de sistematización de la experiencia y su transformación resultó en un libro producto de investigación, publicado por una editorial internacional reconocida como Manual Moderno, este tuvo como propósito garantizar que cualquier persona pueda replicar esta experiencia, contextualizándola a las necesidades y posibilidades de su comunidad. El diseño del libro y especialmente de la sección cuarta denominada la “Caja de Herramientas”, que tiene 10 capítulos en los que se describen detalladamente los dispositivos más importantes utilizados en el proceso de intervención.

CONCLUSIONES

La conclusión más importante que nos dejó esta experiencia de intervención psicosocial, el proceso de sistematización de la misma y la escritura y publicación del libro, es que prevenir el suicidio es posible y que una correcta comprensión de la perspectiva planteada por la OMS de éste como un fenómeno multideterminado, lejos de ser una noticia desalentadora, es una potente herramienta para el diseño de estrategias e insumos para su implementación comunitaria. Basta con identificar en ese carácter multideterminado cuáles son las determinaciones sobre las que podemos incidir, que la mayoría de ellas son las que podemos calificar como psicosociales, es decir, aquellas que tienen que ver con las interacciones cotidianas.

En esta perspectiva es particularmente significativo el giro que ha venido dando la OMS desde la perspectiva tradicional centrada en la intervención individual, en la que el centro era el especialista en salud mental, psicólogo o psiquiatra, hacia una perspectiva más comunitaria que no solamente pasa del campo disciplinar de las ciencias de la salud al campo interdisciplinario para la construcción de las comprensiones, sino que abandona el énfasis en los especialistas para afirmar una perspectiva comunitaria en la que el “gatekeeper” tiene más la connotación de un líder afectivo, de un agente de inclusión, de un ser humano dispuesto a escuchar y a acompañar, lo cual nos pone en el escenario de una suicidología comunitaria, profundamente ligada a la tradición de la psicología social.



REFERENCIAS

- OMS. (2021). Suicidio. Ginebra : OMS.
- Forensis, I. N. (2018). Forensis, datos para la vida. Bogotá: Diseñum.
- ONU. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU.
- Carmona, J. (2012). El Suicidio: un enfoque psicosocial. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 316-339.
- Schneidman, E. &. (1957). Clues to Suicide. New York: McGraw-Hill.
- J Carmona, F. T. (2010). El suicidio en la pubertad y la adolescencia. Medellín: Funlam.
- Pública, A. C. (10 de Septiembre de 2021). www.saludpublicacolombia.org. Obtenido de Asociación Colombiana de Salud Pública: www.saludpublicacolombia.org

Contextos escolares promotores de salud mental en la ciudad de Manizales



**Carolina
Castrillón Muñoz**
Secretaría de Educación de Manizales



**Valentina
Bernal Pérez**
Corporación Universitaria
Minuto de Dios, UNIMINUTO



**Diana Marcela
García Muñoz**



**Ana Lucía
Sanín Jiménez**



**Lina del Pilar
Trujillo Giraldo**

Universidad Católica Luis Amigó

CONTEXTO

El proyecto “Promoción de prácticas en salud mental, prevención de factores de riesgo psicosociales y mitigación de la conducta suicida en Instituciones Educativas (IE) públicas de Manizales” que da vida a esta experiencia, se enmarca dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), para este caso, salud mental. En la conferencia de Alma Ata de 1978, y en su apartado VI, se definió la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación [...] con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. En dicha declaración se enfatiza en la educación sobre los principales problemas de salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo, la Carta de Ottawa (1986) plantea:

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente (...). Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma (...). Esto ha de ser posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario.

Sobre la prevención de la enfermedad, la Carta acentúa su atención en los factores de riesgo y en las poblaciones en riesgo. Por otra parte, Restrepo-Espinosa (2010) define la salud mental como:

La expresión constructiva y concreta de la forma de identidad, de sentir, de pensar, de comunicar, y de la relación que podemos establecer los seres humanos entre nosotros, con los otros [...]; como también, con las instituciones y con las dimensiones de la vida: corpórea, física, emocional, cognitiva, social y espiritual. Así como en los espacios donde transcurre la vida y que le otorgan diferentes sentidos a ella (p. 190).

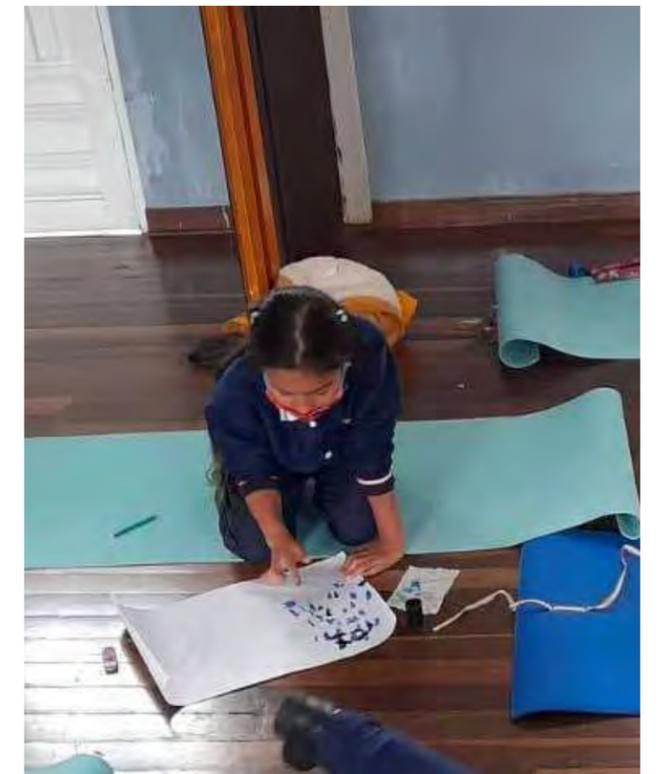
Al respecto, Londoño et al. (2010) expresan: “Se ha señalado que la prevalencia y aparición de las alteraciones de salud mental son el resultado de múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales” (p. 60). En este sentido, la familia es un espacio esencial y primario para la formación y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes y, en segunda instancia, la escuela como escenario de socialización. Infortunadamente, es con frecuencia en dichos ámbitos donde se presentan importantes factores de riesgo para la salud mental de esta población (Londoño et al., 2010). En el reciente artículo de revisión de Val y Míguez (2021), varios autores encuentran como factores de riesgo de la conducta suicida en los adolescentes: el déficit en habilidades de resolución de problemas (McAuliffe et al., 2006), la exposición a la violencia en casa, calle, colegio y televisión (Suárez et al., 2018) o variables psicológicas tales como la baja autoestima (Gómez, 2020).

En el marco de los planteamientos anteriores, con la experiencia que aquí se presenta buscamos ajustarnos a lo establecido en el capítulo III de la Ley 1438 de 2011 de la Atención Primaria en Salud, en lo concerniente a la acción intersectorial, específicamente en el sector educativo, con énfasis en la prevención y promoción de la salud mental. En congruencia, se desplegaron las estrategias, como recomienda el modelo mhGAP versión 2.0 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), enfocadas en la salud mental desde una perspectiva comunitaria para apoyar concepciones de despatologización y acercar la salud a la infancia y adolescencia en sus contextos educativos.

POBLACIONES PARTICIPANTES

En la actualidad, el proyecto se viene desarrollando en diez y seis (16) instituciones educativas oficiales ubicadas en ocho (8) de las doce (12) comunas y uno de los siete (7) corregimientos de Manizales, donde se identificaron riesgos psicosociales como microtráfico (83%), violencia sexual (58%), pandillismo y delincuencia juvenil (42%), problemas de salud mental (42%), deserción escolar (34%), violencia intrafamiliar (35%), y la intolerancia de las instituciones educativas (25%) (Castrillón, 2021). Esta población se ubica en los sectores más vulnerables de la ciudad, encontrándose expuesta a factores de riesgo psicológicos, familiares, sociales, económicos y ambientales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proyecto se centró en fortalecer la tríada educativa: estudiante, familia, colegio, conscientes de la necesidad de generar estrategias articuladas para un mayor impacto en las comunidades educativas. La población beneficiaria está constituida por estudiantes de primaria y bachillerato, padres de familia y/o cuidadores del estudiante y los docentes y directivos de las instituciones educativas atendidas.



SITUACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

En abril de 2019 se conformó la Mesa de Prevención de Riesgo Psicosocial, convocada por la Unidad de Calidad de la Secretaría de Educación de Manizales, con la participación de la Universidad Católica Luis Amigó, la Corporación Universitaria Minuto de Dios y la Universidad de Caldas, instituciones que se vincularon al programa con prácticas de psicología y trabajo social. Específicamente, en el año 2020 se formalizó la alianza entre la Universidad Católica Luis Amigó y la Secretaría de Educación Municipal, mediante el Acuerdo de Voluntades Marco No. 2008240322, a 5 años, y en el pasado mes de agosto de 2021 se cumplieron dos años de la implementación de la intervención en la ciudad de Manizales, con el proyecto que aquí presentamos.



ANTECEDENTES

En el segundo semestre de 2018 se llevó a cabo en 26 instituciones educativas de carácter oficial el proyecto “Rehabilitación en salud mental basada en la comunidad y detección temprana de la enfermedad mental en Manizales” (Hernández et al., 2018), con la participación de la Universidad de Manizales, ASSBASALUD, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Municipal.

En este proyecto se tamizaron con la escala CBCL 1.262 estudiantes. Se encontró que 374 (30%) presenta alto riesgo de problemas y trastornos en salud mental; 143 con ideación suicida (11%) y 192 (15%) estudiantes evidenciaron riesgo medio en su salud mental. Estos resultados pusieron sobre la mesa la necesidad de trabajar en la prevención primaria y secundaria de problemas de salud mental, y especialmente del suicidio, en la población escolarizada en una IE de carácter público.

PROPÓSITOS

El objetivo general del proyecto es desarrollar estrategias de prevención de riesgo psicosocial, promoción de prácticas en salud mental y mitigación de la conducta suicida en las instituciones educativas de la ciudad de Manizales, por medio de acciones de telesalud en respuesta a la situación de pandemia. Para el logro del mismo se diseñaron cuatro objetivos específicos:

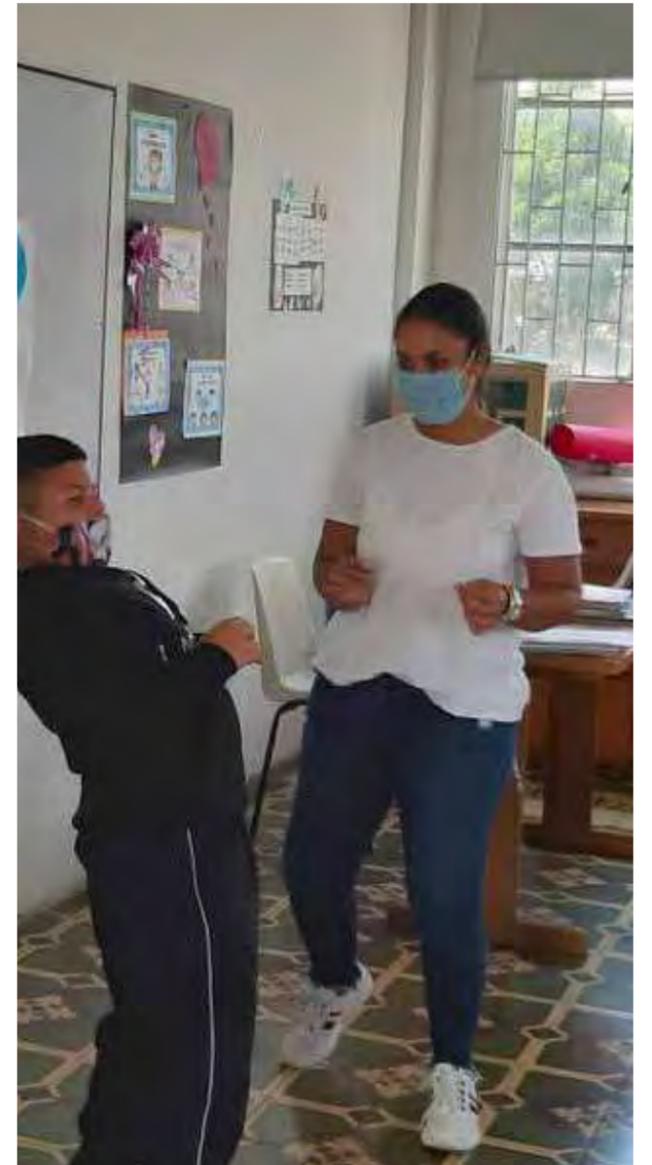
- ▷ Implementar estrategias de detección temprana de problemas de salud mental en niños y adolescentes;
- ▷ Realizar acompañamiento psicosocial a estudiantes a través de medios virtuales o presenciales, con el fin de potenciar recursos psicosociales, autocuidado, autoestima, capacidad adaptativa y su sentido de vida;
- ▷ Implementar estrategias psicoeducativas individuales y grupales a demanda por la IE para la promoción de prácticas protectoras de salud mental
- ▷ Activar las rutas de atención en salud mental y la mitigación de la conducta suicida.

Las metas que se plantearon son semestrales y, debido a que las estrategias son desarrolladas por psicólogos en formación, de últimos semestres de las universidades mencionadas, estas metas varían cada semestre de acuerdo con el número total de practicantes vinculados al proyecto.

RECURSOS

Para el desarrollo del proyecto se han movilizado recursos humanos que permiten contar con una profesional en trabajo social, adscrita a la Unidad de Calidad de la Secretaría de Educación; dos docentes asesoras de práctica y una docente coordinadora del proyecto, vinculadas a la Universidad Católica Luis Amigó del centro regional Manizales; dos docentes asesoras de práctica de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, además de los estudiantes de noveno y décimo semestre de psicología de las dos universidades.

Igualmente, en las IE se cuenta con el apoyo de las docentes orientadoras y otros profesionales que tienen contacto directo con los estudiantes, y con el respaldo de los rectores, coordinadores y personal administrativo. En cuanto a los recursos en especie, el proyecto dispone de equipamientos para realizar las atenciones, recargas de celular para el seguimiento telefónico, y material de papelería. Por parte de la alcaldía de Manizales se realiza el pago de las ARL de los practicantes, un requerimiento de vinculación de los estudiantes al proyecto.



METODOLOGÍA

EL PROCESO COMPRENDIÓ CUATRO FASES:

Alistamiento: mediante la gestión de la vinculación de las instituciones educativas, la presentación a rectores y reuniones de sensibilización con coordinadores y docentes orientadores; de manera paralela, se llevó a cabo la selección de practicantes y se plantea una estrategia de nivelación y actualización de capacidades con el equipo de trabajo (asesores, docentes orientadores y estudiantes de práctica profesional) que contempla la inducción y la distribución de los psicólogos en formación, por las instituciones educativas.

Implementación de estrategias: teniendo en cuenta que “La salud mental compromete tanto una experiencia interna y subjetiva como una experiencia de grupo” (Restrepo-Espinosa, 2010, p. 190), se pusieron en marcha estrategias de intervención psicosocial tanto individuales como grupales, tales como: realización de tamizajes en salud mental a estudiantes principalmente (de 6 años en adelante), pero también a docentes y padres de familia que lo requieran. Los cuestionarios empleados son: CBCL, SDQ, escala de suicidio Plutchik, PHQ9 y SRQ para padres de familia y docentes.

Si los padres dan el consentimiento, con los estudiantes cuyas puntuaciones evidencian problemáticas en salud mental (emocional, conductual, atencional, en relaciones con pares) se iniciaban los procesos de acompañamiento psicosocial, priorizando siempre el riesgo de la conducta suicida y violencias. Con los estudiantes y con los padres que no se encontraban en riesgo, o cuando este era bajo, se llevaban a cabo psicoeducaciones individuales durante las cuales se brindaba información y pautas pertinentes, orientadas a la promoción de hábitos saludables y a la prevención de problemáticas y trastornos en salud mental. Quienes requerían tratamiento psicológico o psiquiátrico eran remitidos a sus EPS.

Los procesos de acompañamiento tenían un rango de duración de 6 a 12 sesiones. Entre las técnicas más empleadas estaban las técnicas de evaluación, expresión y elaboración emocional como el juego, el dibujo, el garabateo, las narrativas, los autorregistros, los juegos de roles; técnicas de respiración y

relajación muscular; técnicas de resolución de problemas y de modificación de conductas; autoinstrucciones y detención del pensamiento.

A nivel grupal se realizaban talleres psicoeducativos con docentes, padres de familia y estudiantes. Estos espacios se orientan al reconocimiento de los imaginarios de la salud mental, formación en gestión de emociones, primeros auxilios psicológicos, manejo de la ansiedad, autocuidado, prácticas protectoras de entornos saludables y sana convivencia a nivel escolar y familiar. Como apoyo a la psicoeducación, se diseñan y divulgan piezas comunicativas empleadas en medios virtuales. Igualmente, se ha comenzado a implementar la creación de grupos de apoyo con los estudiantes que presenten problemáticas similares en salud mental.

El objetivo de estos grupos pequeños y de participación voluntaria es el de “consolidar, ampliar y complementar la red social del individuo que atraviesa alguna dificultad y/o problema, no pudiendo recibir apoyo o no siendo adecuado el apoyo que recibe de otros sistemas de su red social” (Domenech, 1998, p. 182).

De manera transversal, se brindaba apoyo en las IE para la activación de rutas integrales de atención en salud mental, en especial las relacionadas con conducta suicida y violencias; los practicantes reportaban el caso al orientador o referente responsable de la IE mediante el formato de remisión de la SEM y apoyan su seguimiento. Asimismo, se realizaban intervenciones en crisis con los estudiantes, cuando estas se requerían.

Registro de información y seguimiento de estrategias: a partir de la puesta en marcha de las acciones descritas en la anterior fase con la identificación de la población, la sistematización de tamizajes y demás actividades en los formatos construidos para ello, cada semana se registran los datos de atenciones realizadas y se sistematizan en bases de datos los tamizajes.

Evaluación y seguimiento: incluía asesorías frente a los procesos de acompañamiento, estudios de caso, visitas a instituciones educativas, elaboración y socialización de informes a todos los estamentos relacionados.

RESULTADOS

Durante los 4 semestres de ejecución del proyecto, han participado 65 psicólogos en formación, 3 practicantes de trabajo social y 24 estudiantes de enfermería de la alianza SUMA eje proyecciones (sistema universitario de Manizales). En el transcurso de la intervención se han identificado 167 casos de conducta suicida (incluyendo ideación, gesto y conductas autolíticas).

Tabla 1. Frecuencias totales por semestre.

Actividad	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4	Total
Tamizajes realizados	550	826	858	742	2976
Estudiantes tamizados con riesgo	236	177	222	279	914
Acompañamientos psicosociales	245	221	564	299	1329
Talleres	18	66	146	79	309
Psicoeducaciones realizadas	438	753	1005	845	3041
Atenciones en crisis realizadas	17	62	27	46	152
Rutas activadas	SD	95	71	76	242

Fuente: elaboración propia, 2021.

Con relación al aspecto cualitativo del proyecto, cabe destacar que los procesos de acompañamiento psicosocial han posibilitado a los estudiantes sentirse escuchados sin juicios de valor y escucharse a ellos mismos para clarificar y elaborar sus propias preguntas, conflictos, duelos, ansiedades, miedos, rabias y dolores, propio s de la crisis de entrada en la adolescencia y todo lo que esto conlleva a nivel familiar. Dichos acompañamientos contribuyen a fortalecer su autoestima, autoimagen, autoconcepto y su autocuidado, así como a adquirir estrategias de resolución de conflictos y manejo adecuado de emociones. En palabras de una estudiante participante:

“fue un proceso en el cual me ayudaron mucho, en el cual aprendí muchas cosas, encontré un acompañamiento grandioso, me pude desahogar y curar, me enseñaron a quererme, a manejar mi ansiedad y mis estados de ánimo, a creer en mí, en mis capacidades y estoy completamente agradecida”, mayo 2020.

Además, se favorecen a través de la psicoeducación las prácticas saludables (higiene del sueño, prácticas deportivas, lúdicas, artísticas) y el desarrollo de conductas adaptativas, el mejoramiento de sus relaciones interpersonales y la sana convivencia. Los estudiantes evidencian los efectos positivos del acompañamiento cuando expresan: “me siento mucho más tranquilo (a)”; “las cosas en mi casa han mejorado”; “ya no tengo ideas de muerte”; “no he vuelto a cortarme”; “me siento más motivado y me está yendo mejor en el colegio”.

De igual manera, los talleres contribuyen a transformar los mitos e imaginarios que los estudiantes y sus familias tienen sobre el rol del psicólogo, las problemáticas en salud mental y el uso de psicofármacos. Asimismo, se ha capacitado sobre los signos de

alerta y de alarma respecto a la conducta suicida y la necesidad de fortalecer las redes de apoyo y los factores protectores. Como evidencia un padre participante del taller reconocimiento de los síntomas de la depresión y prevención del suicidio en el 2019 señalaba “No saber las manifestaciones puede hacer que cometamos errores pensando que son comportamientos normales de los niños.”

Con los docentes, los espacios psicoeducativos grupales se han orientado, de un lado, a brindarles herramientas para el manejo de sus emociones y el mejoramiento de su salud mental, y de otro, al reconocimiento de las señales de alerta en sus estudiantes y técnicas para brindar primeros auxilios psicológicos.

SOSTENIBILIDAD

En cuanto a la sustentabilidad en el corto plazo, esta se da por la articulación interinstitucional según las particularidades de cada institución educativa, un diálogo constante y colaborativo con los docentes orientadores quienes, a la vez, se benefician de las capacitaciones. Sin embargo, a largo plazo, para la estabilización como programa se requiere su inclusión dentro de la política de educación del municipio, lo cual implica contar con la voluntad política de los tomadores de decisiones, así como generar más alianzas con otras universidades, entidades o profesionales. Lo anterior permitiría contar con recursos para cubrir las demandas, tanto de talento humano interdisciplinario, como para ampliar coberturas a todas las IE de la ciudad.

De igual manera, se plantea llevar a cabo procesos reflexivos que sistematizan y derivan en investigaciones a mediano plazo, con el fin de generar un modelo de atención psicosocial y de salud mental escolar. Con el objetivo de medir el impacto del proyecto, es necesario entonces establecer una línea de base de los problemas en salud mental.



CONCLUSIONES

Las instituciones educativas vinculadas al proyecto “Promoción de prácticas en salud mental, prevención de factores de riesgo psicosociales y mitigación de la conducta suicida en Instituciones Educativas (IE) públicas de Manizales”, consideran importante continuar con el proceso, pues a través de él se ha logrado sensibilizar a sus comunidades, especialmente en la desestigmatización de la salud mental, en la identificación de riesgos y activación de rutas, así como en la atención individual y familiar de los estudiantes, lo que contribuye a que tanto niños, niñas, adolescentes y familias fortalezcan sus competencias emocionales, cognitivas y sociales. Como evidencia de lo anterior, los docentes orientadores manifiestan:

“El sector educativo se beneficia de la promoción, atención, mitigación que abarca el proyecto, es ambicioso, se ha sostenido en el tiempo y sobrevivió a una pandemia, esto se traduce en claridad, precisión y coherencia” (agosto 2021).



Es importante resaltar que la pandemia produjo cambios inesperados en la sociedad y, por ende, en las familias: dificultades en la salud mental generadas por la falta de socialización, cambios en las dinámicas del hogar, enfermedad y muerte de seres queridos, pérdidas en los ingresos y cambios en las metodologías escolares. Las intervenciones psicosociales del proyecto han resultado de capital relevancia para hacer frente a las crisis emocionales que esos cambios desencadenaron, tanto en los estudiantes y en sus familias, como en los docentes, lo que constituye un avance en la prevención y promoción de la salud mental.

Para la Secretaría de Educación de Manizales, este proyecto evidenció la necesidad de generar acciones en prevención y promoción de la salud mental desde el ámbito escolar, con el propósito de benefi-

ciar a todos los actores de la triada educativa. Por lo tanto, se deben fortalecer los equipos psicosociales de las instituciones educativas y gestionar recursos que permitan su sostenibilidad en el tiempo, así como una intervención integral e integrada desde diferentes profesiones relacionadas con el tema de la salud mental. El afianzamiento de la articulación intersectorial fortalece las rutas de atención, de manera que pueda brindarse una atención oportuna y eficaz a la población ante las situaciones de riesgo presentadas.

En lo académico, el proyecto contribuye a la formación de profesionales en el área de la salud, interesados en la atención primaria en salud mental, y promueve competencias de acompañamiento psicosocial en las comunidades.



REFERENCIASIAS

Carta de Ottawa para la promoción de la salud (noviembre de 1986). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Castrillón C. (2021). Informe riesgos psicosociales Unidad de Calidad. Secretaría de Educación de Manizales.

Declaración de Alma Ata (1978). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Domenech, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, (6), pp. 179-195.

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 (2017).

Hernández, La Portilla, Guapacha, Vargas y Cardona (2018). Proyecto: Rehabilitación basada en la comunidad en salud mental y detección temprana de enfermedad mental en Manizales. (Inédito).

Londoño, N.; Marín, C. A.; Juárez, F.; Palacio, J.; Muñiz, O.; Escobar, B.; Herrón, I.; Agudelo, D.; Lemos, M.; Toro, B.; Ochoa, N. L.; Hurtado, M. H., et al. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. Suma Psicológica, 17(1), 59-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134215244005>

Manizales cómo vamos (2019). Informe de calidad de vida. http://manizalescomovamos.org/wp-content/uploads/2019/09/Calidad_de_vida_2019_compressed.pdf

Manizales Cómo Vamos. (2019). http://manizalescomovamos.org/wp-content/uploads/2019/09/Calidad_de_vida_2019_compressed.pdf

Ministerio de Salud de Colombia (2018). Resolución 4886 de 2018 de política nacional en salud mental. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Atención Primaria en Salud. Gestor-Normativo (funcionpublica.gov.co).

Restrepo-Espinosa, M. H. (2010). Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción. Revista Ciencias de la Salud, (4). <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/551>

Val, A. y Míguez, M. C. (2021). The prevention of suicidal behavior in adolescents in the school: a systematic review. Terapia psicológica, 39(1), 145-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100145>

RECONOCIMIENTO como EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA

Construcción de escenarios de paz con jóvenes de combos o parches, sus familias y sus entornos Programa "Pégate al Parche + Grande"



José Iber Galeano Luna¹⁹



Andrés Felipe Agudelo Hernández²⁰



Edson Julián Rivera Orozco²¹



Ximena Villada Botero²²



Carlos Hugo Cardona García²³



John Jairo Zapata Tabares²⁴



Guillermo Andrés Cortés Morales²⁵



Nataly Ospina Daza²⁶

Programa "Pégate al Parche + Grande", Secretaría de Gobierno, Alcaldía de Manizales

¹⁹ jgluna32@hotmail.com • ²⁰ afagudelo81703@umanizales.edu.co • ²¹ julianorozco131@gmail.com

²² ximevillada@gmail.com • ²³ clubestrellasdeporrismo@gmail.com • ²⁴ equiseg@gmail.com

²⁵ construyepaz@manizales.gov.co • ²⁶ natalyospinadaza@gmail.com

El propósito del presente artículo es compartir la experiencia del trabajo realizado con los y las jóvenes integrantes de combos o parches, sus familias, la comunidad y los territorios, pertenecientes a diferentes comunas de la ciudad de Manizales, departamento de Caldas. En estos sectores se presentan problemáticas sociales, violencia, microtráfico, consumo de sustancias psicoactivas, dificultades de acceso a educación, bajan vinculación laboral, y problemas y trastornos mentales. La identificación de estas problemáticas se realizó a partir de caracterizaciones de riesgos psicosociales, con la participación activa de la alcaldía municipal, instituciones públicas y privadas, actores sociales y comunitarios a través de alianzas y propuestas aportaron a la solución de las necesidades priorizadas. El trabajo permitió establecer una propuesta para los y las jóvenes hacia la construcción de escenarios de paz y convivencia social. Gracias a la implementación de la experiencia se evidenció una mejor identificación de riesgos psicosociales y una canalización efectiva en cuanto a necesidades de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, educación e inclusión social. De igual manera, se logró el rompimiento de fronteras invisibles existentes entre algunos combos o parches de casi 15 años de historia a través de pactos y compromisos de no agresión, respeto por el otro y valor de la vida como principio fundamental.



ANTECEDENTES

Es importante comprender los fenómenos de la violencia interpersonal, de las conductas contrarias a la convivencia en jóvenes y del consumo de sustancias psicoactivas. A estos tres fenómenos superficiales, a los que se puede sumar incluso la conducta suicida, subyacen problemas comportamentales y alteraciones en algunos sistemas biológicos que se deben intervenir de la mano con el sector salud. Sin embargo, debajo de los factores biológicos hay unos sistemas sociales complejos y más abajo aún de estos sistemas sociales hay unas condiciones de vida, las cuales agravan el problema (Patel, V., Saxena, S., Lund, C, y cols, 2018).

Teniendo en cuenta lo anterior y según lo establecido en la Ley 1616 de 2013, la salud mental se constituye en una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general. Obliga, a los entes territoriales y a la nación, a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental y sus complicaciones, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y estrategias en principios de la atención primaria en salud.

Dentro de las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud se encuentra la Rehabilitación Basada en la Comunidad, que se define como una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales. A través de esta estrategia, se pretende lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, así como sus familias y cuidadores.

Por otro lado, en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental del Plan Territorial de Salud de Caldas vigente, se menciona que el departamento de Caldas no cuenta con una red de servicios para abordar

la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y programas de atención psicosocial, lo que es evidenciado por el aumento en la conducta suicida, manifestación de las diferentes formas de violencia, consumo nocivo y dependencia de sustancias psicoactivas y altas tasas de depresión y ansiedad. Esta situación adicionalmente genera aumento en los costos de la prestación de servicios de salud y colapso en el tercer nivel de atención, además del impacto en el desarrollo individual de las personas con patología mental, y con éste el desarrollo de las regiones donde prevalecen.

En los últimos años el consumo de sustancias psicoactivas a nivel global y nacional sigue en aumento y se ha complejizado en cuanto a las formas y tipos de consumo, agudizando sus efectos en la salud y en el desarrollo integral de la población. Es llamativo el aumento del contacto y el inicio del consumo en edades cada vez más tempranas y el impacto a nivel individual, familiar y social. Para el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, se asume el modelo de los determinantes sociales de la salud. Este modelo considera de manera especial, los determinantes estructurales (modelos socioeconómicos, gobernabilidad, cultura y valoración social, género, etnia), que, junto con los determinantes Intermedios y proximales, afectan los entornos de la vida cotidiana (condiciones materiales, psicológicas y sociales), generando vulnerabilidades o potencialidades en las personas, familias y comunidades (Volkow, Koob, y McLellan, 2016).

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2013, identificó que las sustancias más consumidas en el último año, son: el alcohol (58,7%) y, con prevalencias mucho más bajas, la marihuana (3,3%) y la cocaína (0,7%). Se destaca el hecho de que alrededor de 2.5 millones de personas presentaron un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (Ministerio de Justicia y del Derecho [MINJUSTICIA. Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD] y Observatorio de drogas de Colombia [ODC] 2014)

De acuerdo con MINJUSTICIA, MINSALUD y ODC (2014), las consecuencias a nivel del desempeño ocupacional se manifiestan inicialmente en el deterioro de habilidades y dificultades para tolerar

tiempos de ejecución, de manera que aumenta la probabilidad del abandono de actividades como la formación académica y/o la actividad laboral. Los estudios nacionales han evidenciado que el consumo de alcohol es utilizado con múltiples finalidades, entre las que se encuentra el afrontamiento a diversas situaciones estresantes. En el país se estima que, en el último año, el 42,5% de la población consume alcohol y alrededor de 25 millones de personas en Colombia, presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (1.9 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres) Para el grupo de 18 a 44 años, el 2.8% de los que beben alcohol tiene problemas de salud, el 16% tienen problemas mentales y el 5.5% tienen problemas en el hogar (MINJUSTICIA, MINSALUD y ODC, 2014).

Según datos de la Policía Metropolitana de Manizales, desde el 2015 al 2019, ha aumentado el porcentaje de homicidios por riñas del 68 al 84%, siendo la principal causa la intolerancia social en 2018 y 2019 con un 69%. Dentro de los cuatro factores asociados a estas muertes, se encuentran falta de cultura ciudadana, consumo de licor, porte cultural de armas y consumo de otras sustancias psicoactivas. Tres de estos factores están relacionados directamente con la salud mental y la convivencia ciudadana. De los victimarios más del 50% no tenía alguna ocupación. En este informe, presentado en enero de 2020 por el coronel Raúl Vera Moreno, quien cita a Olga Lucía Gallego Jiménez, socióloga, especialista en investigación criminal. Departamento de Antropología y Sociología de la Universidad de Caldas, menciona la relación entre los aspectos psicosociales del crimen y las formas institucionales (Gallego Jiménez O. L., 2012).

La investigación concluye que el homicidio bajo la forma de riñas, agresión y sicariato, en la ciudad de Manizales:

- ▷ Está vinculado a factores estructurales de alcance nacional.
- ▷ Los principales actores son los adolescentes y jóvenes, en especial los provenientes de las zonas más marginadas y con mayores problemas sociales.
- ▷ Se enmarcan dentro de una cultura de la retaliación, en donde la ausencia del Estado, la

corrupción, impunidad, han reforzado la mentalidad ilegal.

▷ Un factor común en los actores, es la disfuncionalidad en la familia.

▷ En los barrios bajos, la esquina se convierte en espacios de socialización de niños y jóvenes que incorporan en la conciencia práctica y discursiva la muerte como un elemento cotidiano y natural.

En el año 2012, por iniciativa de la administración municipal y de un exintegrante de un combo de una comuna de la ciudad, quienes cansados de la problemática social y de los actos de violencia deseaban ofrecer mayores oportunidades para los jóvenes y a la vez seguridad para sus comunidades. Estos acercamientos evidencian un clamor ciudadano y se presentan como solución alternativa a la situación presentada, siendo la comunidad partícipe activa en el afrontamiento de su problemática. Por tal motivo, el exintegrante del combo pasó a formar parte del equipo de trabajo de la Alcaldía de Manizales y fungió como enlace, mediador y gestor de construcción de paz generando confianza e identificación por la experiencia de vida similar a la de los integrantes de los parches y combos de la ciudad.



OBJETIVOS

En el año 2020 dicha iniciativa busca fortalecerse y manejar aspectos de promoción, prevención e inclusión social, para lo cual se organiza según los ejes de tres principales políticas públicas:

- En relación con la Política Marco de Convivencia y Seguridad Ciudadana, este proyecto se propuso trabajar el eje de Ciudadanía activa, en la cual el centro de esta política es el ciudadano y sus derechos, esto implica la corresponsabilidad de todos para construir y mantener las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos, la convivencia y la paz (Ministerio de Defensa Nacional, 2019).

- En relación con la Política Nacional de Salud Mental, Resolución 4886 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) busca promover espacios que fortalezcan la salud mental, con técnicas de parentalidad y actividad física y recreativa para niños, niñas y jóvenes en riesgo. Busca también una canalización oportuna a la ruta de salud para el tratamiento integral de los principales problemas o trastornos mentales, además de una inclusión social y basada en la comunidad.

- En relación con la Política Integral de Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Resolución 089 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), busca favorecer entornos libres de drogas, promover el involucramiento parental. De igual forma, acceder de forma temprana a los procesos de manejo integral del consumo problemático y a la inclusión social de jóvenes con esta entidad.



METODOLOGÍA

Equipo de trabajo

Profesionales en las áreas de psiquiatría, psicología, desarrollo familiar, licenciados en educación física, administradores públicos y técnicos administrativos, formando así un equipo de trabajo con conocimientos y competencias necesarias para el desarrollo de programas sociales.

De igual manera, se vincularon entidades públicas y privadas, brindando beneficios como becas de estudios a nivel técnico, tecnológico y universitario; empleos en empresas de la ciudad y cursos de formación para el trabajo.

Bases teóricas de la intervención

El diseño de la intervención tiene cuatro grandes referentes, el constructivismo social de Vygotsky, el enfoque diferencial y de reconocimiento de la diversidad de la Alcaldía de Bogotá, el funcionalismo sociológico de Durkheim y la Investigación Acción Participativa. En primer lugar, tomamos del constructivismo social la idea de que el ser social determina la conciencia, es decir, la premisa básica de que las condiciones sociales, culturales e históricas determinan la forma como las personas de una comunidad perciben su realidad y se enfrentan

tan a los problemas de su cotidianidad. Del mismo modo, consideramos la capacidad reflexiva de las personas para modificar su forma de pensar e interactuar simbólicamente para transformar potencialmente estos escenarios. Igualmente, de acuerdo con las premisas del enfoque diferencial tratamos de reconocer las diferentes manifestaciones de diversidad que hay en nuestros usuarios como el uso de sustancias como motivo de cohesión social entre los jóvenes, el uso de la violencia para adquirir un estatus social, la historia de vulneración de derechos en la infancia, la adolescencia y la juventud, que podría ser un denominador común entre ellos y ellas.

En este sentido, entendemos que estas manifestaciones de diversidad son fuentes de prejuicio, segregación y discriminación, lo que genera gran malestar psicosocial, alienación y afecta gravemente las relaciones sociales y democráticas en el escenario social donde se encuentran estas diferencias. Por ello, se requiere un análisis de las vulnerabilidades y fragilidades de personas y grupo en función de su historia personal, familiar comunitario y de su interacción con la comunidad y las entidades del Estado.

En tercer lugar, tomamos del funcionalismo sociológico la idea que la educación es de gran relevancia para el progreso de una comunidad donde confluyen los estados mentales y potencialidades individuales como influencias internas y las ideas, sentimientos y costumbres de los otros como influencias externas; donde es fundamental la intervención de la familia, adultos, padres y madres, cuidadores de los menores en su desarrollo y construcción de un ser social (Luengo, 2004).

Finalmente, en cuarto lugar, para el entendimiento del problema social se basó en la metodología de la Investigación-Acción-Participación, un método de estudio y a la vez de acción, de tipo cualitativo, con el cual se busca realizar acciones colectivas, teniendo como eje principal la participación que se convierte en la misma investigación, donde los participantes pasan de ser objetos de investigación a ser sujetos de investigación. La participación requiere que el sujeto se involucre, tome decisiones, actúe y de esta manera puede ejercer influencia para transformar la realidad; lo que significa asumir compromisos y responsabilidades que llevan a



una acción, que requiere sentido de pertenencia y cooperación.

Fase de Diagnóstico-Descripción.

Se valoraron 32 combos o parches del Municipio de Manizales para determinar las condiciones particulares que los distinguen en materia de estructura social, política y económica. Se elaboró un diagnóstico de la realidad social de la población teniendo en cuenta, además de su organización, el estudio de sus transformaciones; es decir, la manera cómo ha cambiado o mutado en el tiempo, describiendo las particularidades de la población y su contexto, tales como, actores sociales, escenarios donde interactúan, situaciones de conflicto, acontecimientos de impacto en la configuración social, entre otros. De igual forma, se realizó un análisis de la realidad histórica, su transformación en el tiempo, la interacción cotidiana, el sentido de las acciones y el impacto en las personas. La información obtenida se clasificó en un árbol de problemas, donde se resaltan las principales problemáticas: 1) falta de oportunidades en trabajo y educación, 2) actos delictivos, 3) tráfico y consumo de sustancias

psicoactivas, 4) conflictos familiares, 5) barreras invisibles (problema central) con amenazas, homicidios, posesión simbólica del territorio, 6) desregulación emocional e impulsividad ante la resolución de conflictos, 7) problemas en salud mental sin tratamiento, especialmente síntomas depresivos, ansiosos y posibles trastornos de conducta en adolescentes.

Como técnica de recolección de información se utiliza un formato de caracterización donde se recopila datos personales de los integrantes de combos o parches, nivel de estudio, necesidades, habilidades, expectativas para el futuro, consumo de sustancias psicoactivas; insumo básico para un diagnóstico real de la problemática social existente en la comunidad o sector de influencia de los grupos de referencia. Esta se realiza de manera cualitativa, por medio del discurso hablado o escrito que da cuenta de hechos, situaciones, eventos o acontecimientos significativos basados en conceptos de Gallo, Meneses, & Minotta, (2014).

Instrumentos cuantitativos:

PHQ 9: La validación de la versión en castellano del PHQ-9, realizada en Chile en centros de atención primaria, ha demostrado adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,835), sensibilidad (88 %) y especificidad (92 %), comparado con la escala de Hamilton-D, aplicada por los psiquiatras, así como una adecuada validez concurrente y predictiva con respecto a los criterios de la CIE-10 para la depresión.

SRQ: (Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos SRQ – Self Reporting Questionnaire): Consta de 2 partes: una inicial con datos de identificación sobre el encuestado, un bloque de 20 preguntas sobre síntomas psiquiátricos no psicóticos (ansioso / depresivos); un segundo segmento de 10 preguntas que hacen referencia a síntomas psiquiátricos de tipo psicótico; convulsivo o por consumo de alcohol, y un segmento final en que se dan instrucciones para acordar una entrevista de seguimiento en caso de identificarse el caso como positivo. Se consideró positivo cualquier caso que haya puntua-

do “SI” a 11 o más preguntas de la primera sección de 20, o a al menos una de las 10 preguntas correspondientes a síntomas psicóticos.

CRAFFT: el consumo de alcohol en menores es un riesgo para su salud e incrementa la probabilidad de futuros problemas con esta y con otras sustancias psicoactivas, lo que hace necesario un instrumento para identificar rápida y eficazmente a adolescentes que consumen o en riesgo de iniciar el consumo. Con una muestra de 432 jóvenes de la ciudad de Bogotá, este estudio tuvo como objetivo realizar una adaptación de lenguaje y una calibración, mediante el modelo de rasch, del instrumento CRAFFT/CARLOS, que poseería las características antes mencionadas. La utilización del modelo de rasch mostró que el CRAFFT y su adaptación, el CARLOS, son instrumentos útiles para identificar problemas de consumo de alcohol y otras drogas entre adolescentes.

Ante la puntuación de alguna variable por encima de la normalidad, se realiza intervención psicoeducativa (usando técnicas basadas en la entrevista motivacional para el consumo de SPA, en resolución de problemas, técnicas de relajación muscular e intervenciones psicoterapéuticas breves basadas en un enfoque cognitivo conductual para la ansiedad y la depresión).

RESULTADO

Con la información obtenida a través del diagnóstico y las caracterizaciones, se establecen las estrategias y técnicas de intervención las cuales son realizadas por profesionales en psiquiatría, psicología, desarrollo familiar, licenciados en educación física y personal técnico administrativo, estas estrategias son descritas en los siguientes ejes, los cuales coinciden con las políticas previamente mencionadas:

En el primer eje está la promoción de salud mental, con la creación de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas y de promoción del involucramiento parental. Acá se realiza una intervención con niños y niñas de escuelas de fútbol y porfirismo donde se están abordando cinco comunas con riesgo psicosocial, con un total de aproximadamente 120 niños y niñas vinculados a las escuelas deportivas; de forma simultánea se adelanta un trabajo con sus cuidadores en pautas de crianza y en estrategias de regulación emocional. La Secretaría de Gobierno en alianza con la estrategia de sellos verdes busca embellecer estos entornos.

En el segundo eje, consistente en detección temprana de aquellas alteraciones comportamentales y consumo de SPA, se lleva a cabo una búsqueda activa en el área urbana y rural de consumo problemático de sustancias psicoactivas en parques y en otras zonas de riesgo psicosocial, con un promedio de 25 a 40 jóvenes intervenidos semanalmente. Como metodología se ha utilizado la entrevista motivacional para el consumo de sustancias psicoactivas, en la cual el equipo está capacitado con los principios del Currícu-



lum Universal de Tratamiento (UTC). Esta estrategia fue propuesta por los Ministerios de Salud y del Interior para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas. En estas jornadas también se realiza una detección de las dificultades a nivel académico laboral de salud, culturales, etc., y se gestionan a nivel de la administración semanalmente.

Es de resaltar que el acercamiento se ha realizado de manera permanente y continua a un aproximado de 400 jóvenes integrantes de los combos o parches de diferentes comunas de la ciudad, brindando la oferta institucional extensiva al núcleo familiar, en actividades de promoción de la salud mental, detección temprana de alteraciones comportamentales y consumo

de sustancias psicoactivas, tratamiento integral para los problemas y trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, rehabilitación basada en la comunidad y la inclusión social, y alianzas intersectoriales.

En esta articulación se busca llevar a cabo el tercer eje de tratamiento integral para los problemas y trastornos mentales y por consumo de sustancias, realizando una articulación con el sector salud, consistente en la remisión de casos a la Secretaría de Salud. En el cuarto eje se busca favorecer la rehabilitación basada en la comunidad y la inclusión social, es en este punto donde el programa cuenta con dos estrategias. La primera está relacionada con la creación de una plataforma de cuidadores, o grupo de ayuda mutua donde algunas mujeres están aprendiendo a realizar confecciones y están fortaleciendo un lugar de encuentro, en una estrategia de innovación social; la segunda está relacionada con la búsqueda activa de oportunidades en las empresas y en las instituciones universitarias para apoyar la recuperación y la inclusión social de jóvenes vinculados a pandillas o con conductas contrarias a la convivencia.

En el último Eje se da la intersectorialidad, la cual la llevamos a cabo con la comunicación de necesidades a los otros sectores, con convenios con el SENA para capacitación de los y las jóvenes, con proyectos productivos en los cuales, por ejemplo, la Secretaría de la mujer ha facilitado un espacio de capacitación y reunión para nuestra plataforma de cuidadores.

Con el objeto de poder desarrollar esta línea de acción se han buscado:

▷ Alianzas estratégicas: Generar alianzas estratégicas con Empresas y diferentes Entidades que deseen aportar en el tema de responsabilidad social y llevar a los jóvenes a tener una oportunidad de acceso laboral en la que puedan aportar económicamente al sustento de sus hogares, dejando a un lado las acciones delictivas.

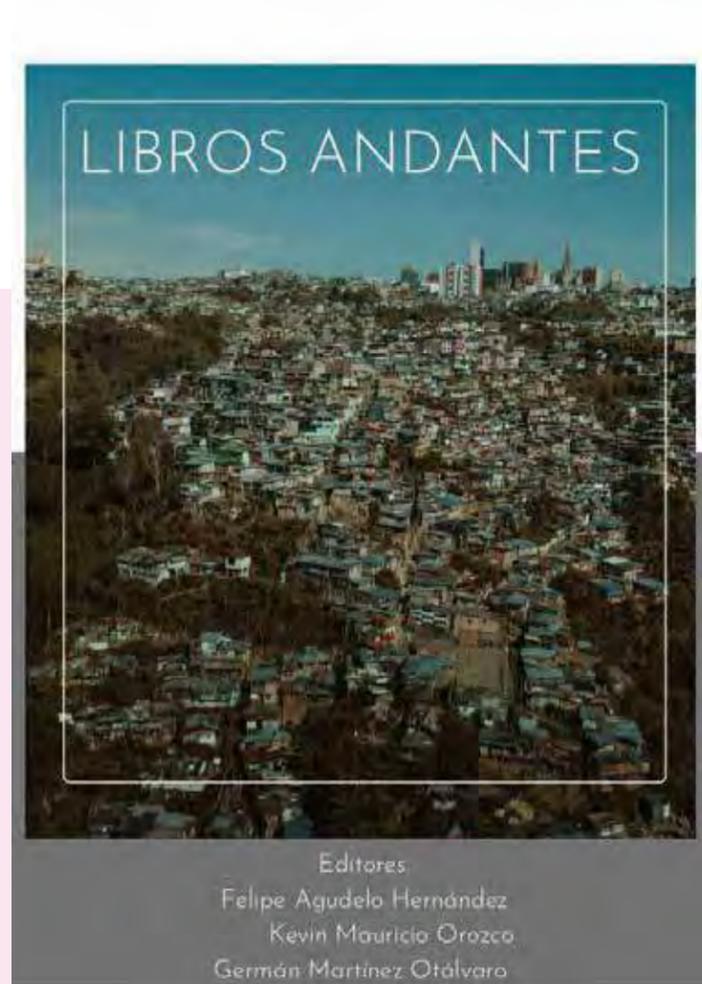
▷ Acta de compromiso: Es un documento por el cual los integrantes del programase comprometen acatar las normas y políticas de las empresas y/o entidades. En el acta se manifiesta que la tolerancia, el respeto y el trabajo en equipo son los pilares fundamentales en el contexto laboral.

▷ Orientación laboral: La entrevista de trabajo es el objetivo principal de las personas que están en búsqueda activa de empleo, por ende, es necesario orientar a los jóvenes de los comportamientos y actitudes que deben de ir construyendo para una entrevista laboral, basándose en sus competencias, habilidades y características personales, para que se ajusten adecuadamente a las condiciones del puesto en cuestión.

Por tal motivo los integrantes del programa deben de recibir la capacitación en habilidades blandas estas habilidades se relacionan con actitudes, comportamiento y valores del trabajador, se consideran blandas porque vienen intrínsecas en lo que cada persona es o porque se adquieren por relaciones sociales; mientras que las habilidades duras, son las que se aprenden con el paso del tiempo (Inglés, sistemas entre otras).

El grupo de ayuda mutua en su totalidad ha albergado a 15 mujeres, sin embargo, las que se han sostenido en el mismo de 5 a 10 integrantes, las cuales han fortalecido el proyecto de innovación social en el marco del grupo de ayuda mutua que se basa en los lineamientos de la rehabilitación basada en la comunidad para la discapacidad psicosocial.

Se han acompañado cinco mujeres del barrio El Nevado a la Beca Nicanor Restrepo en este mes, la cual cubriría todos los gastos de estudio universitario. Se lideró desde el programa y se acompaña a la escritura de un libro denominado “Libros Andantes”, con la escuela popular Cultura Viva de la comuna la Fuente, en el barrio Bajo Andes. En apoyo con la Casa de la Cultura, se está escribiendo una crónica para la construcción de paz y resignificación de escenarios violentos. En este taller participan aproximadamente 30 niños, niñas y adolescentes de la comuna. Se comparte **libro de difusión gratuita en papel y digital**, con crónicas de algunos de los participantes en el programa y descripciones culturales de sus entornos:



Otros resultados importantes alcanzados se pueden nombrar la identificación e intervención de cuatro combos de la comuna La Fuente, como son: los Lucuara, Patio Feo, Las Águilas y el Nevado, quienes a través del diálogo y un trabajo focalizado e integral, acordaron finalizar los actos violentos y superar las huellas y cicatrices acumuladas durante años de rivalidad; con el objetivo de reconstruir el tejido social donde el principal actor es la paz en el territorio, para que sea estable y duradera. Es importante resaltar que para lograr un cambio de pensamiento en los jóvenes, proyectada en el tiempo, se implementó la inclusión educativa con becas de estudio en universidades de la ciudad; como también, acciones de participación comunitaria y gestiones de la Secretaría de Gobierno de la Alcaldía de Manizales, en la obtención de apoyo intersectorial, para la vinculación laboral en empresas de los y las jóvenes de los combos o parches.

De igual manera, se caracterizaron en el territorio de la comuna la Macarena dos combos, quienes se identificaban como el Carmen y Barrios Unidos, logrando generar acuerdos de convivencia y no agresión; reflejados en espacios de tranquilidad de la comunidad.

DISEMINACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Al basarse en las necesidades de salud mental y convivencia ciudadana, se tuvo un proceso de adaptación a las condiciones locales; dicho proceso también puede aplicarse a otros contextos, ya que, desde los instrumentos de diagnóstico y las herramientas de intervención están basados en las políticas Nacionales de Salud Mental, consumo de sustancias psicoactivas y convivencia ciudadana (Resolución 4886 de 2018 y resolución 089 de 2019), que a su vez se basan en documentos internacionales como son Las Prioridades de Salud del Banco Interame-

ricano de Desarrollo (2019) y La Comisión de Lancet en Salud Mental y Desarrollo Sostenible (2018); siendo el programa “Pégate al Parche + Grande” un posible modelo de referencia que permite el intercambio de experiencias en beneficio de los y las jóvenes que integran los parches o combos.

De igual forma, al estar ligada a unos recursos por ordenanza, este programa aspira a sostenerse en el tiempo, incluso en los cambios de las administraciones, como ha ocurrido desde 2012 hasta la fecha.

CONCLUSIONES

El programa tuvo su inicio como respuesta a una problemática presentada y vivida en la comunidad, surgió como un proceso de innovación que vinculó la participación de la administración municipal y de un líder positivo de la misma comunidad, integrante de uno de los combos, con liderazgo y dominio sobre los demás miembros del grupo. Él tenía conocimiento por experiencia de vida, cultura, creencias, motivaciones, valores, necesidades, desarrollando la capacidad de describir e interpretar su propia realidad. Como obstáculo principal se encuentra la dificultad que ha tenido el programa para la inclusión laboral de sus integrantes, ya que, en términos de salud, educación y seguridad, se han activado rutas con efectividad, sin embargo, en términos de inclusión laboral se carece de resultados precisos que facilite la adherencia al programa de algunos jóvenes. Muchos jóvenes acceden a la intervención relacionada con parentalidad y con reducción y abandono del

consumo de sustancias, muchos comprenden la importancia de la convivencia, pero de los 150 jóvenes caracterizados, aproximadamente el 80% requiere empleo para apuntalar procesos de recuperación.

Los jóvenes que se han vinculado al programa han descubierto y reconocido que tienen potencialidades, habilidades y oportunidades para aprender y retomar un proyecto de vida; además de haber señalado que se requiere de la corresponsabilidad social en la construcción de un proyecto de vida. Para lo anterior, se implementó como parte de la estrategia, elementos de detección temprana e intervención multisectorial, validando siempre las capacidades y singularidades de las personas y los territorios en construir sus propias soluciones con apoyo de múltiples sectores. Se concluye además que esta estrategia podría adaptarse a otros contextos.

AGRADECIMIENTOS

A los y las jóvenes, a los niños y niñas de nuestro programa, que nos han enseñado formas de resistir, de existir y de insistir.



REFERENCIAS

Alcaldía Mayor de Bogotá, (s.f). Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito. Secretaría de Planeación. http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_para_la_formulacion_pp_wf_1.pdf

Alcaldía de Medellín, (2019). Consideraciones y pautas técnicas para la elaboración de estudios de caracterización de grupos de valor, de interés y partes interesadas. Departamento Administrativo de Planeación. <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlaneacionMunicipal/observatorio/Shared%20Content/Documentos/2019/Pautas%20metodol%C3%B3gicas%20caracterizaciones%20poblacionales%20Agosto%202019.pdf>

Barrientos, M. (2005). La Participación Algunas precisiones conceptuales. Curso Extensión Rural. <http://www.ocw.unc.edu.ar/facultad-de-ciencias-agropecuarias/extension-rural/actividades-y-materiales/actividades-y-materiales-2010/la-participacion>

Becerril, B- (2018). Crítica y propuesta de educación en Paulo Freire. Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México. 97, 109-118. <https://www.redalyc.org/journal/4463/446356088007/html/>

Gallego Jiménez O. L. «Perfil psicosociológico de los homicidios por las modalidades de riñas, sicariato y agresión en la ciudad de Manizales periodo 2004-2009.». Perfil psicosociológico de los homicidios por las modalidades de riñas, sicariato y agresión en la ciudad de Manizales periodo 2004-2009., Vol. 14, n.º 1, junio de 2012, pp. 151-68, <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/virajes/article/view/902>.

Habegger, S., y Mancila, I. (2006). El poder de la Cartografía Social en las prácticas contrahegemónicas o La Cartografía Social como estrategia para diagnosticar nuestro territorio. http://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/365/Habegger%20y%20Mancila_El%20poder%20de%20la%20cartografia%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Cartograf%C3%ADa%20Social%20se%20puede,la%20inclusi%C3%B3n%20de%20las%20diferencias.

Martínez, M. (1999). El enfoque sociocultural en el estudio del desarrollo y la educación. Revista Electrónica de Investigación Educativa. 1(1), 16-37. <https://www.redalyc.org/pdf/155/15501102.pdf>
Ministerio de Defensa Nacional. (2019). Política Marco de Convivencia y Seguridad Ciudadana. Bogotá - Colombia.

Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de salud y protección social y Observatorio de drogas de Colombia. (2014). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2013. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de drogas de Colombia y Centro Nacional de Consultoría. (2018). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA). Resumen ejecutivo. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO3142018_estudio_consumo_sustancias psicoactivas_SRPA_2018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Nacional de Salud Mental - Resolución 4886 de 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas - Resolución 089 de 2019. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., . . . Unutzer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet, 392(10157), 1553-1598. doi:10.1016/s0140-6736(18)31612-x

Universidad Simón Bolívar, (s.f.). La Investigación Social y Metodología para el Diseño de Proyectos Culturales. Laboratorio social para el desarrollo del caribe. 203-240. https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2624/Cap_6_Investigaci%C3%B3nSocial.pdf?sequence=10&isAllowed=y

Volkow, N. D., Koob, G. F. y McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine, 374(4), 363-371. Doi: 10.1056/NEJMr1511480

ANEXOS

Videos y publicaciones

Reconocimiento entregado por la ONU: <https://fb.watch/v/2Obklijml/>
Premio nacional de alta gerencia: <https://youtu.be/FtKuHoyKfCw>

Publicaciones medios masivos:

Noticias de reconocimiento en la ONU:

<https://la.network/conozca-la-ciudad-colombiana-lleva-jovenes-la-ilegalidad-las-universidades/>

Noticias reconocimiento Ministerio de Salud y Protección Social

<https://umedia.umanizales.edu.co/minsalud-reconoce-el-programa-pegate-al-parche-de-prevencion-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-que-lidera-profesor-de-la-umanizales/>

RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Manizales más oportunidades “Elige la Vida” Reducción de conducta suicida y aumento de capacidades en niños y adolescentes



**Andrés Camilo
Delgado Reyes²⁷**



**Andrés Felipe
Agudelo Hernández²⁸**

Universidad de Manizales

INTRODUCCIÓN

La salud mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y un componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas. Teniendo en cuenta lo anterior y según lo establecido en la Ley 1616 de 2013, la salud mental se constituye en una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general. Obliga a los entes territoriales y a la nación a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental y sus complicaciones, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y estrategias en principios de la atención primaria en salud.

De acuerdo con la Ley 1616 de 2013, los entes y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad, que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Los entes territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Administradoras de Riesgos Laborales, podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio.

Según la resolución 518 de 2015, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC, es un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud POS, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir a través de la ejecución de intervenciones individuales y colectivas; siendo dirigido y administrado por el Estado. Su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación está a cargo de los departamentos y municipios, de conformidad con lo establecido en el Plan de Desarrollo Departamental.

²⁷acdelgado58718@umanizales.edu.co @camilodelre • ²⁸afagudelo81703@umanizales.edu.co @adoyfeli_ninosyadolescentes

La formulación y ejecución del PIC se realizará de manera articulada y complementaria a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. Esta resolución define como obligación de los municipios y departamentos: concurrir, subsidiar y complementar a los municipios para el desarrollo de las intervenciones colectivas y el desarrollo de capacidades para la implementación, monitoreo y evaluación de los procesos de gestión de salud pública. De igual manera siguiendo los argumentos expuestos en la resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la política nacional de salud mental, y la resolución 089, con la cual se dicta la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, plantean el enfoque promocional de calidad de vida como el fundamento para las estrategias y principios de atención primaria en salud, además de hacer un énfasis en niñez y juventud, mediante la promoción y prevención del trastorno mental por medio de cinco ejes de acción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019):

- ▷ **Eje 1:** promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos.
- ▷ **Eje 2:** prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos.
- ▷ **Eje 3:** atención integral de los trastornos.
- ▷ **Eje 4:** rehabilitación integral e inclusión social.
- ▷ **Eje 5:** gestión intersectorial.

Por otro lado, en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental del Plan Territorial de Salud de Caldas vigente (Dirección territorial de salud de Caldas, 2018), se menciona que el departamento de Caldas no cuenta con una red de servicios de salud mental y programas de atención psicosocial evidenciado por el aumento en la conducta suicida, manifestación de las diferentes formas de violencia, consumo nocivo y dependencia de sustancias psicoactivas y altas tasas de depresión y ansiedad. Esta situación adicionalmente genera aumento en los costos de la prestación de servicios de salud y colapso en el tercer nivel de atención, además del impacto en el desarrollo individual de las personas con patología mental y con éste, el desarrollo de las regiones donde prevalecen.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios del programa “Manizales elige la vida”, fueron 1.262 niños, niñas, y adolescentes escolarizados con edades comprendidas entre los cinco y dieciocho años (media de 11,1 años, desviación estándar de 3,4 años), distribuidos a lo largo del todo el ciclo académico.

Los colegios tamizados participaron en diferentes espacios de formación y de capacitación que permitieron fortalecer la capacidad de respuesta frente a las diferentes alteraciones en salud mental. Las familias de los niños detectados con diferentes niveles de riesgo de psicopatología fueron atendidas por medio de trabajo social, lo que permitió crear adecuadas pautas de crianza y de comunicación dentro del entorno familiar.



UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

Manizales es un municipio colombiano, capital del departamento de Caldas que se encuentra ubicado en el centro occidente de Colombia, en el eje Cafetero, sobre la Cordillera Central de los Andes, para el 2018 contaba con una población de 434,000 habitantes (DANE, 2018). Para el año 2018 el sistema educativo de Manizales contaba con 52.760 estudiantes matriculados distribuidos en 4 niveles académicos; Transición (3.749), Primaria (20.827), Secundaria (20.195) y Media (7.989) (Secretaría de educación de Manizales, 2018). Convirtiéndose en el ambiente adecuado para lograr diferentes procesos de intervención basados en la comunidad que incluyan los diferentes actores académicos como la escuela, la familia y los estudiantes. La formulación se dio durante el periodo de enero-marzo 2018 y se ejecutó durante abril-diciembre de 2018 (proyecto inicial). Se seleccionaron 33 colegios públicos seleccionados por ser una estrategia ejecutada entre la alcaldía de Manizales y la Universidad de Manizales, Se incluyeron estudiantes de 6°, 9° y 11° para la aplicación de tamizajes por ser los grados en donde se ubican las edades con mayor incidencia de problemas y trastornos mentales, aunque es importante mencionar que dentro de la estrategia se recibía cualquier adolescente identificado por el personal educativo.

“Manizales elige la vida” continúa como estrategia de detección temprana hasta la actualidad, utilizando la misma metodología y fortaleciendo la intersectorialidad, entre el sector universitario, el sector salud y el entorno escolar.



ANTECEDENTES

Esta propuesta se basa en la dimensión Convivencia social y salud mental, del Plan Territorial de Salud de Caldas, que describe como otras complicaciones principales de la enfermedad mental el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la violencia interpersonal y las alteraciones en el proyecto de vida. Al identificar de forma temprana las patologías mentales, se reducirían estas entidades, las cuales se postulan a través de una intervención familiar como parte de las acciones a desarrollar para la prevención del consumo de sustancias, construcción del proyecto de vida, manejo de conflictos y mejora en la comunicación. EL mencionado plan reconoce que la salud mental ha contado con una baja inversión, afectando negativamente la consolidación de procesos de promoción de la salud que involucran intervenciones de largo plazo y sostenidas, donde es necesario avanzar en la institucionalización y ampliar su difusión a los actores comunitarios clave.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) ha estimado que el 20% de los niños y los adolescentes en todo el mundo padecen una enfermedad mental incapacitante que les impide un adecuado desarrollo psíquico, lo cual afecta su desempeño escolar y social. De igual forma, se ha encontrado que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes. Se calculó que si el 50% de las personas que sufren trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia o trastornos relacionados con el alcohol y otros problemas mentales se trataran de manera eficiente, los suicidios disminuirían en 20,5 %, salvando 165.000 vidas por año en todo el mundo.



Dado que la mayoría de los trastornos mentales en la edad adulta emergen durante la adolescencia, con un inicio promedio de cualquier trastorno mental a los 14 años de edad, las acciones de prevención de la enfermedad mental y sus complicaciones, deben centrarse en la detección temprana para evitar el agravamiento y la persistencia de problemas de salud mental emergentes.

En Colombia se ha estimado una alta prevalencia de problemas en salud mental de esta población, y muestra cómo, quienes no los padecen, están en riesgo de padecerlos dadas las condiciones del contexto familiar y social en el que viven. La Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) reveló una alta prevalencia del 16,1% para cualquier trastorno mental en edades escolares (de 30 alumnos, al menos 4 presenta un problema de salud mental), y que el 40% requiere atención por personal de salud mental; también menciona que sólo el 31% de los escolares y el 13,4% de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física, el 69,9% y el 76,6% respectivamente, tiene tiempo excesivo frente las pantallas; el 18,9% de los hombres y el 9,2% de las mujeres dedican tiempo libre a actividades culturales, deportivas o sus aficiones; y reportó que solamente el 30% de los preescolares hombres y el 20% de los escolares mujeres tienen acceso a juego activo (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Manizales, conocida con la ciudad de las puertas abiertas y por considerarse una de las ciudades colombianas con mejor calidad de vida, cuenta con una población, para el 2017, de 398.874 habitantes; sin embargo, se ha evidenciado un aumento en la mortalidad de lesiones autoinflingidas intencionalmente

a partir del año 2015 en el cual se presentó un porcentaje de 8.1% (35 casos) de acuerdo a la población general, en 2016 un porcentaje de 6.13% (24 casos) , para el 2017 (28 casos) 7.24%, para el 2018 se registraron 1.063 casos de intentos de suicidio; estas cifras que están por encima de los datos para todo el país, en donde se tiene para el 2015 el 4.48% y en 2016 el 5,07%. Así mismo, se tienen datos del Observatorio Nacional de Salud Mental (2018) en donde reportan un aumento en la tasa de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento las cuales para Manizales en 2014 fue de 6.98%, en 2015 de 7.31% y en 2016 de 9.85%, siendo el porcentaje para el país 3.28%, 3.52% y 3.94%. Se tiene en informes regionales que muestran que la tasa ha estado por encima de la nacional, para el 5,18x100.000 habitantes (2012) frente a la tasa nacional de 3,8 con un predominio en población adolescente donde se evidencia baja autoestima, baja capacidad para afrontar situaciones difíciles, escaso proyecto de vida, pocos lazos familiares y características propias de las familias con trastornos afectivos. Sin dejar de lado la violencia interpersonal, donde se describe que los homicidios siguen siendo la primera causa de muerte por causa externa en los hombres entre los 18 y 25 años, relacionado a situaciones de conflicto, poca tolerancia y consumo de alcohol, manifestaciones frecuentes y graves de las patologías mentales.

Frente a la salud mental, en el año 2016 Manizales reportó 14.012 consultas externas por salud mental con una tasa de 3.525 por 100.000 habitantes, en donde los niños y niñas menores de 6 años presentaron un total de 873 consultas, los de 6 a 11 años presentaron un total de 2.720 consultas y de los 12 a 17 años 2.647 consultas (Delgado, Jaramillo, Nieto, et al.2017).

PROPÓSITO

De lo anterior se deduce una necesidad en la detección temprana de síntomas afectivos y comportamentales, y de abordar, no sólo una identificación de síntomas, sino de alteraciones psicosociales en sus entornos y de dificultades para tener una salud mental positiva, en este caso, evaluando niveles de resiliencia. El equipo investigador elaboró una propuesta basada en la encuesta nacional de salud mental y en el último estudio poblacional del Departamento de Caldas. Se presentó el proyecto al alcalde de la ciudad quien lo consideró pertinente y buscó articularlo con la ESE local Assbasalud. Esta entidad, mediante acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), contrató al equipo mencionado para desarrollar el proyecto, e integró la alianza entre la Alcaldía de Manizales y la Universidad de Manizales; además brindó apoyo con talento humano (Medicina general y enfermería), lo cual permitió un enfoque de atención primaria en salud.

Esta experiencia buscó desarrollar la gestión del riesgo en salud mental a través de acciones de tamización, orientación diagnóstica temprana e intervención a los niños y adolescentes con síntomas afectivos y/o comportamentales, la familia, cuidadores y su comunidad en general. Para garantizar

una intervención relevante, pertinente y sostenible se buscó el fortalecimiento de competencias a nivel individual, familiar, social y comunitario, a través del impacto a necesidades identificadas en un proceso de caracterización comunitaria, con acciones de promoción de la salud mental y gestión del riesgo mediante acciones educativas, lúdicas y de detección precoz de problemas y trastornos mentales en la población de escolares de algunos colegios del área rural y urbana, y sus familias, identificados con riesgo para conducta suicida.

“Manizales elige la vida” contó con recursos económicos de entidades públicas como la Alcaldía de Manizales y privadas como la Universidad de Manizales producto de un convenio interadministrativo, que permitieron generar una logística adecuada para la ejecución del proyecto y la consolidación de un equipo multidisciplinar conformado por profesionales en trabajo social, medicina general, psiquiatría, psiquiatría infantil, psicología, neuropsicopedagogía y neuropsicología, quienes se encargaron de abordar los diferentes casos detectados y trabajar de forma paralela con las familias e instituciones educativas.



METODOLOGÍA



Se propuso un modelo de intervención para población infanto-juvenil basado en la política nacional de salud mental y se implementó según las circunstancias locales, de lo que se puede plantear que la innovación de la presente propuesta consiste en herramientas de implementación para el contexto en mención ya que la política nacional de salud mental ha presentado importantes dificultades en su implementación, se tienen muy pocas experiencias exitosas en la implementación de salud mental.

A partir de la tamización en el ambiente escolar, se detectó la población de niños y adolescentes con síntomas afectivos y/o comportamentales, además de riesgos psicosociales, lo que confiere un riesgo para enfermedad mental y suicidio. Se intervinieron 33 instituciones educativas priorizadas por la Secretarías de Salud y de Educación. En este marco, se adelantaron proyectos de investigación específicos diseñados por los responsables del proyecto.

1. Se conformaron tres equipos de gestión de riesgo liderados por una coordinación general; cada equipo contaba con un psiquiatra, médico general con entrenamiento en psiquiatría, médico rural o médico general, un enfermero profesional, un trabajador social, un psicólogo y un interventor cultural. El equipo se construyó a partir de las estrategias “Intervention Guide for Mental Neurological and Substance-use Disorders in Non-specialized Health Settings: Mental

Gap Action Programme” (mhGAP), en la cual hay profesionales de psiquiatría y psicología clínica como tutores expertos y trabajadores del primer nivel de atención como médicos generales, enfermeras, trabajadores sociales que reciben tutoría y acompañamiento en los procesos de diagnóstico y tratamiento, logrando de esta forma cumplir con el enfoque de atención primaria en salud que propone las políticas y reafirmar la estrategia.

2. Se realizó la distribución de acuerdo con el conocimiento previo tomado de datos epidemiológicos y de las comunidades educativas recogida por el equipo de trabajo, donde se ha evidenciado alta prevalencia de enfermedad mental, dificultades sociales, consumo de sustancias psicoactivas y violencia de género y sexual. Cada sede se benefició de varios encuentros de acuerdo con las necesidades de la población. Los encuentros se realizaron en las sedes educativas y otros escenarios como canchas, parques o casetas comunales con los cuales contaba la zona rural. Dichos encuentros consistieron en jornadas de salud mental con teleexpertise desde psiquiatría infantil y psicología clínica especificación de riesgo detectados en las tamizaciones, activación de rutas de atención y una primera atención enfocada en el control de síntomas de niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores; e estrategias de parentalidad,

y en psicoeducación. En dichos encuentros también se promovió a formación de una grupo de ayuda mutua (elaboración de estrellas para la navidad), en dicho grupo participaban de manera simultánea, niños, niñas y adolescentes y sus familias.

3. Cada equipo interdisciplinar, compuesto por profesionales, licenciados y técnicos, desarrolló acciones durante los encuentros en salud mental; por medio de sus competencias, intervinieron de manera específica a niños, niñas y adolescentes, familias y comunidad, articulando todas las disciplinas participantes.

4. Se realizaron tamizajes en salud mental por medio del "Child Behavior Checklist" (CBCL) Con personal del primer nivel de atención en salud previamente entrenado, con una duración de 15 minutos por atención.

5. Posteriormente, se valoró la población de mediano riesgo según los resultados del CBCL por parte de medicina general, evaluando las condiciones psicosociales y realizando educación, y en los casos que se requirió valoración especializada, intervino el profesional en salud mental y remitió a la red de servicios. Los usuarios y familias de alto y mediano riesgo recibieron valoración por trabajo social e intervención por psicología, basados en la estrategia mhGAP, para intervenir en su totalidad los riesgos psicosociales los profesionales en trabajo social buscaban detectar riesgo y activar rutas de atención en relación a la vulneración derechos y dinámicas familiares y comunitarias propias del trabajo social.

6. Toda la población de niños, niñas y adolescentes estudiantes y los padres de familia recibieron psicoeducación por grupos en temas como: Regulación emocional, Resolución de problemas,

Estrategias de parentalidad y Simbolización de emociones y fueron partícipes de otras actividades de los encuentros en salud mental, como las actividades lúdico – deportivas y culturales.

7. Por parte del grupo de enfermería y trabajo social, se realizó seguimiento telefónico y/o visitas domiciliarias posteriores al encuentro, de los niños, niñas y adolescentes con mediano y alto riesgo en salud mental y captados para valorar el estado de las remisiones, así como la adherencia a la medicación y de los factores sociofamiliares que puedan afectar la evolución.

8. Los casos detectados y valorados con problemas de aprendizaje o que puntuaban en riesgo en el CBCL para problemas cognitivos o del neurodesarrollo, se remitieron a neuropsicología y neuropsicopedagogía para realizar la aplicación de un protocolo de evaluación neuropsicológica en donde se evaluaba: atención, memoria, funciones ejecutivas, habilidades visoconstruccionales, lenguaje comprensivo y un tamizaje de capacidad intelectual.

9. Se generó capacitación y formación constante a los profesores, psico-orientadores y familiares de los pacientes detectados con enfermedad mental. En total fueron 10 sesiones, algunos de los temas tratados fueron: problemas de aprendizaje, problemas de atención, ansiedad y miedo, tristeza, duelo e intento de suicidio, conductas agresivas en niños, acoso escolar, consumo de sustancias psicoactivas, sexualidad segura y embarazo adolescente.

10. Se innovó en investigación de acción social, mediante los datos e intervenciones realizadas en cada proceso del proyecto a realizar, tomando como base la política nacional de salud mental y el mhGAP.

RESULTADOS

Los cambios realizados por la implementación del proyecto "Manizales elige la vida", a partir de los encuentros con niños, niñas y adolescentes, y procesos de formación con familias y docentes radicaron inicialmente en transformar algunos mitos sobre la atención en salud mental en el ámbito escolar, clarificando y debatiendo las creencias populares frente a la psicología y la psiquiatría que en ocasiones puede dificultar el acceso a la atención en salud mental, por miedo, vergüenza, culpa u otros sentimientos que fijan una barrera a la atención temprana.

Las familias de niños, niñas y adolescentes, con algún tipo de riesgo, aprendieron a identificar indicadores de riesgo, gestionar y activar las diferentes rutas de atención para un acompañamiento oportuno por parte de los diferentes entes gubernamentales.

Los colegios se tornaron en espacios seguros, comprensivos y dinámicos para los niños, niñas y adolescentes que presentaban riesgo o enfermedad mental, fortaleciéndose como un entorno protector.

Principales logros alcanzados.

▷ 33 instituciones educativas tamizadas (28 Zona Urbana, 5 instituciones rurales).

▷ Un total de 1.262 niños, niñas, y adolescentes abordados de las 33 instituciones educativas públicas priorizadas, de estos 374 con alto riesgo, 192 con riesgo intermedio, 696 sin riesgo.

▷ 124 niños atendidos por psiquiatría infantil.

▷ 49 por medicina general.

▷ 42 por psicología.

▷ 82 adultos atendidos por psiquiatría.

▷ 214 niños y adolescentes con valoración por neuropsicología y neuropsicopedagogía.

▷ Reducción del 85% de la conducta suicida en las personas intervenidas, según la nueva aplicación del CBCL y autoreporte personal y familiar de conducta suicida.



SOSTENIBILIDAD

"Manizales elige la vida" continúa como estrategia de detección temprana hasta la actualidad, utilizando la misma metodología y fortaleciendo la intersectorialidad, entre el sector universitario, el sector salud y el entorno escolar, por medio de diferentes instituciones de educación superior que se encuentran bajo el Sistema Universitario de Manizales (SUMA).

Para garantizar la sostenibilidad de la propuesta el SUMA, por medio de la intervención de las diferentes instituciones de educación superior, se provee un equipo base y diferentes estudiantes en etapa productiva o en práctica profesional de múltiples disciplinas como psicología, trabajo social, medicina, enfermería y desarrollo familiar que permiten mantener y revitalizar la propuesta lo largo del tiempo. SUMA posibilita la conversación sincrónica entre diferentes instituciones para lograr los objetivos específicos, cumpliendo con la misión puntual de investigación, educación y proyección social.

CONCLUSIONES

- ▷ Hay muchos indicadores de psicopatología que tanto familiares, como docentes y la comunidad en general pueden detectar. Las familias y docentes a partir de los espacios de formación logran detectar con claridad diferentes indicadores de psicopatología temprana.
- ▷ Durante la ejecución de la estrategia y como seguimiento a los diferentes casos detectados con riesgo moderado y alto en salud mental se pudo evidenciar que el acceso a los servicios de salud mental es una odisea en Manizales, ya que no hay servicios intermedios y se atiende especialmente lo que se considere más grave, afectando la oportunidad de atención, la adherencia al tratamiento y el pronóstico de los niños, niñas y adolescentes.
- ▷ Hay una pobre aplicación de los lineamientos propuestos por la Resolución 4886 de 2018, en la que se implementa la Política Nacional de Salud Mental.
- ▷ Según los resultados obtenidos se puede evidenciar que se requiere una estrategia interdisciplinaria y multisectorial para dar solución a este problema.
- ▷ El aula de clase y el colegio podrían ser lugares donde confluyen varios riesgos y, por lo tanto, de aquí podrían surgir las soluciones donde se concreten las acciones de los sectores implicados.
- ▷ Existen actores de salud mental dispuestos a trabajar en equipos interdisciplinarios para gestionar esta problemática que duele en la mente de Manizales.
- ▷ Hay una serie de factores de riesgo psicosocial en el contexto familiar para problemas y trastornos de salud mental, fue necesario hacer una intervención focalizada por problemas y grupos poblacionales para mitigar dichos factores de riesgo, de acuerdo con la lectura social del territorio y el tamizaje. Sin dicha intervención en los contextos proximales de las niñas y los niños el retorno a la línea de base y la pérdida de recursos humanos y financieros está garantizada (Agudelo-Hernández, De la Portilla, Delgado-Reyes, et al. 2021)



AGRADECIMIENTOS

Los autores dan un agradecimiento muy especial a los niños, niñas y adolescentes, familias, docentes e instituciones educativas que fueron parte y aún continúan en el proceso de atención a la salud mental en población infanto-juvenil de la ciudad de Manizales. De igual manera un sincero agradecimiento a los diferentes profesionales que hicieron parte del proceso.

REFERENCIAS

- Agudelo- Hernández, A.F., De la Portilla, S., Delgado-Reyes, A.C., Sánchez, J.V., & Cardona Porras, L.F. (2021). Correlación entre trastornos afectivos en padres y el funcionamiento cognitivo de niños y adolescentes en Caldas-Colombia. Tesis Psicológica, 16(1), 1-30. <https://doi.org/10.37511/tesis.v16n1a7>
- Congreso de Colombia (2013) Ley 1616, por cual se expide de salud mental y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1616_2013.pdf
- DANE (2018) Resultado censo nacional de población y vivienda 2018. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
- Delgado, L. P., Jaramillo, D. P., Nieto, E., Saldarriaga, G. I., Giraldo, C. L., Sánchez, J. V. y Orozco, M. I. (2017). Política pública de salud mental del departamento de Caldas: un aporte al bienestar y a la inclusión. Manizales: Editorial Universidad Autónoma de Manizales. <https://editorial.autonoma.edu.co/index.php/libros/catalog/view/23/16/68-1>
- Dirección territorial de salud de Caldas, (2018) Plan territorial de salud 2016-2019, Recuperado de: <https://saluddecaldas.gov.co/plan-de-desarrollo-de-caldas/>
- Ministerio de Salud y protección social (2015) Resolución 518, Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas- PIC. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
- Ministerio de salud y protección social (2018) Resolución 4886 de 2018 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Ministerio de salud y protección social (2019) Resolución 089 de 2019, por la cual se adopta la política pública para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>
- Ministerio de salud y protección social (2016) Encuesta nacional de salud mental 2015. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomo1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Observatorio nacional de salud mental (2018) Indicadores de salud mental por geografía. Recuperado de: <http://rsvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>
- Secretaría de educación de Manizales (2018) Plan operativo anual de inspección y vigilancia 2018. Recuperado de: <https://manizales.gov.co/secretaria-de-educacion/>

MEMORIAS EN VOZ MAYOR ACCIONES PSICOSOCIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA INDIVIDUAL, BARRIAL Y COLECTIVA EN BARRIOS DE AUTOCONSTRUCCIÓN



**Sandra
Pulido²⁹**



**Paola
Moreno³⁰**

● **Grupo Vamos a Ser Memoria³¹**

PRESENTACIÓN

Existe un notorio crecimiento de población mayor en varias regiones del país y se evidencia una relación entre el envejecimiento y vivir en un lugar pobre (Arrubla-Sánchez, 2010). De tal suerte, el envejecimiento se ha convertido en uno de los temas de la agenda pública durante los últimos años y ha sido bandera de los planes de administración local sin mucha investigación y formación al respecto. Este tipo de transformaciones ha hecho que los profesionales de las disciplinas de las ciencias sociales tengamos que repensar y construir nuevas formas de estudiar la vejez, más allá de entenderla como un proceso vital que lleva únicamente al deterioro, analizarla como una construcción social y biográfica que involucra a las personas mayores en sus contextos sociales (Osorio, 2007).

Las personas mayores con las que se ha trabajado a lo largo de nuestro proyecto son, en su mayoría, los fundadores de los barrios Pañuelito, Delicias del Carmen, La Esperanza, Bella Vista y Uniceros de la localidad de Usaquén. Llegaron a Bogotá durante los años 60 a trabajar en la zona de los cerros orientales, en la explotación de canteras y con la esperanza de progresar en la ciudad. Ellos vivieron una de las épocas de mayor migración del campo a la ciudad y, a su

vez, de grandes transformaciones sociales en torno a la configuración de la familia y la sociedad bogotana. El proceso de construcción de estos barrios es un ejemplo, a pequeña escala, de la conformación de los barrios de origen ilegal en esta época.

En los barrios mencionados, los procesos de construcción de espacios propios han creado una filiación al lugar por parte de sus fundadores. El lugar, para ellos, está lleno de significados, cada casa, cada calle, cada esquina, cada cuadra, cada barrio les recuerda su pasado, su historia y su memoria. En sus verbalizaciones, el tiempo cambia, toma otro significado; a partir del recuerdo, vuelven a ser aquellos primeros habitantes que lucharon por las tierras y construyeron sus casas. Las personas adultas mayores, en el barrio, construyen y reelaboran las historias con sus vecinos y en este espacio tienen reconocimiento frente a la comunidad, les recuerdan otro tipo de identidad, una identidad que les otorga dignidad, al ser aquellos que construyeron lo que luego se convirtió en su barrio.

Los conocimientos de los adultos mayores de los barrios se convierten en ejes fundamentales para conocer, no solo la historia de los barrios de autocons-

trucción, sino el conjunto de saberes y sus prácticas socioculturales en la reconstrucción de la ciudad y de un periodo fundamental en la historia del país como es la mitad del siglo XX. Sin embargo, la memoria y los saberes de estos adultos mayores se está perdiendo producto de la falta de registro, archivo y visibilización de sus historias colectivas, sumado al deterioro cognitivo que evidenciamos en la primera etapa del proyecto.

En el contexto económico y social de estos barrios, tanto los espacios de origen ilegal como la vejez se conciben con representaciones negativas que aúnan miseria, enfermedad y dependencia. La vejez es vista como un proceso de desarrollo que lleva a la finalización de la vida y en ese proceso, se sufre de deterioro, soledad, tristeza y vulnerabilidad. Estos significados representan los estereotipos negativos que lleva en sí misma la vejez (Freitas y Ferrero, 2013).

En este sentido, nos interesamos en trabajar en la memoria individual y colectiva como un proceso social de reconstrucción del pasado vivido que se contiene en marcos sociales y que permite a los individuos la recuperación del pasado en el presente (Halbwachs, 2004; Mendoza, 2004; Colacrai, 2010). Nos acercamos de manera participativa a las diferentes actividades de la comunidad para visibilizar la voz de los fundadores. Esta mirada subjetiva permite, por un lado, el reconocimiento de narraciones diferentes a las oficiales y, por otro, el conocimiento de cómo estos actores viven, perciben, experimentan y se identifican en el barrio. Por lo tanto, reconocer la voz de los adultos mayores es fortalecer el “derecho a la ciudad” (Molano Camargo, 2016), de imaginar una ciudad más incluyente y comprensiva en la que, a partir de los diferentes anhelos de los actores, se adecua y rehace el espacio.

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN SOCIO-ESPACIAL

Los antecedentes de este proyecto parten desde la pregunta por las memorias de los adultos mayores, su agencia y sus procesos de identidad individual y colectiva que construyen en los barrios. La memoria colectiva de estos barrios resulta pertinente dado que, con el pasar de los años, su ubicación se ha convertido en parte de una de las zonas más privilegiada de la ciudad, rodeada por construcciones de estratos 4, 5 y 6, lo que la hace una zona heterogénea que no se debe reducir a un lugar segregado y desconectado de la ciudad. Precisamente, la disminución del suelo disponible en la ciudad y la valorización de las zonas de los barrios, hacen de estos un atractivo para las constructoras, por lo cual en la actualidad atraviesan procesos de gentrificación que pueden poner en peligro su existencia y memoria colectiva. En este sentido, el rescatar la memoria colectiva de estos barrios permite tanto evidenciar un pasado conjunto, como aportar a los lineamientos y acciones de las políticas de patrimonio cultural que está constituido por activos sociales que le dan identidad y sentido de pertenencia a los grupos humanos.

Por otro lado, la memoria colectiva constituida por las personas mayores no se encuentra desvincula-

da de otros grupos sociales significativos tales como las generaciones más jóvenes y los demás barrios de autoconstrucción. Por lo tanto, el proyecto reconoce tanto las conexiones intergeneracionales de un pasado conjunto a un presente, como otras historias barriales que se vinculan con otros lugares de la ciudad con unas trayectorias de migración y formas de producción de espacios similares.

Debido a nuestro interés en trabajar con y desde las necesidades de las personas para mejorar el bienestar de los adultos mayores, involucrando y promoviendo la participación comunitaria, configuramos el grupo Vamos a Ser Memoria, con un equipo interdisciplinario y con la comunidad, cuyo fin fue reconocernos y reconocer seres que construyen, reconstruyen y habitan historias, experiencias y vivencias, es decir, somos seres de memoria. En este grupo desarrollamos un ejercicio de psicología situada, comprometida y sensitiva con las realidades de los contextos. Es así que, con nuestras acciones apoyamos la consolidación de las responsabilidades de los adultos mayores; específicamente potenciando su empoderamiento en el entorno, tanto público como privado, desde los roles que adquieren y en las relaciones que mantienen en su comunidad.

²⁹spulidochaparro@gmail.com • ³⁰paola8709@gmail.com • ³¹aser.memoria@gmail.com

METODOLOGÍA



Realizamos nuestra experiencia desde un enfoque psicosocial el cual permite trabajar con significados y sentidos de seres humanos que crean y sostienen su identidad a través de la memoria individual, grupal y colectiva. Específicamente, adoptamos una perspectiva que restaura la agencia de las personas mayores, quienes se reconocen a partir de los roles que ocupan y de las actividades que realizan en sus círculos de socialización tanto a nivel individual como colectivo. La estrategia para materializar nuestra apuesta se gestó a partir de una

aproximación etnográfica para la realización de una intervención “con” y “a partir de” la población, con el propósito de comprender y transformar los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus actores (Guber, 2001). En este sentido, la experiencia trabajada por más de seis años consiste en promover acciones psicosociales que fortalezcan los procesos de memoria en las escalas individual, grupal, barrial y colectiva con las personas mayores habitantes de barrios de autoconstrucción de la localidad de Usaquén en Bogotá.

PARTICIPANTES

Los participantes fueron un grupo de 40 personas mayores, hombres y mujeres entre los 60 y 95 años, algunos migrantes y otros nacidos en Bogotá, pertenecientes al Grupo Adulto Mayor habitantes de los barrios Pañuelito, Delicias del Carmen, La Esperanza, Uniceros y Bellavista de la localidad de Usaquén de estratos socioeconómicos 1,2 y 3. Son personas que llevan la mayoría de su vida viviendo en la zona y han participado activamente de la creación y permanencia de la organización comunitaria de cada barrio. Algunos de ellos son pensionados, otros trabajaron en la construcción o en la extracción de canteras y las mujeres trabajaron por más de 25 años en limpieza doméstica, los demás viven del apoyo económico que reciben por parte de sus hijos, algunos de renta de sus viviendas y de los apoyos adicionales que brinda el gobierno.

PROCEDIMIENTO

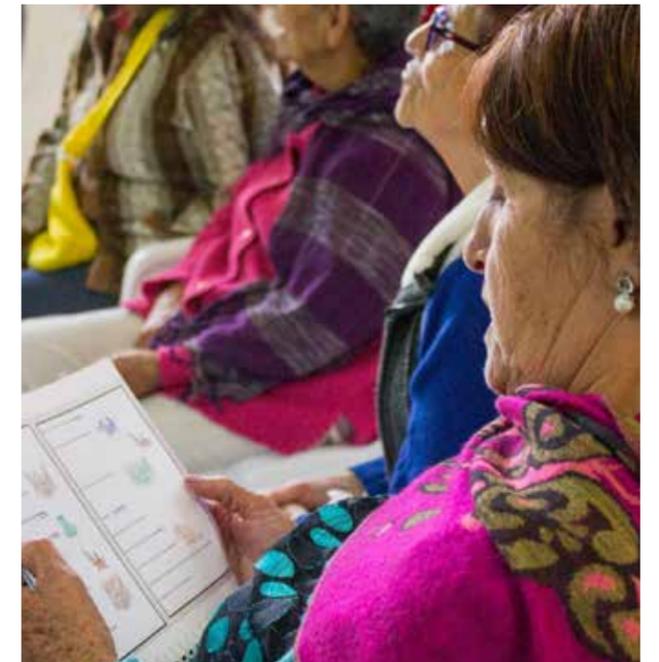
A lo largo de la experiencia, las actividades se diseñaron y realizaron a través de una metodología participativa que involucró el reconocimiento de los espacios y su relación con movimientos, emociones y significados para recuperar la memoria en las escalas individual, grupal, barrial y colectiva.

Las fases de la experiencia fueron las siguientes:

▷ ACERCAMIENTO Y LECTURA DEL CONTEXTO

Iniciamos los primeros contactos con la población a través de observación participativa y entrevistas abiertas, identificamos los líderes comunitarios, y los aspectos socioculturales importantes del territorio y de la comunidad; establecimos conversaciones con la comunidad para conocer tanto la percepción del adulto mayor como sus necesidades, fortalezas, intereses, gustos y expectativas.

Todo lo anterior nos permitió hacer la elaboración del diagnóstico de necesidades para el diseño de la propuesta, en el que identificamos como eje principal el fortalecimiento de los procesos cognitivos de los adultos mayores, ya que evidenciamos dificultades en los procesos mnésicos y en las funciones ejecutivas. En este proceso, encontramos que la memoria individual y colectiva estaban entrelazadas ya que las historias y los relatos de los individuos se podían perder junto con las narrativas del pasado de los barrios de autoconstrucción en la ciudad.



▷ POTENCIALIZACIÓN DE LA MEMORIA COLECTIVA E INDIVIDUAL DE LOS ADULTOS MAYORES

Las acciones de potencialización de la memoria tuvieron la colaboración de las profesoras y estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad del Bosque, quienes colaboraron en la creación y aplicación de los talleres que se llevaron a cabo para la siguiente secuencia: memoria colectiva -memoria individual- memoria colectiva. A continuación, está la descripción de ambas estrategias de potencialización.

▷ ACCIONES DE INTERVENCIÓN COLECTIVA

Con el fin de que los participantes elaborarán relatos de la memoria sobre sus saberes tradicionales y prácticas culturales, a partir de diferentes voces y miradas sobre el barrio, realizamos 30 talleres participativos, elaboramos cartografías comunitarias, líneas del tiempo, mapas de tejido social y de actores que abordan el proceso de llegada a la ciudad, la creación de los barrios, las historias sobre sus casas y barrios, las ceremonias importantes, las familias representativas de los barrios y la genealogía familiar. La sistematización de la memoria colectiva fue realizada a través

de registros de observación, diarios de campo, transcripción de las entrevistas y de los grupos de trabajo.

Adicionalmente, buscamos crear escenarios para la transmisión generacional de los saberes de las personas mayores que configuran la identidad social de los adultos mayores como fundadores de la comunidad mediante la elaboración de algunos objetos (maquetas de casas, dibujos, y genealogías gráficas) para este ejercicio se contó con la participación de algunos familiares de los y las participantes.

ACCIONES DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL



A partir de la detección de necesidades se desarrollaron 15 sesiones de estimulación cognitiva para el mejoramiento de procesos mnésicos y funciones ejecutivas a nivel individual y grupal. A lo largo de esta fase el fin fue optimizar las habilidades cognitivas ejecutivas y de memoria. Dentro de las estrategias terapéuticas, tanto de las sesiones como de la cartilla, están la musicoterapia, las tareas visuales y la terapia de orientación de la realidad. Concretamente, los ejercicios de estimulación consistieron en dibujar su casa, colorear imágenes, reconocer objetos, ubicar lugares de sus barrios, fortalecer la movilidad en sus actividades cotidianas, elaborar su árbol genealógico y recordar las razones de su viaje a la ciudad.

CONSOLIDACIÓN DE SABERES Y VISIBILIZACIÓN DE LA MEMORIA COLECTIVA DE LOS ADULTOS MAYORES

Esta fase se encuentra en curso gracias al apoyo del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural a través de la Beca para el reconocimiento y la activación del patrimonio cultural de sectores sociales otorgada por el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural (2021). Construiremos con la población un arquetipo de “Almanaque Bristol”, este es un objeto que se encuentra en circulación actualmente, como elemento tradicional para campesinos y para personas mayores.

Este almanaque será un dispositivo tanto de registro de la memoria como de divulgación. Esto como estrategia de mantenimiento de la identidad de la comunidad y la visibilización de la existencia de patrimonio cultural material e inmaterial en estos barrios, que comparten un pasado conjunto, que permite pensar y discutir sobre preguntas como ¿Qué tiene valor cultural en la ciudad? en la búsqueda de un conocimiento más participativo e inclusivo por parte de múltiples sectores sociales como los adultos mayores de barrios de autoconstrucción.



RESULTADOS

Entre los principales resultados de las acciones psicosociales encontramos transformaciones en la población a nivel individual, grupal y social.

En primer lugar, resaltamos a nivel individual que frente al deterioro cognitivo identificado en las personas mayores se logró el fortalecimiento y estimulación de procesos mnésicos y de evocación a través de la elaboración de la cartilla “vamos a ser memoria”. Específicamente, al estar diseñada desde los significados y espacios relevantes para la población, esta cartilla permitió el mejoramiento de procesos centrales para la memoria tales como la orientación, la atención mantenida y focalizada, el rastreo visoespacial, el mejoramiento en velocidad del procesamiento de la información, el fomento de emociones positivas, aumento de la comprensión de instrucciones simples y semicomplejas, la memoria espacial, episódica y verbal. Además, impul-

samos el empoderamiento de las personas mayores a través de la visibilización de sus memorias.

En segundo lugar, a nivel grupal realizamos una página web para la visibilización de la memoria colectiva y barrial desde las vivencias, narrativas y experiencias del adulto mayor de los barrios de autoconstrucción, tanto en los barrios como en otros espacios de la ciudad. También aportamos al fortalecimiento del tejido social e integración entre los adultos mayores habitantes de barrios de autoconstrucción, se logró mediante la identificación de trayectorias y vivencias comunes en las narraciones con los relatos más representativos de su memoria colectiva.

En tercer lugar, en el nivel social realizamos el registro y la visibilización de la memoria colectiva como forma de reconocimiento y divulgación del

patrimonio cultural de los barrios. El producto que nos lleva a consolidar y difundir este resultado es el prototipo de Almanaque Bristol en construcción con la comunidad y realizado con el apoyo del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural.

Por otro lado, en términos organizativos, con la constitución del grupo Vamos a Ser Memoria y con el aumento de la cantidad de participantes, realizamos una articulación con la Universidad el Bosque en colaboración con las estudiantes de la carrera de psicología, quienes participaron en la primera y segunda fase del proyecto. En esta fase elaboramos una página web con el objetivo de visibilizar los saberes y las prácticas cotidianas de los adultos mayores. Además, trabajamos con el Centro de Estudios indígenas, Coloniales y de las Independencias (CEICIN) del Departamento de Historia de la Pontificia Universidad Javeriana para recuperar la historia y orígenes de las fiestas decembrinas, la novena de aguinaldos, y las recetas navideñas.

SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad de la experiencia de atención en la comunidad ha estado enmarcada en:

1. El empoderamiento: construcción de liderazgos de algunos adultos mayores en la comunidad y reconocimiento de sus historias barriales entre sus familiares y la comunidad de los barrios de autoconstrucción. Específicamente, en cuanto al desarrollo de espacios durante el proyecto para compartir en un espacio seguro en el que se sienten orgullosos, reconocidos y competentes para realizar actividades juntos, ser escuchados y tomar decisiones.

2. La capacidad instalada en la comunidad: a lo largo del tiempo se ha estado trabajando con el Grupo Adulto Mayor, el cual está autogestionado por las personas mayores de los barrios, generando aprendizajes que quedan para este grupo. En ese escenario la comunidad busca convenios para hacer diferentes intervenciones con la población mayor, para la alfabetización con el Colegio Ana Restrepo del Corral, el cuidado oral con la Universidad El Bosque, la salud física con la Secretaría de Salud de Bogotá y la terapia ocupacional con actividades de motricidad fina con diversas fundaciones.

3. La difusión: mediante dos estrategias se realiza la difusión, por un lado, la página web de la agrupación y por otro el prototipo del Almanaque Bristol. Ambas favorecen los procesos de memoria colectiva sobre los barrios de autoconstrucción con los habitantes de estos barrios, así como con las personas que viven en barrios vecinos para fortalecer el mantenimiento de los espacios comunitarios, el derecho a la ciudad y el reconocimiento de los legados de las personas mayores.

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Conceptuales.

1. Cuestionamiento de la vejez como una etapa del ciclo vital en el que las personas son sujetos pasivos, puesto que a lo largo de la experiencia se puede ver como una etapa de empoderamiento y sabiduría de historias sobre el lugar y la ciudad.

2. Apertura a otras facetas de la vulnerabilidad social ya que los adultos mayores en barrios de autoconstrucción no están definidos total o exclusivamente por los riesgos a los que estuvieron o están

expuestos, sino que desarrollan redes solidarias y cuentan con alto capital social.

3. Comprensión de las historias no como verdad fáctica, sino como realidades acontecidas y transformadas en recuerdos personales y colectivos, en las que el pasado es transmitido por recuerdos, memorias y narraciones que son maleables y en las que pueden existir versiones dominantes en el presente que están en disputa con otras versiones del pasado.



4. A partir del trabajo de observación se ha evidenciado el pasado de los adultos mayores, no solo como elemento identitario, si no también como estrategia de negociación, denuncia y resistencia frente al Estado, organizaciones e instituciones, constructoras y los vecinos de estrato socioeconómico alto, para la defensa de sus viviendas y evitar la posible desaparición de los barrios por encontrarse en una zona que se encuentra en proceso de gentrificación.

5. Comprender que los barrios de autoconstrucción se han dado tanto en Colombia como en Latinoamérica bajo ciertas circunstancias históricas, económicas, políticas y sociales. Las características más comunes para su distinción es que son construcciones que denotan un proceso mediante el cual poblaciones de menores ingresos hacen sus casas con sus manos, bajo condiciones materiales precarias y bajo una serie de estrategias que les permitan resolver sus necesidades tanto individuales como colectivas, y que los podemos analizar bajo prácticas de sobrevivencia, resistencia o de diferentes tipos ciudadanía.

METODOLÓGICAS

6. La participación como eje central y necesario para el funcionamiento del énfasis espacio-corporal de la metodología y, dentro de esta, las estrategias de recorridos de los barrios y cartografía comunitaria. Lo cual muestra la relevancia de acudir a los espacios propios como los barrios, las casas y las fachadas de las casas como evocadores de memorias, y no sólo como ejercicios o actividades individuales.

7. Negociación constante con los participantes ya que el proyecto no se limita a la extracción de información, sino que se teje a partir de una relación recíproca con la comunidad.

8. Prestar atención a lo que la gente dice, lo que la gente hace, y lo que la gente dice que hace ya que es importante no quedarse en los discursos, sino poder rastrear las prácticas efectivas mediante las cuales las personas mayores construyen su memoria.

9. Comprensión de los cambios fisiológicos, médicos y biológicos en la población mayor para realizar los ajustes necesarios a lo largo de la

intervención en lo que refiere a los ritmos, la capacidad de movilidad y la legibilidad de las herramientas utilizadas. Importancia de identificar procesos de deterioro cognitivo, como los tipos de demencia, para realizar la correspondiente remisión.

10. Trabajo interdisciplinar de la memoria para el abordaje de las diferentes aristas de un fenómeno integral en el que se encuentran los niveles individual, barrial, grupal y colectivo.

ORGANIZACIONALES

11. Importancia de realizar monitoreos que incluyan enfoques cuantitativos o desde enfoques mixtos.

12. Flexibilidad en el proceso para adecuarse tanto a los tiempos de la comunidad, así como adaptar las actividades al contexto sociocultural para tener un plano común en el cual desarrollar un diálogo en conjunto.

13. Dificultades en el involucramiento de los jóvenes para el intercambio y la transmisión intergeneracional.



REFERENCIAS

- Arrubla-Sánchez. (2010). Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 9 (19), 229-242.
- Colacrai, P. (2010). Releyendo a Maurice Halbwachs. Una revisión del concepto de memoria colectiva. *Revista La Trama de la Comunicación.* 4: 63-73.
- Freitas M. y Ferrero M. (2013) Vejez y persona anciana: representaciones sociales de la vejez en adolescentes escolares. *Revista Latinoamericana de Enfermagem.* 21,1-8.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, Campo y Reflexividad.* Grupo Editorial Norma: Bogotá.
- Halbwachs, M. (2004). *La memoria colectiva.* España: Prensas universitarias de Zaragoza.
- Molano Camargo, F. (2016). El derecho a la ciudad: de Henri Lefebvre a los análisis sobre la ciudad capitalista contemporánea. *Folios,* 1(44), 3-19. Retrieved from https://www.academia.edu/28695904/El_derecho_a_la_ciudad_de_Henri_Lefebvre_a_los_análisis_sobre_la_ciudad_capitalista_contemporánea_pdf
- Mendoza, J. (2004). "Las formas del recuerdo. La memoria narrativa". *Athenea Digital,*6: 1- 16.
- Osorio P, Paulina. (2007). *Construcción Social de la Vejez y Expectativas ante la Jubilación en Mujeres Chilenas.* *Universum (Talca),* 22(2), 194-212.

RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Museos al aire libre de la memoria "Todas las vidas valen"



**Daniel A.
Franco R.**³²



**Ángela M.
Moreno L.**³³
MUNEY S.A.S.³⁵



**Danna V.
Riveros L.**³⁴

LAS CALLES HABLAN BLAN

El museo al aire libre "Todas las vidas valen" es una estrategia para atender la salud mental de víctimas del conflicto armado interno, víctimas de abuso de autoridad y otras víctimas de violencia en Colombia. Esta propuesta se basó en el concepto de atención psicosocial de la Unidad para la atención y reparación integral de víctimas (2021), como un proceso de articulación que promueve la recuperación o reducción del impacto psicosocial, el dolor emocional y la vulneración psicológica de quienes viven eventos traumáticos que afectan su integridad, sus familias y sus comunidades.

La intervención psicosocial se desarrolla desde cuatro procesos que se complementan entre sí y dan cumplimiento a los objetivos propuestos. El proceso de memoria histórica, se entiende como "un vehículo para el esclarecimiento de los hechos violentos, la dignificación de las voces de las víctimas y la construcción de una paz sostenible en los territorios" (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2021). El museo busca reconocer la historia como un proceso de construcción lo cual es parte de la transformación de la cosmovisión de realidades sociales construidas, puesto que recuperar la memoria histórica facilita "vivir en verdad y desde la verdad" y ello promueve la salud mental de las personas e impacta en la formación de sus identidades.

Otro proceso clave fue la resignificación, el cual se relaciona con el establecimiento de símbolos que configuran y reorganizan el sistema de creencias, perspectivas y valores de la comunidad. En este caso, tener un museo al aire libre facilita retornar a las historias de víctimas de abuso de autoridad, violencia de estado y en general el conflicto armado interno permitiendo tener posturas críticas frente a la situación actual. Busca el acercamiento con las víctimas, familias y transeúntes con el fin de generar vínculos, compartir el conocimiento y sobre todo, darle un nuevo significado a la adversidad.

El tercer proceso se relaciona con el duelo, siendo este una respuesta natural de dolor que presentamos los seres humanos ante cualquier pérdida, especialmente por la pérdida de una persona, aún más dolorosa cuando es el resultado de un acto injusto y violento (Vargas, 2003), como lo viven las perso-

nas participantes en esta intervención. Los museos buscan la elaboración de duelos individuales, sociales y comunitarios haciendo uso del arte urbano para procesar hechos dolorosos, se han construido símbolos de fortaleza, dignidad y memoria para que se pueda aceptar y comprender la realidad social, buscando la transformación de esas condiciones de vida de las personas que han sufrido pérdidas a raíz de injusticias y violencias.

Los procesos descritos previamente dan paso al desarrollo de tejido social, en donde el sujeto da sentido al espacio construido y a la continua relación entre su experiencia y la del otro, forjando así conexiones propositivas hacia la transformación de una realidad en común (Falla y Chávez, 2004).

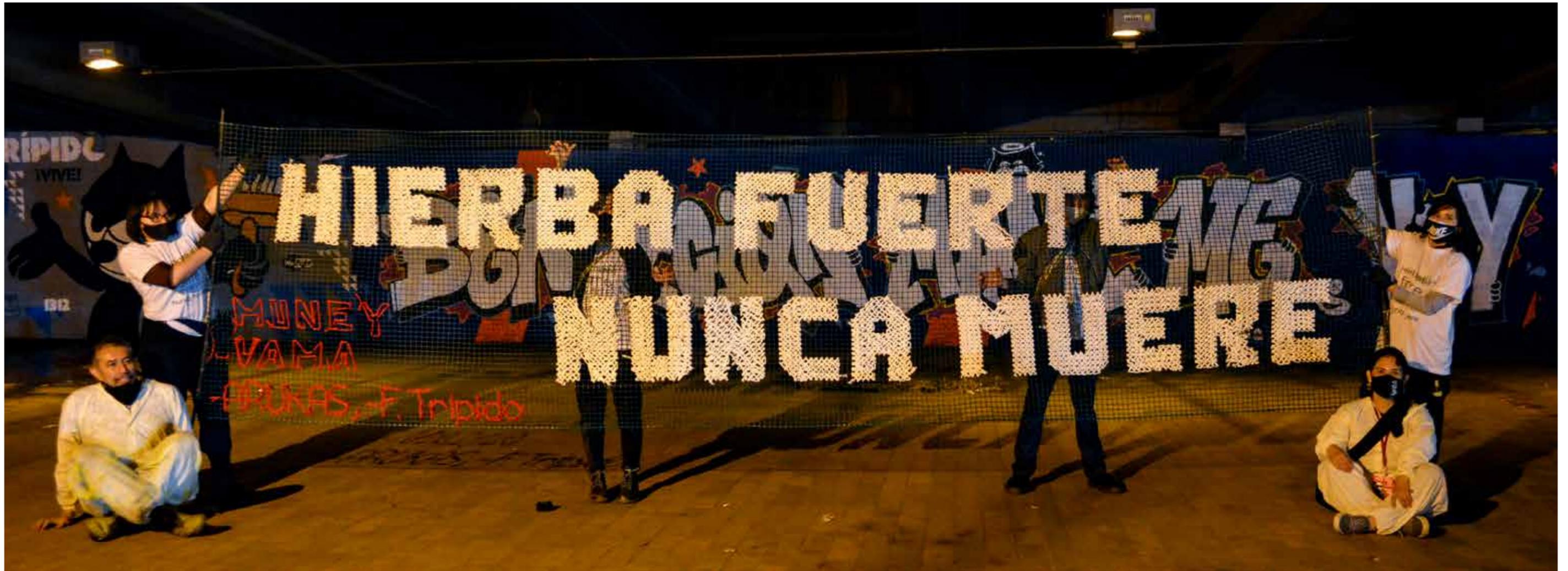
Teniendo en cuenta que existe una comunidad afectada, se atiende de manera integral la salud mental por medio de la resignificación como herramienta de comunicación, reconocimiento, exteriorización y acercamiento frente a una historia que

ha generado diversos espacios de revictimización, invisibilización y dolor. Es entonces cuando la simbolización artística de las historias de las víctimas genera y cambia el significado de su situación dando nuevamente un valor o un sentido diferente a lo que marcó la historia de vida. Además, involucra una visión social que utiliza espacios públicos que promueven representaciones sociales y construcciones de símbolos en el territorio (Arias et al., 2020).

Los museos al aire libre Todas las Vidas Valen, permite crear espacios de contextualización y visibilización de la violación de derechos humanos, pues fortalece la red de apoyo comunitario entre las víctimas y brinda un espacio de resignificación de la pérdida. También, promueve la superación del sufrimiento emocional, siguiendo la herramienta de arteterapia que estimula la recuperación y la promoción del tejido social comunitario (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018).



³²danielfr29@gmail.com • ³³amorenolucero@gmail.com • ³⁴dvriveros28@gmail.com • ³⁵Start up social de salud mental, psimuney@gmail.com, @psimuney



PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO

En los museos al aire libre Todas las vidas valen han participado familias de víctimas, artistas urbanos y vecinos. En general la población implicada es toda aquella que transita los puentes y tiene la oportunidad de interactuar con el espacio. Es fundamental reconocer que la comunidad en sí misma es el mayor destinatario teniendo en cuenta que son procesos de tejido social (Flores, 2010) y de reconstrucción de memoria histórica (Asebey, 2010).

Son una experiencia de atención diversa, incluyente, y participativa ya que cuenta con la interacción de los diferentes grupos poblacionales. Precisamente el nombre del museo hace referencia a la importancia de resaltar la vida, dejando de lado estereotipos, discriminaciones o inequidades. Se buscó que el espacio pudiera estar representado por las personalidades que fueron víctimas del conflic-

to armado interno y, en este sentido, hablamos de mujeres, hombres, comunidad afrodescendiente, indígenas, comunidad LGBTQ+, mujeres cabeza de familia, jóvenes, migrantes, líderes y lideresas, la familia y cercanos de cada víctima. Además, se invitó a artistas y colaboradores que hacen parte de poblaciones vulneradas permitió para que su participación resultará como canal de visibilización del arte urbano que ha sido estigmatizado por tantos años.

Las intervenciones artísticas tuvieron lugar en tres momentos y espacios: se intervino el costado oriente del puente de la calle 80 con avenida Boyacá en la ciudad de Bogotá, entre los días 14 y 16 de noviembre de 2020, con los rostros de las víctimas del día 9 septiembre de 2020 (víctimas de la policía nacional en el marco de las manifestacio-

nes alrededor del asesinato de Javier Ordoñez por parte de miembros de dicha institución) y otras víctimas de abuso policial conocidas, además de hacer un amplio homenaje a Diego Felipe Becerra Lizarazo, quien inspiró la fundación con su nombre y la búsqueda de la reconciliación de la comunidad con el arte urbano y la reparación de actos violentos por parte de instituciones como la ya mencionada. En un segundo momento se intervino el costado occidental del puente de la calle 80 con avenida Boyacá, entre los días 3 y 6 de febrero del 2021, con la misma temática de rostros y homenajes a las víctimas de abuso de autoridad denunciadas. Un tercer momento fue la intervención artística al puente de la Autopista sur con avenida Villavicencio en la ciudad de Bogotá, del 13 de abril al 22 de abril, sitio en donde se encuentran los rostros, frases, símbolos y otros homenajes a víctimas de abuso policial, ejecuciones extrajudiciales, entre otras formas de violencia.

¿Y EL ESTADO?

Colombia se ha visto permeada de violación de derechos humanos presentándose violaciones masivas y sistemáticas en poblaciones civiles, lo cual ha generado afectaciones emocionales, físicas y contextuales a las víctimas. Por esto que en Colombia se creó la ley 1448 de 2011 (ley de víctimas) que establece normativas para garantizar la repara-

ción simbólica, el día nacional de la memoria y solidaridad con las víctimas, el deber de memoria del Estado, las acciones en materia de memoria histórica, la creación del Centro de Memoria Histórica, y las medidas de satisfacción y reparación simbólica por parte de los actores responsables. Desde entonces, el Centro Nacional de Memoria Históri-

ca promueve la reparación integral y el derecho a la verdad por medio de diversas herramientas de investigación, pedagogía y reconocimiento de los procesos de memoria plurales de las violaciones ocurridas. También, la ley 1448 crea la Unidad para la Atención y Reparación integral a las Víctimas que atiende y busca reparar integralmente a las víctimas apoyando los procesos de reconstrucción del tejido social, fortalecimiento de una cultura de confianza y acción participativa de tal manera que acerca el Estado con las víctimas dando paso a un proceso de reparación.

Las instituciones implicadas en implementar la ley de víctimas, tienen retos importantes sobre la afectación a las víctimas. Sin duda, la atención psicosocial se encuentra implícita en el proceso y es por esto que nace el museo al aire libre de la memoria Todas las Vidas Valen, cómo reparación simbólica para dignificar, reconocer a las víctimas y sus historias, visibilizar la situación actual del país y resignificar los procesos de duelo de las familias. Proceso que se extendió hacia la comunidad, sensibilizando y reconstruyendo la sociedad (Patiño, 2010).

METAS DE LOS MUSEOS

Se trabaja con familias víctimas del conflicto armado, de abuso de autoridad y otras violencias mediante la ilustración a través de la pintura, de los rostros de sus familiares asesinados. Además, reconocer los procesos comunitarios que se han visto implícitos en la construcción de memoria histórica por medio de la sensibilización cultural a través del arte (Murqueta, 2015).

Según Davinson (2020) en la Bombing Science, Bogotá se consideró cómo la séptima ciudad más importante en el arte del graffiti lo cual resalta la importancia de este arte en los procesos de comunicación en la sociedad, es por esto que a través de esta expresión artística se buscó impactar a las familias, comunidad e incluso a los artistas, frente a los procesos de construcción de memoria histórica, de reivindicar los derechos vulnerados por medio de espacios de cultura de paz y resignificar los procesos de duelo de las familias que han tenido que cargar con un sin fin de dificultades legales, institucionales y sociales. De tal manera, la iniciativa se construyó cómo respuesta a la necesidad



de concientizar a la sociedad de una realidad manifiesta en nuestro país, y da paso a la construcción colectiva de memoria utilizando símbolos, espacios de cultura de paz y de reconciliación en donde se permite expresar la emocionalidad y dar un acompañamiento a los procesos de duelo, visibilizando así la importancia de la salud mental.

METODOLOGÍA

En cuanto a recursos humanos, la Fundación Diego Felipe Becerra encabezó las intervenciones artísticas, organizó a los artistas, recibió y recibió además denuncias de las víctimas. El equipo psicosocial MUNEY S.A.S. apoyó los procesos de construcción, formulación y ejecución de la propuesta Museo de memoria al aire libre "Todas las vidas valen". Además, MUNEY implementó diversas estrategias psicosociales que permitieron dar seguimiento de los procesos en salud mental de las personas involucradas dentro de la iniciativa (víctimas, familiares allegados, artistas, transeúntes, comunidad en general) y brindó atención psicológica a las víctimas y comunidad que estuvo en contacto con la iniciativa. También, evalúa y analiza desde la psicología el impacto que las intervenciones generan a nivel individual, social y comunitario, permitiendo el trabajo con los diferentes actores sociales que en ellas se ven inmiscuidos.

Además, el Instituto Distrital de las Artes (IDARTES) otorgó el presupuesto inicial para la primera intervención en el puente de la Avenida Boyacá con Calle 80 a través de la "beca de estímulos" para las iniciativas Festivales al Barrio. La Alta Consejería para los Derechos de Las Víctimas respaldó económicamente la segunda intervención en el puente de la Avenida Boyacá con Calle 80, el acercamiento con las familias y víctimas, las visitas a los espacios intervenidos, y la conexión con los medios de comunicación. La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) aportó el presupuesto para la intervención en el puente de la Avenida Villavicencio con autopista Sur, y estableció el contacto con medios de comunicación para visibilizar las intervenciones. Naciones Unidas acompañó y divulgó las intervenciones debido al impacto de las mismas a su vez realiza veeduría para el adecuado desarrollo de las intervenciones.



En la estrategia de museos al aire libre de la memoria Todas las Vidas Valen se usó una metodología participativa diseñada para la construcción de procesos de intervención social con lineamientos solidarios, colectivos y cercanos a la construcción en conjunto. La intervención fue un proceso conjunto, integral e interrelacionado que evoluciona constantemente en la reciprocidad de la práctica - teoría - práctica (Abarca, 2016) que tuvo como dimensiones la investigación, la pedagogía, la comunicación y la creación.

De acuerdo con Abarca (2016), se exponen las dimensiones en contraste con la experiencia de la estrategia. Para la dimensión de la pedagogía se buscó la constante articulación comunitaria para fortalecer los conocimientos y avanzar en la construcción del sentido de la intervención, permitiendo el tejido social y los procesos de resignificación. En principio se buscaba la transformación en las familias víctimas de violencia, sin embargo, la extensión del impacto de la intervención transformó la realidad social visibilizando y educando a la sociedad frente a los procesos de vulneración de derechos humanos y a la resignificación del conflicto armado interno. El museo al aire libre busca la no repetición y la reparación. En la dimensión de la comunicación se fomentó el diálogo colaborativo, dialógico y ho-

rizantal, generando intercambios de conocimientos que fomenta la participación activa de la comunidad frente al proceso realizado, el indagar incluso con quienes habitan los territorios intervenidos y tener una percepción de diferentes aristas genera controversias, felicitaciones, apropiación del espacio, quejas y demás apreciaciones que fortalecen la construcción participativa. Finalmente, en la dimensión creativa se lograron acciones dinamizadoras que realimentan el proceso construido, por medio de las diferentes obras plasmadas en el museo al aire libre dando sentido simbólico que se traduce en la resignificación en el acompañamiento al proceso de duelo de las familias vinculadas al proceso. Para iniciar el proceso de intervención fue necesario investigar para conocer y entender el contexto social, político, comunitario para actuar sin daño y cumplir con los objetivos psicosociales, promoviendo la construcción de memoria histórica, fortaleciendo las relaciones de la realidad y los eventos de violencia vividos. La recopilación de información estuvo limitada por el pobre reconocimiento institucional de las víctimas del conflicto armado e incluso por las dinámicas de poder dentro del restablecimiento de derechos. Además de recolectar las historias de las víctimas que se pintaron, fue necesario el reconocimiento del territorio intervenido para la identificación de los procesos de arte urbano.



¡Y LA MEMORIA SIGUE VIVA!

Se logró realizar la intervención en los puentes de la ciudad de Bogotá, puente de la Avenida Boyacá con Calle 80 y puente de la Avenida Villavicencio con Autopista Sur, teniendo así más de doce mil metros cuadrados pintados, más de ciento cincuenta obras y más de ciento veinte artistas en los procesos de intervención. Con ello se tuvieron espacios de encuentro para las familias, amistades, transeúntes y comunidad en general donde se buscó desde esos encuentros fortalecer el tejido social y propiciar la transformación social (Montero, 2004).

Estos espacios conllevan a la resignificación del sentir, esto desde la propuesta de acompañamiento psicosocial, que tal y como lo propone Liliana Parra (2016), está dirigido a promover el tejido social, el apoyo emocional y el fortalecimiento de las personas victimizadas como actores sociales, de reivindicación de derecho y movilización social, ética y política. Con ello se logra promover escenarios de atención e intervención con diferentes personas, bien sean implicadas directamente (artistas, víctimas, familiares, etc.), o indirectamente (transeúntes, comunidad vecinal, habitantes de calle, etc.) y el reconocimiento del territorio, sus símbolos, sus dinámicas que resultan en el fortalecimiento del sentido de comunidad (Hombrados y López, 2014), es decir, con todo esto se promueven espacios de dinamización, comunidad, institucionalidad, artistas, víctimas y demás, generan redes sociales comunitarias empáticas, solidarias y que se siguen fortaleciendo con el tiempo (Martinez, 2006).

El impacto en la memoria histórica, en sí misma implica resignificar recuerdos tanto individuales como colectivos. En ese sentido los museos de la memoria permiten de manera trascendental la transformación social (Asebey, 2010), teniendo en cuenta valores como justicia, paz, reconciliación y no repetición, además de su sostenibilidad en el tiempo el impacto en las personas y comunidades es y será latente, genera perspectivas críticas a la concepción de realidad social construida, donde la unión de intersubjetividades promueven experiencias humanas, creando de tal modo un mundo vivido de personas, experiencias y significados (Wiesendeld, 2006).

Entender que la memoria es un acto de responsabilidad hacia el pasado (Leone, 2000), implica una relación generacional la cual se evidencia en las juventudes que apoyan y le dan un sentido a la situación de conflicto que ha venido atravesando Colombia, esto fomenta sentido de pertenencia, promueve símbolos y sin duda membresía en las acciones sociales que tienen lugar. Ahora bien, la memoria no queda en el solo recordar, en los museos de la memoria se construye con el día a día, parten de que las problemáticas sociales en Colombia se siguen alimentando y con ello las visibilizan, se busca que esta memoria siga viva y que se le resignifique, y que a partir de ello la construcción de comunidad se promueve desde otras miradas. De allí se logra evidenciar una recuperación de la memoria colectiva y la reparación del tejido social que ha sido permeado invisibilizando las causas sociales por las cuales dichas personas son víctimas, se da voz y visibilidad a lo que ha pasado, en esos espacios, desde narrativas propias de asistentes y transeúntes, se respira un ambiente de justicia, de reconciliación y de paz, y según estas personas es lo que tanto le hace falta a Colombia. Desde esas posturas se le da significado y significancia en sí mismo no solo al espacio, si no a la memoria, al arte como transformador.

En el proceso de la recuperación de memoria se puede decir que se vive en verdad y desde la verdad (Kaufman, 1998), lo cual impacta directamente a la salud mental de las personas y con ello a la formación de identidad, como a la prevención de consecuencias psicológicas negativas y la vulneración de derechos en el presente y futuro cercano. En los museos de la memoria al aire libre se brinda ese apoyo social a las personas afectadas, dando así al testimonio y a las vivencias un lugar común y público, es decir es una herramienta que permite la construcción de significados y de catarsis a lo vivido (Richard, 2002).

De ese modo, se transformaron espacios públicos partiendo del impacto que estos generan en la vivencia personal y colectiva de los mismos, al modificar espacios catalogados incluso como peligrosos, se logra modificar la percepción y conducta de las personas, mejorando su calidad de vida. Pues los puentes están ubicados estratégicamente dado su alto auge de población que transita y residen en los sectores, generando impacto y apostando a la



reducción de los índices de inseguridad, con ello se buscó transformar de manera significativa el entorno, partiendo desde teorías como “la ventana rota”, modificando espacios con la reproducción de una táctica comunitaria de reducción del crimen, además de técnicas de control de espacio público en el que la comunidad participa en la decisión de modificarlo con el fin de evitar delitos en el mismo (Pulgarín, 2012), lo que permite un espacio de paz, de convivencia, de seguridad, de memoria, de justicia y de resignificación.

Como proceso de paz y reconciliación se está logrando dar un sentido al espacio público, donde la construcción de memoria y los procesos de no

repetición tienen cabida, por lo que a nivel general quien transite por estos museos, reconocerá y se planteará preguntas que fortalezcan el pensamiento crítico, así mismo con las personas artistas que intervienen se busca que la empatía y la solidaridad sean un común denominador, y teniendo en cuenta las experiencias y narrativas, se logra fomentar esas posturas que favorecen al bienestar social y a la construcción de comunidad sustentables, sostenibles y saludables.

En cuanto a las víctimas, sobrevivientes, familiares, amigos, amigas y demás personas cercanas a quienes se conmemoran a través de la pintura, se logra evidenciar un sentido de lucha y persistencia

en la no impunidad, así mismo el acompañamiento a procesos de duelo y luto que llevan las personas, como se observó en las intervenciones, las personas conciben estos espacios como una catarsis frente al recordar y mantener viva la memoria. La construcción de memoria histórica en una colectividad brinda herramientas que permiten el tejido social, lo cual conlleva a construcción de comunidad y de estabilidad emocional de manera individual, social y comunitaria. Se hace menester que a partir de los logros alcanzados se busque ampliar los espacios para seguir en la construcción de memoria histórica y resignificación de las víctimas del conflicto interno, de sobrevivientes de violencias, con familiares de las víctimas, desde perspectivas

de construcción y transformación crítica, que fortalezcan procesos de duelo y en general de la salud mental.

A partir del desarrollo de las intervenciones, se dialogó con las comunidades vecinales y habitantes de calle del sector sobre el impacto y el cuidado que los museos al aire libre deben tener, se llegó así a un compromiso de co-cuidado del espacio y vigilancia de este, gracias a la sinergia que se tuvo al momento de la intervención con todas las comunidades aledañas, de igual manera, la participación de medios de comunicación ayuda a conservarlo. La coordinación y articulación con artistas locales lleva a que el proyecto sea sostenible en el tiempo, dado que quienes realizaron la intervención son parte de la comunidad, lo cual brindó un sentido de pertenencia siendo este un símbolo de memoria y participación social (Patiño, 2010), a su vez favoreció la no intervención con otro graffiti sobre las obras construidas, brindando así la seguridad de que el espacio perdurará en el tiempo.

La iniciativa logró desde sus inicios tener potencial para la réplica, para la primera intervención logramos no solo el apoyo institucional sino la recepción por parte de la comunidad, los artistas, las familias de las víctimas y transeúntes del puente de la Avenida Boyacá con Calle 80. Lo cual permitió seguir acompañando los procesos de construcción de memoria histórica en conjunto con la comunidad y abrió los espacios para las siguientes intervenciones artísticas. Actualmente la visibilización del museo al aire libre ha permitido generar espacios de diálogo frente al conflicto, el duelo, la salud mental y los procesos de construcción en comunidad, lo cual nos lleva al continuo trabajo para seguir replicando la estrategia. En el proceso de intercambio de la experiencia nos hemos focalizado en permitir la interacción entre la comunidad en general y los artistas, de tal manera que se evidencian los procesos dialógicos para la consolidación y adaptación de las intervenciones en los diferentes contextos. Llegar a nuevos espacios permite además de la intervención, evidenciar diversos procesos históricos que requieren de atención y que denotan diversas manifestaciones de la violencia.

Tener museos abiertos, no solo permite visibilizar las consecuencias de las conflictividades, sino que busca promover la cultura de paz, de reconciliación



y construcción en pro de una sociedad con mayor empatía frente a las dificultades que como nación nos han llevado a una construcción colectiva desde los procesos de reivindicación de derechos, de acuerdo al componente de satisfacción de la ley de reparación integral a víctimas, adoptando las medidas simbólicas tendientes a la difusión de la verdad sobre las víctimas, victimarios y conseguir sancionar a las personas responsables (Ley 1448 de 2011).

Es menester replicar y ampliar las intervenciones artísticas con sentido social, con el fin de lograr la transformación social desde la construcción dialógica, acercándonos a la reivindicación de derechos y a la prevención y mitigación de riesgos en la salud mental desde diferentes aristas.

Estos procesos dan cuenta de la necesidad de involucrar a los profesionales de la salud mental y enfrentarlos a su responsabilidad crítica, social y profesional de prevenir, promover y atender la salud mental de las comunidades vulneradas históricamente en Colombia.

El museo de memoria al aire libre "Todas las vidas valen" es un proceso en constante evolución que promueve diálogos de diversas índoles, incluso ha evidenciado acciones que hablan sobre la necesidad de callar la historia por parte de quienes se asume afectados de manera negativa por la verdad, personas que desean continuar revictimizando, y de la dificultad que tenemos como sociedad para generar procesos de empatía y transformación. Uno de los retos latentes es continuar abriendo espacios de pedagogía para movilizar a la sociedad a reconocer su historia y a tomar decisiones para cambiar lo que durante tantos años se ha mantenido en nuestra fría sociedad. Entendiendo que el cambio inicia en el lenguaje, en las acciones, en las decisiones, en los procesos de socialización y ahora más que nunca en los símbolos que tenemos en nuestras calles.



REFERENCIAS

Asebey, A., (2010) La intervención comunitaria en la salud mental, desde la extensión universitaria. Asebey, A. y Calviño, M. (Comp.), PSICOLOGÍA Y ACCIÓN COMUNITARIA. Sinergias de cambio en América Latina (pp. 253 - 276). La Habana: Editorial Caminos.

Arias, B. Pinto, A. & Velásquez, A. (2020). Resignificar el presente, desde la sanación del pasado: una perspectiva desde las representaciones sociales y el interaccionismo simbólico [Tesis de pregrado no publicada]. Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Tecnológico de Antioquia I.U.

Abarca, F. (2016, junio). La metodología participativa para la intervención social: reflexiones desde la práctica. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 9 (1), 87-109.

Celis, D., (2015), La supervisión como praxis transformadora en la formación de psicólogas y psicólogos en América Latina. Barrero, E. (Coord.), Formación en psicología reflexiones y propuestas desde América Latina (pp. 103 - 120). Bogotá: Editorial ALFEPSI.

Davison, P. (2020, 17 octubre). Top 99 Cities for graffiti art. *Bombing Science*. <https://www.bombingscience.com/top-99-cities-for-graffiti-art/>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Argentina: Secretaría de Gobierno de Salud.

Flores, J., (2010), De la intervención psicosocial a la praxis comunitaria. Asebey, A. y Calviño, M. (Comp.), PSICOLOGÍA Y ACCIÓN COMUNITARIA. Sinergias de cambio en América Latina (pp. 47 - 66). La Habana: Editorial Caminos.

Falla, U. y Chaves, Y. (2004). Realidades y falencias de la reconstrucción del tejido social en población desplazada. *Tabula rasa*. <http://www.revistatabularasa.org/numero2/chavez.pdf>

Hombrados, I., y López, T., (2014). Dimensiones del sentido de comunidad que predicen la calidad de vida residencial en barrios con diferentes posiciones socioeconómicas. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 159-167. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2014.08.001>

Halbwachs, M. (2004). *La Memoria Colectiva*. España: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Kaufman, S. (1998, noviembre). Sobre violencia social, trauma y memoria. *Memoria Colectiva y represión*, Montevideo, Uruguay.

Leone, G., (2000). ¿Qué hay de «social» en la memoria?. Bakhurst, D., Bellelli, G. y Rosa, A. (Eds.), *Memoria colectiva e identidad nacional* (pp. 135-158). España: Editorial Biblioteca Nueva.

Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. 3 de marzo de 2016.

Martínez, V. (2006). Redes sociales. En *El enfoque comunitario del desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales* (pp. 59-97). Chile: Universidad de Chile.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria, desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Montero, M., (2012). *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Murueta, M., (2015), Formación de psicólogos creadores con compromiso social en América Latina. Barrero, E. (Coord.), *Formación en psicología reflexiones y propuestas desde América Latina* (pp. 9 - 17). Bogotá: Editorial ALFEPSI.

Parra, L., (2016), *Acompañamiento en clínica psicosocial. Una experiencia de investigación en tiempos de construcción de paz (Colombia)*. Bogotá: Editorial Cátedra Libre.

Patiño, A. (2010). Las Reparaciones Simbólicas en Escenarios de Justicia Transicional. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, Vol. 21 (2); 51-61.

Pulgarín, A. (2012). Prevención situacional y control de los espacios públicos. Revisión de algunos modelos teóricos a propósito del contexto colombiano. *Revista electrónica U de A*, 8 (3).

Richard, N. (2002). La crítica de la memoria. *Crítica Cultural*, 8(15), 187-193.
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (18 de septiembre de 2021). Reseña de la unidad. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/la-unidad/resena-de-la-unidad/126>

Vargas, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en&tlng=es.

Wiesenfeld, E., (2006), *El rescate de las comunidades en el marco de la Globalización*. 9, 46-57. Caracas: Athenea Digital. ISSN: 1578-8946



RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD)



Yeison Alfonso Rodríguez Campo³⁶



Andrea Viviann Gómez Gómez³⁷

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Alrededor de la década de los 60, diferentes disciplinas como la filosofía, la sociología, la psiquiatría e incluso individuos que habían sido declarados como “enfermos mentales”, inician movimientos de detración en contra de la psiquiatría clásica, cuyo objetivo era el de replantear no solamente los conceptos de enfermedad y salud mental, sino su abordaje y tratamiento (Galvin, 2009). El término antipsiquiatría propuesto por Coper en 1978, que antes de buscar erigirse como una ciencia o conjunto doctrinal, intentaba reunir posturas críticas frente a la atención de aquellas personas que presentaban trastornos mentales, evidencia la creciente necesidad de modificar un esquema “manicomial”, como lo define Bang (2014), hacia una atención diferente al encierro, el cual, según la concepción de Foucault (1964), lejos de buscar la rehabilitación y reintegración a la comunidad, tenía la finalidad de apartar de la sociedad a aquellas personas que se consideraban anormales o “locas”, invisibilizarlas, y desaparecerlas del escenario social. El psiquiatra español Ramón García en el año 1973 (citado por Galvin, 2009), expresaba que los hospitales psiquiátricos buscaban promover un “sutil encubrimiento de la violencia” considerada necesaria para acallar la locura de los locos, y el “espacio manicomial” se mostraba como la imagen ideal para que estas personas, en un ficticio sentido de libertad, lograran la “felicidad”. El esquema del

encierro por largos periodos empieza a ser reconsiderado a partir del análisis de la necesidad de “institucionalizar” o no a las personas con padecimientos mentales, reorientando dicha atención al interior de su comunidad, con lo que se busca aportar a la construcción de la salud desde la perspectiva de un grupo humano específico (Bang, 2014). Las acciones en salud mental deben estructurarse teniendo en cuenta las necesidades de una población determinada, asimismo, promover la “participación activa” de la comunidad, la cual, desde sus saberes y experiencias debe proponer soluciones coherentes con sus propias y subjetivas realidades (León, 2002).

En Colombia, la necesidad de replantear la internación como paradigma incuestionable de tratamiento, resulta en un Modelo para la Desinstitucionalización de Personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria propuesto por el Ministerio de Salud, teniendo en cuenta que el abordaje de la salud mental desde la comunidad muestra mejores resultados que los entornos de confinamiento o diferentes a aquellos en los que se encuentra inmersa la persona (MinSalud, 2013). Para Zaraza y Hernández (2016) es más eficaz y acertada la atención de la salud mental basada en la comunidad, porque promueve una mejor calidad de vida, un menor tiempo de recuperación, permite que la persona se sienta

³⁶ yeisonrodriguezcampo@gmail.com • ³⁷ Psicoviviann@gmail.com



productiva, parte de un grupo, y en algunos casos la disminución de los síntomas psicóticos en pacientes con patologías como esquizofrenia, además, tiene la capacidad de descongestionar al sistema de salud. Por otro lado, los procesos en salud mental comunitaria no se centran en las necesidades particulares de la persona que padece una patología determinada, sino en la salud mental de un grupo humano que es influenciado y afectado desde la cotidianidad. Por lo cual, fenómenos como el consumo de sustancias psicoactivas, los diferentes tipos de violencias, la marginación del adulto mayor, la pobreza, el derecho a la alimentación (o la llamada seguridad alimentaria), entre otros, pueden ser abordados desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, sin que necesariamente existan personas con diagnósticos de trastorno mental (Bang, 2014. Larban, 2010).

En el año 2013 se expide la ley 1616 o de Salud Mental, en la cual se establece la necesidad de generar modalidades y servicios de atención integral e integrada de salud mental, para lo cual, la red integral de prestadores de servicios de salud debe incluir los Centros de Salud Mental Comunitarios, establecimientos que a pesar de la existencia de la norma no se han materializado, teniendo en cuenta que para el primer semestre del 2021 no hay una reglamentación clara al respecto, pero que se consideran de importante y necesaria implementación, tanto para la ley, como para el Modelo para la Desinstitucionalización de personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria del año 2016.

Según MinSalud (2018) para el año 2017 la tasa de intentos de suicidio fue de 52,4 por 100.000 habitan-

tes y para el año 2016 la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento fue de 1,53 por 100.000 habitantes. Durante el año 2015 la tasa de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento fue de 2.42%, estos últimos se entienden como eventos prevenibles “en la medida en que se brinden las atenciones necesarias para mantener a los pacientes compensados y evitar las agudizaciones del cuadro clínico” (Minsalud, 2018). En el tema de violencia intrafamiliar para el año 2019 se presentaron 73.309 casos en el país (INMLCF, 2019), y para el periodo comprendido entre enero y abril del año 2020, se presentaron 18.064 casos en el territorio nacional, la mayoría de ellos contra mujeres, niñas, niños y adolescentes (INMLCF, 2020).

Sumadas a las anteriores problemáticas sociales, están las diferentes afectaciones mentales producto del confinamiento y demás situaciones relacionadas con el SARS Cov 2, producido por el COVID 19. Hawryluk, et al (2004) basados en la epidemia de SARS del 2003, establecieron que la cuarentena y el confinamiento fueron determinantes para la presentación de angustia psicológica, trastorno de estrés postraumático y depresión, además de los síntomas de ansiedad producto del temor que generaba el riesgo de contagio, los cuales no desaparecieron una vez fueron levantadas las medidas de protección. Balluerka et al (2020) determinaron en un estudio realizado en España, entre los meses de marzo y mayo del año 2020, que tanto la pandemia como el confinamiento han afectado significativamente la estabilidad emocional y conductual no solamente de las personas que se han aislado de manera drástica,

sino también de quienes realizan trabajos y oficios que por su naturaleza impliquen la atención masiva de personas y, por lo tanto, un riesgo alto de contagio. Ramírez et al (2020) basados en epidemias anteriores afirman que las consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario van desde síntomas aislados, hasta trastornos complejos con marcados deterioros en la funcionalidad de aquellos que las padecen. Estos fenómenos obligan a plantear claramente la necesidad de priorizar la atención funcional y adecuada de la salud mental en entornos comunitarios, con el objetivo no solamente de disminuir la posibilidad de convertir en crónicas las patologías de base, sino de abordar con criterios de participación activa las diferentes problemáticas dentro de una población, permitiendo el concurso de todos los actores, estableciendo estrategias cualitativas con un enfoque de apropiación social del conocimiento, y fundamentado en metodologías en donde la construcción comunitaria es la que define y estructura rutas de acción.

Este contexto tanto de problemáticas sociales como de normatividad vigente impulsa la creación de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) cuyo propósito es responder de manera pertinente a las necesidades en atención de las problemáticas psicosociales de diversas comunidades en todo el territorio nacional, además del cumplimiento de la ley 1616 de 2013, y de esta forma promover un mayor acceso a los servicios de salud formales, descongestionando significativamente el sistema de salud y mejorando la calidad de vida de las comunidades. Los CASMCUNAD contribuyen a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental dentro las comunidades en las cuales desarrollan su labor, teniendo en cuenta el marco teórico propio de la psicología comunitaria, la participación y construcción desde lo social y el enfoque de la apropiación social del conocimiento.

Para lograr el objetivo de cubrir todo el país, se ha dividido el territorio nacional en ocho zonas concordantes con la división administrativa y académica de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), la cual, tiene presencia en toda Colombia, y respalda esta estrategia desde la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH). Su objetivo general es contribuir a la construcción de un Modelo de Salud Mental Comunitaria para Colombia a partir de

la implementación de ocho modelos zonales. Para lograrlo, ha sido fundamental el diseño e implementación de estrategias construidas y concertadas con las diferentes comunidades con las cuales se está trabajando, que permitan el abordaje adecuado de las problemáticas evidenciadas en los diversos diagnósticos participativos comunitarios.

Los CASMCUNAD abordan la salud mental y sus problemáticas desde la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP), que permite una construcción continua en el reconocimiento de realidades y contextos desde perspectivas particulares y grupales, permitiendo y promoviendo la apropiación social del conocimiento. La IAP se entiende como un proceso de construcción comunitaria, en el cual, los miembros de un grupo comprenden su realidad, la analizan, reconocen sus problemáticas y actúan con



el objetivo de transformarse (Balcázar, 2003). Por esta razón, la salud mental es una construcción colectiva que debe ser comprendida desde la percepción misma de la comunidad y en su búsqueda activa de transformación y avance (Colmenares, 2012).

Los CASMCUNAD inician formalmente su trabajo en el mes de junio de 2020 con la formulación de sus fundamentos teóricos y prácticos, como resultado de las diferentes investigaciones y análisis de las realidades locales, regionales y nacionales realizados desde la Maestría en Psicología Comunitaria. Inicialmente se denominaron Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria de la UNAD acorde a la ley 1616 de 2013, sin embargo, en el mes de enero de 2021, durante el proceso de establecimiento de un convenio entre la UNAD y el Ministerio de Salud y Protección Social, se hace necesario cambiar el tér-

mino Atención por el de Acompañamiento, teniendo en cuenta el criterio clínico que para el Ministerio y la normatividad vigente representa la palabra “atención”. La estrategia CASMCUNAD se establece de manera permanente dentro de la ECSAH y por lo tanto se garantiza su sostenibilidad en el tiempo con recursos de la UNAD.

Para el abordaje de las diferentes realidades y contextos, fue necesario formular conceptos propios que permitieran la aproximación a los diferentes grupos humanos, es así como, a partir de los aportes que en la materia han realizado Erazo, et al (2014), Bang (2014), Zambrano, et al (2012), Montero (2010, 2004), Sánchez (2002), y Krause (2001), se define que:

La comunidad puede entenderse como un organismo vivo, con historia propia, en constante desarrollo y transformación, conformado por individuos que comparten un territorio común (incluyendo lo que podría definirse como “territorios virtuales” u “organizaciones sociales”), que se agrupan alrededor de aspiraciones, intereses, necesidades, objetivos, y cuyas relaciones internas se fundamentan primordialmente desde lo afectivo, en un reconocimiento del “otro”, sobre lo meramente productivo. Los miembros de una comunidad tienen consciencia de su existencia como un colectivo (sentido de comunidad), de pertenencia al mismo y de lo identitario correspondiente, se benefician y benefician a los demás a partir de sus constantes interrelaciones y del apoyo social, desempeñan roles, observan el cumplimiento de normas tanto explícitas como tácitas (propias de este grupo) para su interacción y la realización de acciones conjuntas.

Posteriormente, en el desarrollo del proceso de aproximación a las comprensiones que las comunidades tenían de sus propias realidades, se establecieron cinco grupos humanos diferenciados para el trabajo comunitario (Tabla 1) y cinco categorías de análisis: afrontamiento comunitario, inclusión social, sentido de comunidad, resiliencia y bienestar (social y psicológico). y producto del trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se incluyeron dentro de los grupos humanos, los Dispositivos Comunitarios desde las Zonas de Orientación Escolar (ZOE).

Tabla 1. División de las comunidades estrategia CASMCUNAD. Fuente: elaboración propia.

Aspecto	Comunidad indígena	Comunidad de base	Organizaciones Sociales	Organizaciones formales
Filosofía de vida, doctrina o cosmovisión sustentante. 2	Comparten cosmovisión, usos y costumbres.	No necesariamente comparten una misma cosmovisión, aunque pueden compartir algunos usos y costumbres.	Comparten filosofías de vida, doctrinas o cosmovisiones que definen las dinámicas de la organización.	No es necesario compartir una cosmovisión o una filosofía de vida.
Territorialidad	Comparten el arraigo a un territorio específico. Territorios indígenas.	Comparten un territorio con sus potencialidades y necesidades	No necesariamente comparten territorios físicos, dado que pueden compartir territorios virtuales, o pertenecer al grupo humano y provenir de muy diferentes territorios.	No necesariamente comparten territorios físicos, dado que pueden compartir territorios virtuales, o pertenecer a la organización y provenir de diferentes territorios.
Ejercicio de la autoridad	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.	El liderazgo es emergente y no necesariamente representativo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.
Pertenencia	Las personas nacen al interior de la comunidad - no voluntaria.	Está generalmente condicionada a factores externos - no voluntaria.	Es generalmente voluntaria.	Vinculación generalmente laboral.

COMUNIDADES Y GRUPOS HUMANOS: MANOS:

Los CASMCUNAD han desarrollado actividades en 108 grupos humanos ubicados en 69 municipios de 22 departamentos de Colombia. Los grupos humanos se dividen en: 2 comunidades indígenas, 43 comunidades de base, 28 organizaciones sociales, 6 organizaciones formales y 29 instituciones educativas enfocadas a las ZOE, y se beneficiaron a un total 23354 personas (Tabla 2). El equipo humano está conformado por dos coordinadores nacionales, uno del programa de Maestría en Psicología Comunitaria y uno del programa de pregrado en Psicología, cinco docentes de la Maestría en Psicología Comunitaria, 66 docentes del programa de Psicología, 11 estudiantes de prácticas de la Maestría en Psicología Comunitaria, 176 estudiantes de prácticas del pregrado en psicología, Para un total de 260 personas vinculadas.

Tabla 2. Comunidades CASMCUNAD

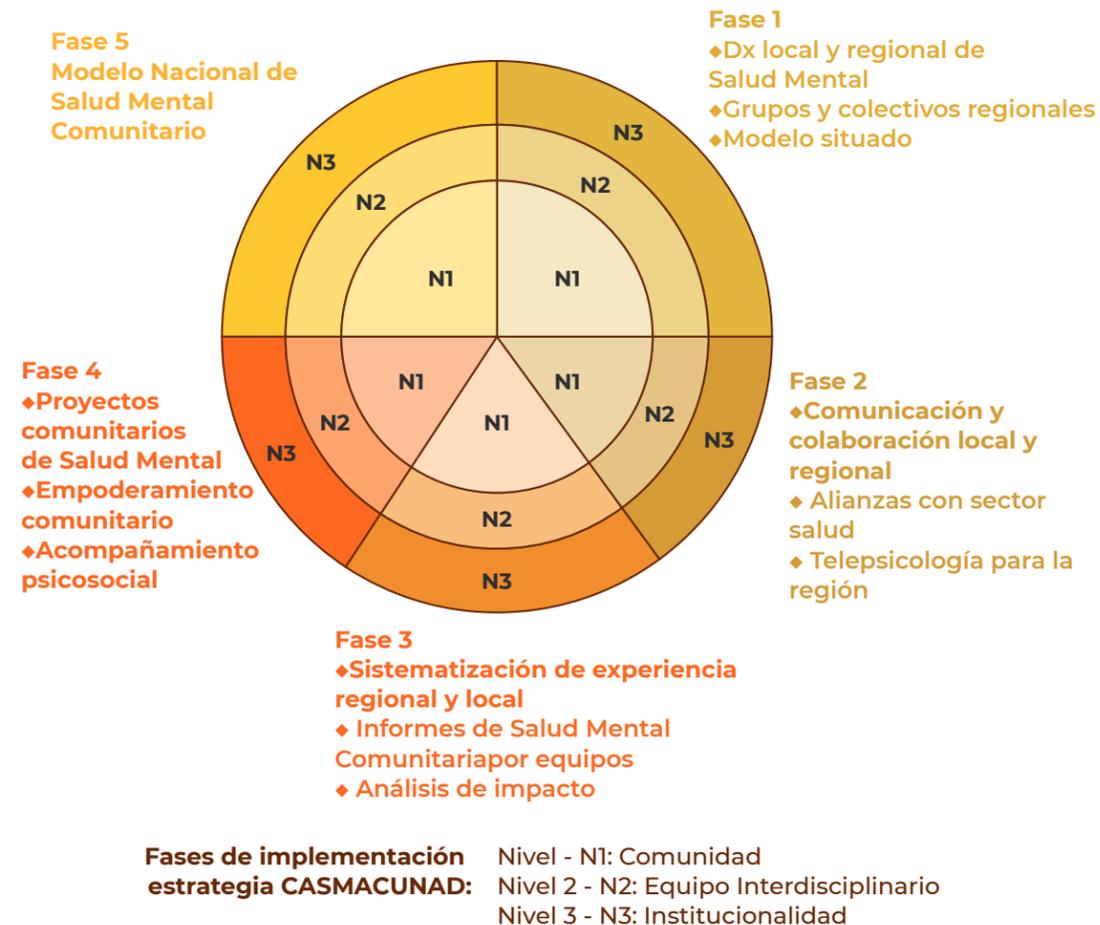
Departamento	Municipios	Com. Indígena	Com. De Base	Organización		Ins. Educativa Zoe	Total Part.	Total Benef.
				Social	Formal			
Antioquia	Medellín			1			20	24
	Vigía Del Fuerte			1			7	10
	Santa Rosa De Osos					1	28	34
	San Luis		1				7	12
Arauca	Tame		1				7	8
Atlántico	Barranquilla			1		2	32	85
	Sabanalarga			2			10	87
	Soledad		1				6	80
Boyacá	Tunja				1	3	41	1422
	Duitama				1	2	17	1207
	Sogamoso		1				6	25
	Ciénega					1	10	665
	Chamezá		1				20	500
	Cucaita					1	15	297
	Covarachia					1	8	400
	Garagoa					1	14	1150
	La Uvita		1				6	36
	Miraflores					1	12	967
Bolívar	Chita		1				4	52
	Cartagena				1		6	30
	Magangué				1		10	1500
Caldas	Supia					1	22	983
	Neira					1	11	30
Caquetá	Florencia		4				36	600
	San Vicente del Caguán		1				12	50
	Puerto Rico		3	1			36	143
	Cartagena del Chaira		1				4	80
	Paujil		1				5	130
Casanare	Yopal		1				12	1000
	Aguazul		3				31	974
	Maní		1				15	77
	Recetor					1	13	35
Cauca	Popayán					1	18	30
	Guachené			1			8	20
	Patía			2			23	70
Cesar	Valledupar		1	1			11	118
	Manaure			1			5	41
	Casacara		1				5	33
	Astrea		1				6	35
Córdoba	Jagua De Ibirico		1				6	150
	Montería				1		11	11
Cundinamarca	Sinu					1	7	20
	Bogotá		4	2	2	2	73	3633
	Gacheta		1				6	35
	Gachala		1	2			19	70
	Junín		1				6	50
Guajira	Choachí		1				6	35
	Urumita		1				5	140
Huila	Pitalito		2				19	540
	Guadalupe			1			13	13
Magdalena	Santa Marta		1	1			22	1400

Meta	Villavicencio		1			10	55
	Fuente De Oro					1	18
	San Juan De Arama					1	10
Nariño	Leiva					1	14
	La Unión					1	15
	Ipiales					1	12
	Tumaco		1				10
Norte De Santander	Ocaña			1		4	81
Putumayo	Mocoa	1					20
	Villagarzon				1		13
Santander	Bucaramanga				5		40
	Floridablanca				1		7
	Simacota				1		11
	Piedecuesta		1	1			40
Sucre	Morroa		1				15
Valle Del Cauca	Cali			1			10
	Buenaventura		1				8
	Santander De Quilichao	1					10

PROCEDIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN.

El trabajo se desarrolla en cinco fases de la siguiente manera (Figura 1):

CENTROS DE ACOMPAÑAMIENTO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA



En la actualidad, los CASMCUNAD tienen un primer proceso en curso, cuya duración es de tres años, de los cuales ya se ha cumplido el primero, que a su vez es la Fase 1, trata del diagnóstico participativo comunitario para 52 grupos humanos, ubicados en 36 municipios de 13 departamentos en Colombia. Lleva un 50% de avance para 56 comunidades que se adicionaron desde enero del año 2021 para un total de 108 comunidades. Estos primeros tres años de trabajo se definieron teniendo en cuenta el alto nivel de complejidad que exige en el trabajo con comunidades, la comprensión de sus realidades, la implementación de estrategias y el impacto esperado.

La Fase 1 de diagnóstico participativo comunitario que se ha desarrollado hasta el momento consiste en la elaboración de un diagnóstico de la comunidad, en el cual, los diferentes actores participan activamente, permiten un abordaje de la realidad desde su propia cosmovisión y se definen los principales problemas y necesidades del grupo en el ámbito de la salud mental. Esta fase tiene los siguientes pasos:

1. Selección de estudiantes y docentes.
2. Conformación de equipos de trabajo.
3. Selección de las comunidades.
4. Aproximación y abordaje de la comunidad.
5. Caracterización de las comunidades.
6. Implementación de Procesos de cartografía Social.
7. Análisis de contexto.
8. Condiciones sociales para la salud.
9. Implementación análisis de bienestar.
10. Teleorientación.
11. Entrega de diagnósticos finales por comunidad.



Figura 1. Fases de implementación estrategia CASMACUNAD

RESULTADOS

Los conceptos trabajados desde la psicología comunitaria hacen parte de esos nuevos paradigmas que se encuentran en constante discusión y que reflejan diferentes enfoques que han evolucionado a través del tiempo, requieren de una mayor comprensión en el momento de ser implementados en los diferentes grupos humanos. Se pueden encontrar elementos o factores que permiten identificar la existencia de la resiliencia en las comunidades, lo que se describe como pilares o antipilares de la resiliencia. En muchas comunidades se puede observar las formas de sobreponerse a las situaciones adversas, pero en otras, las condiciones sociales y políticas impiden que las colectividades puedan resurgir de las problemáticas que atañen a su comunidad, colocándolas en condiciones desventajosas que obstaculizan su progreso. Durante el ejercicio de diagnóstico participativo, las comunidades generaron profundas reflexiones sobre las situaciones adversas vividas en el segundo semestre del año 2020 y en el primer semestre del año 2021, lo cual permitió conocer las formas de respuesta ante las eventualidades, así como los aprendizajes que se desprendieron durante la experiencia.

En las comunidades se pueden evidenciar pilares de resiliencia comunitaria como las prácticas sociales, la estructura social cohesionada, la autoestima colectiva, valorar los recursos propios y valorar los aspectos sociales. También se evidencian antipilares como la pobreza, la corrupción y el aislamiento social. Es indispensable hacer énfasis en los recursos de las comunidades y en el fortalecimiento de estos, antes que concentrarse en sus vulnerabilidades, teniendo en cuenta que las comunidades son dinámicas, complejas y a menudo pueden estar desarticuladas.



LECCIONES APRENDIDAS

Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria durante la cual tuvieron inicio los CASMCUNAD el abordaje de los diferentes grupos humanos tuvo que realizarse por mediaciones virtuales, lo que implicó, no solamente un proceso de adaptación de las metodologías de diagnóstico y gestión para cada equipo de trabajo, sino también, de formación y acceso para algunas comunidades.

Durante el trabajo con las comunidades se integraron elementos importantes para el acompañamiento como la teleorientación y la telepsicología, a demás de un enfoque de abordaje integral, para lo cual, es posible la participación de diferentes programas de la universidad, lo que incrementa el impacto de la

estrategia. La metodología participativa del diagnóstico debe entenderse desde tres perspectivas, como diagnóstico, como técnica y como intervención.

Se logró la comprensión de las realidades comunitarias desde sus propias dinámicas y cómo esas problemáticas van más allá de una mirada reduccionista sobre la salud mental, pues es claro que en sus vínculos y relaciones establecen sus formas de gestión social, y sus formas de convivir y sentirse bien. Un proceso importante que se destaca es la auto-definición de comunidad por cada grupo humano que resalta en ellos las formas de participación, identidad y pertenencia.

Los dispositivos comunitarios requieren de un enfoque de salud pública orientada en desarrollo humano basado en derechos, salud, familias y comunidad, para lograr así potenciar la atención óptima en salud mental.

REFERENCIAS

Balcázar, F. (2003) Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en Humanidades, vol. IV, núm. 7-8, 2003, pp. 59-77 Universidad Nacional de San Luis San Luis, Argentina. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf>

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo M., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J., Santed, G. (2020) Las Consecuencias Psicológicas de la Covid-19 Universidad del País Vasco, Recuperado de: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental. Universidad de Buenos Aires; Argentina. Psicoperspectivas vol 13 no 2 Valparaíso. Mayo de 2014. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200011

Colmenares, A. (2012) Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Recuperado de: [file:///C:/Users/Yeison/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Yeison/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20(2).pdf)

Foucault, M. (1964) Historia de la locura en la época clásica I. biblioteca.d2g.com. Versión segunda reimpresión en español. Recuperado de: <https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>

Galvan, V. (2009) La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019649014.pdf>

Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., Rima, S. (2004) SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canadá. *Emerging Infectious Diseases*. 2004 Jul; 10(7): 1206–1212. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/>

Herrero, S. (2016) Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene. vol.10 no.2 Santa Cruz de La Palma ago. 2016*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

INMLCF (2020) Boletín Estadístico mensual. Abril. Subdirección de Servicios Forenses Centro de referencia nacional Sobre Violencia – CRNV. Recuperado de: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/494197/Boletin-abril-2020.pdf/f0da11c1-355a-687b-2ded-911cf6817a87>

INMLCF (2019) Boletín Estadístico mensual. Diciembre. Subdirección de Servicios Forenses Centro de referencia nacional Sobre Violencia – CRNV. Recuperado de: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/349426/diciembre-2019.pdf/320ad04c-7c85-287f-804a-a49b1031d9f3>

Larban, J. (2010) El Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental “Contenido y Continente” Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2010; 49. Recuperado De: <https://www.seypna.com/documentos/articulos/modelo-comunitario-atencion-salud-mental.pdf>

León, M. (2002) La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral v.18 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2002* Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500009

MinSalud (2018) Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental abril de 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-on-sm-abril-2018.pdf>



RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Línea de Atención para la Salud Mental Un Aporte a la Disminución de las Brechas en el Quindío



Ángela María
Gómez Marín³⁸

Fundación Construyéndonos

LA SALUD MENTAL COMO PRIORIDAD

La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», donde se entiende a la salud mental como un estado de bienestar integral de los individuos con su entorno. Con el objetivo de reconocer el origen de las problemáticas en salud de los individuos, la misma entidad dio a conocer la teoría de los determinantes sociales en la salud definidos como «las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, como el grupo más amplio de factores que influyen sobre las condiciones de vida de las personas», las cuales son susceptibles de ser intervenidos a partir de acciones multisectoriales dirigidas al fortalecimiento de la idea de salud como un derecho fundamental.

El trabajo multisectorial en salud implica el trabajo en equipos transdisciplinarios pertenecientes al sector público, privado y a las ONGs. La efectividad que implica este tipo de iniciativas utiliza los datos publicados por fuentes expertas, la investigación clínica y las contribuciones de las personas y entidades interesadas en una problemática específica que dan lugar a la implementación de estrategias de Evaluación del Impacto en la Salud (por sus siglas en inglés HIA), en el que se busca asegurar que los servicios de salud y las desigualdades sean consideradas en las decisiones y que se involucra a las

personas interesadas en el proceso (Human Impact Partners 2013).

En Colombia los aportes en salud mental intersectorial, dirigidas al cumplimiento de lo propuesto, dan inicio con la disposición de normas en salud mental mediante Ley 1616 del 21 de enero de 2013, en la que se reglamenta la atención en salud mental en el territorio colombiano, la normativa destaca los siguientes puntos como cruciales para ofrecer el servicio idóneo a la comunidad, a) Profesionales acreditados en salud mental, b) Servicios especializados en el área, y c) Coberturas para cada profesional e intervención. Se definen los términos operacionales en salud mental respecto de I) Atención integral e integrada, II) Discapacidad mental, III) Promoción de la salud mental, IV) Prevención primaria del trastorno mental, V) Problema psicosocial, VI) Rehabilitación psicosocial y VII) Trastorno mental. Al igual que se logró determinar en Colombia una nueva política pública de salud mental, Resolución 4886 y la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, Resolución 089; las cuales pretenden involucrar en redes de atención intersectorial la participación de actores de la comunidad en el cuidado de la salud física y mental de forma activa en colaboración con los entes municipales.

³⁸ angela@construyendonos.org

Sin embargo, la participación de la comunidad en la implementación de las disposiciones permite observar que en el departamento del Quindío el desconocimiento de las rutas integrales de atención es una de las principales fallas en la atención, seguido de los limitados servicios de urgencias con profesionales capacitados en atención en salud mental, el escaso número de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) especializadas y habilitadas en salud mental, las cuales a su vez cuentan con un reducido número de profesionales en psiquiatría, lo que dificulta el acceso a los servicios propuestos. Como resultado de lo anterior, se observa el aumento de enfermedades mentales no diagnosticadas y/o no tratadas en concomitancia con la elevada prevalencia de la conducta suicida durante el cuatrienio, como se observa en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Comparativo nacional vs Departamental de la tasa de intento de suicidio durante el periodo 2016 -2019

AÑO	Tasa Nacional	Tasa del departamental Quindío
2016	37,7	60
2017	38	60
2018	52	95,1
2018	52	95,1
2019	58,84	109,52

Fuente: datos Observatorio Nacional de Salud Mental

La tabla demuestra el notable incremento de los casos de intento suicida reportados por las instituciones de salud del departamento a lo largo de los últimos tres años, no atribuibles a los efectos socioambientales de la pandemia.

Tabla 2. Comparativo nacional vs Departamental de la Tasa de suicidio durante el periodo 2016 -2019

AÑO	Tasa Nacional	Tasa del departamental Quindío
2016	5,07	8,07
2017	5,47	8,61
2018	5,72	9,89
2019	5,77	7,80

Fuente: datos observatorio Nacional de Salud Mental

La tabla observa fluctuaciones en el crecimiento de los casos de suicidio consumado en el departamento previos a la pandemia, en todos los años superan el promedio nacional con un pico importante en el año 2018.

Sumado a lo anterior, el análisis descriptivo de la conducta suicida en el eje cafetero permite observar que se tienen desde hace varios años tasas superiores a la nacional: Risaralda tasa de 9,89 por 100 mil (16,8 x100mil en hombres y 3,1x 100 mil en mujeres), Quindío 8,15 por 100 mil (11,3 x100mil en hombres y 5,2x

100 mil en mujeres) y Caldas 8,58 por 100 mil (14,3 x100mil en hombres y 3,3x 100 mil en mujeres) , sin que se conozcan hasta el momento los determinantes sociales pertenecientes a la comunidad implicados en la compleja dinámica.

LAS RESPUESTAS DE LA FUNDACIÓN

En virtud en lo anterior, la Fundación Construyéndonos (FC) se asoció con la Gobernación del Quindío y la alcaldía de Armenia para desarrollar un modelo de atención integral en salud aplicado a la cultura quindiana a través de la línea de atención para la salud mental, la cual es la puerta de entrada y el eje articulador de las normativas de atención en salud mental de la población de todos los sectores del departamento.

Para dar paso a esta transformación de la realidad de la salud mental en el departamento del Quindío y reconociendo que hay aspectos que son más factibles de transformación a corto o mediano plazo y otros que dependen de las estructuras y dinámicas políticas y sociales de cada región con mayor complejidad, la FC inició la ejecución de acciones de impacto social desde el 2018.

Construyéndonos, en su interés por responder a las necesidades de salud mental de la población en general, toma la iniciativa de desarrollar un modelo de atención integral para la salud mental con tres programas iniciales. El primero y puerta de entrada es la línea de atención para la salud mental, desde la cual se ha desarrollado este documento.

El segundo gran programa es SALVAS que significa: Saber qué pasa, para evaluar el riesgo, Atender sin juzgar, Levantar el ánimo- reasegurar, Vías de ayuda, Autoayuda, elaboración de un plan, Seguimiento y monitoreo de los usuarios y las familias. Es un programa para la eliminación del estigma de la salud mental y la exclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, con énfasis en la prevención del suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias interpersonales.

Es importante destacar que este programa posee un modelo de entrenamiento único en el país; busca fomentar el empoderamiento de las comunidades con relación a las situaciones que afectan la salud mental, adicionalmente cuenta con un sistema de evaluación de resultados, orientados a impactar positivamente la comunidad en términos de salud mental. En la actualidad SALVAS ha imple-



mentado algunas de sus fases, desde la alianza estratégica con la Cooperativa ASOINFANCIA, asociación de madres comunitarias y trabajadores de la primera infancia del municipio de Armenia, Quindío. La Fundación Construyéndonos ha estado realizando acompañamiento e intervención en el fortalecimiento de la salud mental, desarrollando procesos de entrenamientos y atención a familias vinculadas a hogares comunitarios. Del mismo modo, se han entrenado a nivel institucional a funcionarios y empleados de COOHBIENESTAR, cooperativa Multiactiva Hogares de Bienestar, es una entidad sin ánimo de lucro que nace como una iniciativa del Instituto Colombiano de Bienestar familiar – ICBF.

El propósito es realizar prevención de la enfermedad mental y reconocimiento de esta como una situación que merece la misma importancia que cualquier otro acontecimiento de carácter físico, promoviendo la eliminación del estigma de la salud mental y la exclusión social de personas con diagnósticos de problemas o trastornos mentales. Es indispensable aclarar que la implementación del proyecto SALVAS se realiza en los entornos familiares, educativos, instruccionales y comunitarios. En total y hasta el momento se han impactado 300 personas entre madres comunitarias, equipo interdisciplinario y equipo administrativo de la institución.

El tercer gran programa es el Programa de Atención Integral para la Salud Mental que se desarrolla a través de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones, con el propósito de llegar a cada una de las personas que requieren servicios especializados en esta área, con enfoque de inclusión, igualdad y equidad.

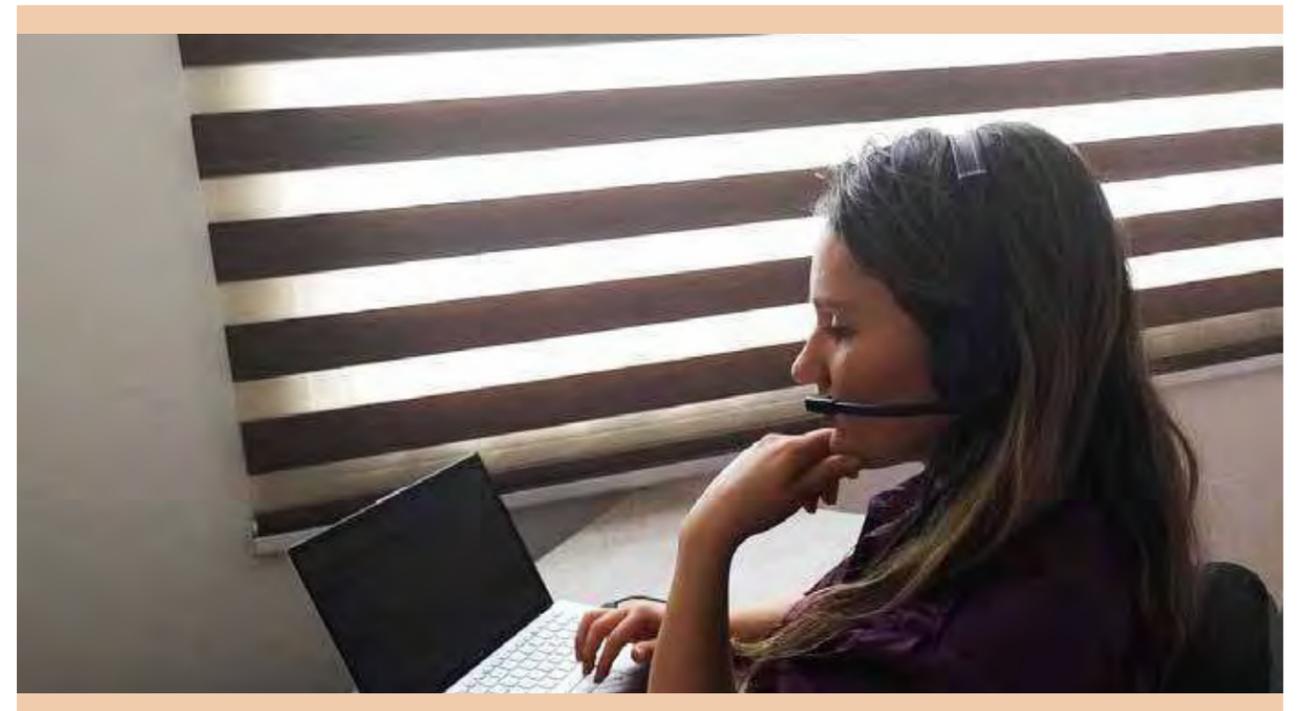
¿QUÉ ES LA LÍNEA DE ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL?



La línea de atención para la salud mental es un recurso que impacta de manera inmediata el bienestar de la población de forma gratuita por medio de la atención de psicólogos entrenados en intervención en crisis, activación de rutas, psicoeducación y orientación. Aunque aún no se haya logrado implementar esta línea como la 106 (tres dígitos de marcación gratuita), si cuenta con la denominación de línea de ayuda psicológica, intervención psicosocial y soporte en situación de crisis.

Los participantes clave para la ejecución del proyecto han sido el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic) para apoyar la atención de la línea; la Secretaría de Salud departamental, quien siempre estuvo apoyando a nivel técnico el proceso, lo que hizo posible contar, en el periodo de la pandemia, con el recurso humano para atender a quienes en ese momento requirieron de soporte emocional para mitigar los efectos en la salud mental producidos por el aislamiento social y la incertidumbre originados en la pandemia.

La línea de atención para la salud mental brinda los recursos desde tres líneas de acción: una a nivel de infraestructura tecnológica, administrativa y operativa; el entrenamiento, capacitación, soporte y coordinación de los psicólogos que aportan la



Gobernación del Quindío y las administraciones municipales, al igual a los voluntarios respaldados por Colpsic, quienes han recibido entrenamiento en primeros auxilios en salud mental, en articulación con las capacitaciones del sistema de emergencias (centro regulador de emergencias CRA), el sistema de protección ICBF en temas de violencia intrafamiliar, sexual, de género; con comisarías de familia para conocer las rutas, salud pública para comprender la dinámica del COVID-19 y sus implicaciones en la salud, diversidad de género con referentes en el tema a nivel departamental, normatividad y rutas de violencia de género con la Fundación Yo Soy Mujer, quien ayuda a mujeres víctimas de violencia y activa rutas de atención y otros temas que ayudan a que sea una atención de calidad y especializada. Las plataformas tecnológicas cuentan con el respaldo de la empresa Teleone, quien ha sido aliada desde el inicio, ha proporcionado sin costo la tecnología y la capacidad técnica, entrenamiento a los psicólogos en el manejo del PBX, plataforma CRM y plataforma de turnos.

La institucionalidad dada por las oficinas de salud pública, secretarías de salud o direcciones de salud de los municipios, a la línea de atención para la salud mental permite que la gestión del riesgo sea efectiva y para ello se les notifican los casos identificados para que desde allí se activen las rutas con

los diferentes sistemas como el de salud, protección, sistema de emergencias o justicia, social, con los cuales se ha logrado establecer articulaciones claras y comprometidas. Además, se han disminuido las brechas evidenciadas en los acuerdos con algunas EPS de la región, las cuales han aceptado el reporte de los psicólogos de la línea de atención como remisión directa para la cita con especialista, facilitando el acceso a los servicios, lo que se ve reflejado en la agilidad para asignación de las citas y la atención temprana de los casos reportados. La responsabilidad en cuanto a la seguridad de la información es considerada como uno de los pilares fundamentales para generar confianza en las personas que llaman, la línea de atención está soportada en plataformas seguras y que cuentan con las normas según la ley 1581 de 2012 que constituye el marco general de la protección de los datos personales en Colombia.

Dentro de la metodología de implementación de la línea de atención en el departamento del Quindío, se han establecido mesas de trabajo con las secretarías de salud de todos los municipios, lideradas por la secretaria de salud departamental y la FC, con el fin de unificar todas las líneas, lograr el desarrollo de una estrategia unificada y brindar una mejor atención en todo el territorio con la estructura operativa y tecnológica.

¿CÓMO FUNCIONA LA LÍNEA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL?

La atención en la línea de salud mental requiere que el psicólogo tenga la capacidad de reconocer aun desde la atención telefónica, el nivel de riesgo en que se encuentra la persona que llama. Este modelo de atención desde plataformas tecnológicas y no cara a cara, requiere nuevas dinámicas y adaptación a la actual situación generada por la pandemia COVID -19, que promueve el desarrollo de nuevos modelos de intervención psicológica (Zhang, Wu, Zhao & Zhang, 2020).

El modelo que se implementa desde la atención de la línea implica una alta capacidad empática y resolutoria para la adecuada contención del usuario en crisis, el manejo de emociones de manera bidireccional, es decir, manejo de emociones propias por parte del psicólogo y contención de las emociones del otro. El psicólogo realiza la intervención psicológica basada en análisis del nivel de riesgo, utilización de primeros auxilios psicológicos para disminuir los riesgos teniendo en cuenta la evaluación del riesgo, manejo de síntomas, psicoeducación y debe tener la capacidad para reconocer qué tipo de activación de ruta requiere el usuario. El equipo supervisor de la FC está atento a cualquier requerimiento que necesite durante el tiempo de atención el psicólogo. Un caso que requiera activación del nivel de emergencias requiere de una capacidad significativa de trabajo en equipo y los recursos tecnológicos y de articulación suficientes para lograr una resolución adecuada. Si bien es cierto que de alguna manera el no estar cara a cara puede verse como una desventaja, en ocasiones el usuario requiere la atención en el momento y la telesalud lo permite, mientras se ubican los otros recursos para asegurar a la persona, como llamar al sistema de emergencia, realizar referenciación a la institución de urgencias que pueda realizar la atención y evitar un paseo de la muerte. Gracias a la articulación con los sistemas de salud, emergencias, territorios y demás actores que ha permitido efectividad y eficiencia en la atención que se hace de manera inmediata, en tiempo real.



¿QUÉ HA LOGRADO LA LÍNEA?

Los resultados de la dinámica de atención se observan de acuerdo con los momentos más significativos, los problemas o trastornos mentales con mayor número de atenciones y en el número de personas atendidas en la línea desde su inicio el 28 de abril de 2020 hasta agosto de 2021.

Las más de 500 atenciones realizadas por la línea de atención para la salud mental desde el 27 de abril de 2020 a septiembre de 2021, 17 meses de funcionamiento, han permitido la activación de 167 rutas de atención en el 2020 y 200 para lo que va corrido del año 2021. Se han realizado la mayoría de los seguimientos necesarios a las atenciones realizadas.

La depresión (masculino 14,84% y femenino 12,09%) y los intentos suicidas (masculino 5,49% y femenino 7,14%) han sido los mayores motivos de

llamada, siendo el grupo masculino quien más llamadas presenta por síntomas depresivos y en las mujeres por intentos suicidas reportados por sus familiares. Las llamadas se presentan con mayor frecuencia en hombres con un total de 51,65% el restante 48,35% corresponde a mujeres, lo que sugiere un uso casi igualitario del servicio. Se han atendido aproximadamente 30 llamadas que han sido activadas y acompañadas de manera inmediata con el sistema de emergencias, cuyo principal motivo ha sido intento de suicidio, de las cuales un 60% han sido llamadas realizadas por familiares o amigos, todas con resolución positiva y atención por urgencias con el apoyo de la línea de atención.

Como resultado de lo anterior, en noviembre del 2020 por las acciones realizadas para la implementación de la línea de atención para la salud mental y su impacto en el inicio de la pandemia COVID-19 obtuvo un reconocimiento de parte del capítulo eje cafetero como experiencia novedosa y exitosa en acciones para la salud mental realizadas en medio de la pandemia, lo cual en gran medida valoriza los esfuerzos realizados para ponerla a funcionar de manera eficiente en ese momento crítico. Teniendo en cuenta además la línea de tiempo en que evidenciamos el aumento en los indicadores en el eje cafetero y en nuestro caso particular en el Quindío, por tal motivo la línea de atención para la salud mental, con el modelo de implementación de la línea de atención para la salud mental del departamento del Quindío, ha logrado resultados inmediatos y desde donde se están gestando procesos de investigación, aplicación de programas de prevención y promoción que hacen parte de la estrategia completa que se ha desarrollado con su equipo técnico, basada en las políticas y normatividades concebidas a nivel nacional e internacional, con las cuales la fundación pretende apoyar la disminución y atomización de las acciones en salud mental y mejorar considerablemente la atención integral de la misma, no solo a nivel local sino también a nivel nacional.

REFERENCIAS

Alfonso Urzúa, P. V.-V.-U.-C. (2020). Terapia Psicológica 2020. Vol 38 N° 1,103-118. Obtenido de La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>

Araújo, D. M. (1 de 2018). Minsalud . Obtenido de Manual para formación mental: componentes comunitarios : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-formacion-componente-comunitario-salud-mental.pdf>

Minsalud. (2014). Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/rehabilitacion-RBC.aspx>

Minsalud. (2018). Obtenido de Resolución No. 4886 de 2018.pdf: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5385

Minsalud Telesalud Y Telemedicina Para La Prestación de Servicios de Salud en la Pandemia por COVID-19. (2020). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS04.pdf>

Official records of the World Health Organization. (06 de 1948). Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud . (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf



RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Estrategia de acompañamiento emocional y teleorientación a pacientes hospitalizados y familiares de la Fundación Campbell en época del COVID-19



**Irma Helena
Baldovino Pérez³⁹**



**Betty Luz
Ruiz Ruiz⁴⁰**

Universidad Autónoma del Caribe

DE DÓNDE PARTIMOS

Durante la emergencia sanitaria en razón de la pandemia por Covid-19 se presentaron situaciones particulares en un segmento de la población compuesto por personas que en ese momento se encontraban hospitalizadas (usuarios de los servicios de salud), quienes sumado al compromiso de salud física presentaban problemas psicosociales asociados como son la sensación de baja productividad por la necesidad de centrarse en el problema de salud, las incapacidades laborales que esto conlleva, el aislamiento obligatorio (medida para limitar y evitar el contagio) que forzaba a mantenerse hospitalizadas sin asistencia por un acompañante durante esa estancia, lo que se convirtió en una alta fuente de estrés e insatisfacción tanto para el paciente como las familias. Estas sensaciones se acrecentaron cuando el usuario era el proveedor del hogar, debido a que se inició una disminución de ingresos que afecta la economía y por ende la satisfacción de necesidades primarias en la familia, afectándose aún más su salud mental. Debido a lo anterior, es altamente probable que las personas, al presentar múltiples factores de riesgo psicosocial y económico, fuesen susceptibles de precipitar situaciones de crisis emocional, donde podían experimentar ansiedad, depresión, estrés, alteraciones de la conducta y hasta pánico, lo que supone un reto y una oportunidad en la necesidad de dar atención inmediata para fortalecer las habilidades de afrontamiento y otras acciones que permitan restablecer la salud mental de la población (Ministerio de Salud [Minsalud], 2020).

En este contexto, se estableció un convenio docencia-servicio entre la Universidad Autónoma del Caribe (UAC) y la Fundación Campbell, allí para desarrollar la “estrategia de acompañamiento emocional y teleorientación a pacientes hospitalizados y familiares/allegados de la Fundación Campbell en época del Covid-19”. En este sentido, se proveyó la atención en salud para atender incluida una estrategia de atención psicológica. Esta estrategia estuvo encuadrada dentro de los principios metodológicos y éticos para la atención de la teleorientación o telepsicología, la cual se convirtió en una de las tres categorías de desafío según Koocher (como se citó en Colegio Colombiano de Psicólogos [Colpsic], 2020) e implicó demandas crecientes para entregar nuestros servicios por medios electrónicos. Los servicios ofrecidos incluían las evaluaciones psicológicas, las intervenciones (como en este caso el acompañamiento emocional) y también algunas supervisiones a profesionales en formación (Colpsic, 2020).

³⁹ irma.baldovino@uac.edu.co • ⁴⁰ betty.ruiz@uac.edu.co

PARA QUÉ, CON QUIÉNES Y DE QUÉ MANERA MANERA

Bajo el objetivo de proporcionar acompañamiento psicosocial a partir de la teleorientación o telepsicología y así superar las limitaciones de la atención, producto de la pandemia por Covid-19, la estrategia se desarrolló durante el año 2020. Por una parte los pacientes y la docente asistencial en psicología se encontraban en las instalaciones de la Fundación Campbell en la ciudad de Barranquilla, (Atlántico) al norte de Colombia. Por otra parte, los estudiantes en práctica que apoyaron la estrategia estaban ubicados desde sus casas en diferentes sectores del departamento del Atlántico y de otros departamentos del país.

La estrategia mencionada anteriormente, se presentó como una respuesta a la emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional en el mes de marzo del año 2020, a partir de las medidas de aislamiento social preventivo; es así como estas restricciones de manera específica obligaron a las universidades a sostener un modelo de operación con mediación virtual de manera indefinida para continuar garantizando el acceso a la educación como derecho fundamental, y de igual forma la Fundación Campbell debió mantenerse operando y presentado el servicio de salud para garantizar la vida de la población y mitigar de alguna forma los problemas de salud que enfrenta la región.

El objetivo principal de la estrategia fue el acompañamiento psicológico a los pacientes y familiares de la Fundación Campbell, a través del contacto virtual, con el fin de atender las necesidades emocionales asociadas a su estancia en la clínica, así como algunas consecuencias de la emergencia sanitaria por COVID-19; a partir del diseño de un protocolo de acompañamiento emocional para pacientes hospitalizados y sus familiares/allegados; manteniendo los lineamientos del anexo técnico (plan de prácticas) en cuanto al desarrollo de competencias profesionales y delegación progresiva de funciones y responsabilidades al estudiante.

La estrategia permitió la atención de 384 usuarios hospitalizados y 50 familias usuarios de la Fundación Campbell, quienes son pacientes habitantes de la Cuenca del Caribe que en su mayoría habían sido víctimas de accidentes de tránsito y otro tipo de accidentes. También, se atienden usuarios que



ingresan por urgencias con problemas de diabetes, hipertensión y otras afecciones médicas. Los usuarios atendidos durante el desarrollo de la estrategia fueron en su mayoría del sexo masculino, con edades comprendidas entre los 10 y 90 años, quienes usualmente presentan dificultades económicas y trabajos informales.

Desde el programa de Psicología de la UAC se puso a disposición el capital intelectual de profesores y estudiantes de último año (en ejercicio de sus prácticas profesionales) para ofrecer servicios a los usuarios y las familias de la Fundación Campbell en el marco del convenio docencia servicio. Es así como se desarrolló la Estrategia de acompañamiento emocional y teleorientación a pacientes hospitalizados y familiares de la Fundación Campbell en época del COVID-19. La formulación se realizó en un tiempo aproximado de un mes, del 03 de abril al 30 de abril del año 2020, luego se realizó capacitación a los estudiantes durante los meses de mayo y junio del año 2020 en los temas relacionados con primeros auxilios psicológicos y atención en crisis, entrenamiento en regulación emocional y tolerancia al malestar, utilización de pruebas de tamizaje en salud mental, programas de psi coeducación en salud mental, normatividad para el ejercicio de la psicología y telepsicología, curso corto de COVID-19, entre otros. La ejecución de la estrategia se desarrolló desde el 15 de junio hasta el 15 de diciembre del año 2020.

La primera meta propuesta en el desarrollo de la iniciativa fue la construcción de un protocolo de acompañamiento emocional. La segunda meta era la atención a partir del acompañamiento a los pacientes en hospitalización y sus familiares/allegados a través de la telepsicología o teleorientación. A estas metas se le suma una tercera, la continuidad del convenio docencia- servicio entre la Universidad y la Fundación Campbell el cual tuvo que ser interrumpido momentáneamente y los estudiantes debieron ser retirados del escenario de práctica a consecuencia de la emergencia sanitaria por COVID-19 y las medidas de aislamiento obligatorio en el mes de marzo, luego de un mes de inicio de las prácticas del primer semestre del año 2020. Esto último permitió generar espacios de diálogo y así crear una forma diferente de atención y acompañamiento garantizando la prestación del apoyo a través de la teleorientación, manteniendo la calidad

del mismo y el cumplimiento del convenio bajo estrictos procedimientos de calidad y cumplimiento de la normatividad.

Por consiguiente, fue necesario contar con un recurso humano que garantizara el diseño y ejecución de la estrategia, para ello participaron una docente académica adscrita al programa de psicología de la Universidad Autónoma del Caribe, un jefe del programa de psicología de la Universidad Autónoma del Caribe, una docente asistencial de la Fundación Campbell y 46 estudiantes practicantes. La estrategia se formalizó a través del comité docencia, servicio que entre otras funciones vela por el adecuado desarrollo del convenio Universidad Autónoma del Caribe – Fundación Campbell. Es de resaltar que durante el proceso de diseño y ejecución de la iniciativa se realizaron diferentes reuniones al interior de la Universidad para la revisión, presentación y evaluación de la estrategia. Asimismo, en la implementación de la iniciativa se supervisó y se garantizó el desarrollo de la estrategia a través de la constante comunicación, reuniones entre la docente académica y la docente asistencial; así como con la jefatura del programa, con el fin de revisar constantemente la atención a los usuarios y la adquisición de competencias clínicas por parte de los estudiantes. Se hizo seguimiento a la implementación de técnicas de evaluación e intervención precisadas en el protocolo de atención, se realizaron supervisiones semanales del proceso de los estudiantes a partir del estudio de casos por grupos de forma remota, liderados por la docente académica a través de la plataforma virtual utilizada por la UAC (Microsoft Teams), también se socializaron los resultados de la estrategia a la comunidad académica y colaboradores del convenio. En cuanto al material utilizado para la iniciativa, la Universidad proporcionó las tarjetas SIM usadas para el servicio de teleorientación de los estudiantes practicantes, así como el recurso financiero para el pago de los profesionales participantes.

Por otra parte, el proceso metodológico contemplado para el desarrollo la estrategia de acompañamiento emocional partió de la identificación de las necesidades en la continuidad del convenio docencia- servicio, se presentó la idea de trabajo al programa de psicología de la Universidad y al cumplir con el estudio de referentes internacionales y nacionales sobre tele asistencia/teleorienta-

ción psicológica y ciberpsicología, así como sus referentes bioéticos y deontológicos, se realizaron sesiones de trabajo para establecer las acciones del protocolo. Se inició con el diseño de la propuesta y el protocolo de atención validado y revisado, para posteriormente ser presentado a la Fundación Campbell en el marco del comité docencia-servicio, el cual avaló la estrategia. Es de gran importancia resaltar que el alcance del protocolo no incluyó la realización de la psicoterapia de ningún tipo. Se trataba de una llamada donde se prestaba apoyo emocional y orientación para la situación actual y primeros auxilios psicológicos (primera instancia de la intervención en crisis; Slaikou, 1996) a los usuarios hospitalizados y/o familiares-allegados; de igual forma se prestó orientación al consultante, con acompañamiento permanente de la intervención por parte de la docente asistencial.

A continuación, se presenta el paso a paso establecido:

1. Descripción del proceso de delegación progresiva: la docente asistencial realiza reunión remota con los estudiantes practicantes para la asignación de los pacientes hospitalizados en la clínica (al final se amplía este ítem).
2. Consentimiento informado adaptado a la modalidad de teleorientación y diligenciado en las instalaciones de la clínica por la docente asistencial, con el fin de garantizar la aceptación del servicio por parte del usuario.
3. Recepción de llamada con total disposición, para ello se requiere de las siguientes habilidades del estudiante practicante: tranquilidad y paciencia, empatía, compasión, calidez, escucha activa, validación de la emoción sin juzgamiento, identificación de información necesaria.
4. Identificación de la necesidad actual: se introduce al consultante en el propósito que tendrá la llamada, expresándole que será un espacio donde se identificarán las necesidades que se están presentando y el estudiante practicante identificará la situación concreta a intervenir, esto permitirá que la llamada sea efectiva y se logre el objetivo del acompañamiento, si existe una necesidad de acompañamiento para revisar alguna situación diferente, la docente asistencial lo atenderá posteriormente.



5. Identificación y validación de la emoción presentada a través de preguntas por la emoción que está presentando actualmente, si el paciente no logra identificar la emoción y etiquetarla, el estudiante practicante dará el nombre de las emociones más frecuentes que presentan las personas y conociendo las emociones más frecuentes que presentan los pacientes en hospitalización y pedirá calificar la intensidad de la emoción en una escala subjetiva de 1-10,.

6. Validar la emoción mencionada, comprender lo que se está experimentando el usuario, sin suprimir su emoción, siendo consciente de los síntomas fisiológicos que se presentan de forma natural, también trabajar para tolerar el malestar y para realizar conductas adaptativas procurando hacer frente a la situación actual, Guiar al consultante a identificar los pensamientos asociados a la emoción y contrastarlos con pruebas de realidad que permitan darse cuenta de posibles anticipaciones por ejemplo en los casos de ansiedad.

7. Solución del problema identificado evaluando si el consultante está en un momento en el cual puede resolver un problema o por el contrario ha superado los recursos psicológicos para sobrellevar una situación emocional intensa. Si sucede lo último, es necesario aplicar algunas habilidades para sobrevivir a las crisis descritas en la terapia dialéctica comportamental – DBT por Linehan (como se citó en Boggiano y Gagliesi, 2018) entre ellas las técnicas de cambios fisiológicos, respiración pausada, entre otras; así como técnicas de relajación progresiva (tener en cuenta las limitaciones de esta técnica en caso de dolor, problemas físicos). Una vez se logra la disminución de la intensidad de la emoción sin suprimirla debido a la naturaleza de la misma y su función adaptativa, el consultante podrá hacer frente a la situación que requiera resolver para hacer algún cambio, esto con mayores probabilidades de efectividad de la conducta a realizar. Es de resaltar que se cuida de no realizar ningún tipo de evitación de la emoción o situación

(refuerzo negativo), sólo se busca disminuir su intensidad para una mejor adaptación a la situación actual.

8. Seguimiento del caso, los problemas identificados y que son propios para resolver en la actualidad pueden estar relacionados con dificultades para realizar una rutina diaria que les permita a los consultantes mejorar el momento que se está viviendo por la necesidad de estar hospitalizado, conductas y emociones previas a una intervención médica, conductas y emociones frente a un diagnóstico médico, emociones y conductas frente a un panorama de tratamiento médico, conductas para evitar contagio de virus y/o propagación del mismo, dificultad para realizar actividades académicas y /o labores por el cambio de ritmo y condiciones actuales, dificultad para sobrellevar problemas en las relaciones de pareja, dificultades para sobrellevar problemas familiares, entre otros. Si el consultante requiere un apoyo especializado inmediato, el estudiante practicante informará al docente asistencial y de esta forma se garantiza el seguimiento del caso al interior de la institución y así hacer una atención temprana de los problemas susceptibles de afectar la salud mental. Los pacientes o usuarios

son acompañados durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las necesidades, de igual forma se realiza acompañamiento familiar (a través de llamadas realizadas a las familias o allegados en casa y los que la situación lo requiriera). Es importante resaltar que los usuarios que requieren acompañamiento post hospitalización la obtienen vía telefónica, siendo esto un valor agregado al trabajo desarrollado por los estudiantes en semestres anteriores.

9. Asesoría académica, la docente del curso de práctica realiza una reunión semanal remota grupal y/o individual con el estudiante practicante para la revisión del caso(s) atendido, cumpliendo con el rol asignado en el convenio docencia- servicio, durante esta reunión se identificará la necesidad y periodicidad de los seguimientos a los casos, es decir, el posterior acompañamiento con el paciente a quien se le realizó el primer acompañamiento, de igual forma, se da acompañamiento emocional al estudiante de ser necesario. La docente asistencial por su parte participa en reuniones remotas con la docente asesora académica, para revisar el trabajo desarrollado por el estudiante en práctica durante el desarrollo de la estrategia.



RESULTADOS



Como resultado del diseño, ejecución y evaluación de la “estrategia de acompañamiento emocional y teleorientación a pacientes hospitalizados y familiares/allegados de la Fundación Campbell en época del COVID-19”, se generó un cambio de concepción de la atención en pacientes hospitalizados y sus familiares/allegados. La posibilidad de implementar la telepsicología como estrategia de acompañamiento permite la creación de un vínculo entre el estudiante en práctica y el paciente en una relación independientemente de su ubicación física y la distancia que media entre ambos. Esta atención que permite la evaluación de las funciones psicológicas en los pacientes hospitalizados, la identificación de síntomas y criterios clínicos que establecen una posible impresión diagnóstica temprana de problemas emocionales y/o mentales relacionados con las dificultades y condiciones médicas del usuario, así como problemas relacionados con la estancia hospitalaria, sumado a ello los problemas asociados a la pandemia por COVID-19 y otras situaciones de la cotidianidad.

Entre los factores diferenciadores está el diseño e implementación de un protocolo que permitió la continuidad del desarrollo de la práctica para la adquisición de competencias clínicas y de la salud de un grupo de 46 estudiantes en práctica de telepsicología. A partir de esta iniciativa se demostró que los valores éticos de acuerdo con el código deontológico y bioético, se pueden mantener en escenarios diferentes a la consulta presencial tra-

dicional en la psicología clínica y de la salud. Se ejecutaron programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el proceso de psicoeducación al usuario, familiares/allegados. Se desarrollaron intervenciones psicológicas en situaciones de crisis y urgencias en pacientes a través de la telepsicología. Mediante la estrategia se favoreció el manejo adecuado de la confidencialidad y la autorrevelación que, en ocasiones, condicionan al consultante en una sesión presencial. Se facilitó el abordaje temprano de casos que necesitarían asistencia psicoterapéutica y que no acudirían a los servicios de salud mental de otra manera debido a la emergencia sanitaria por COVID -19. Otro valor agregado que se puede mencionar es el adiestramiento en un protocolo de atención en telepsicología que incluye una estrategia de acompañamiento emocional, orientación a pacientes y atención en primeros auxilios psicológicos, que amerita el desarrollo de competencias más allá de la práctica clínica regular en un consultorio u otro escenario que requiere la presencialidad del consultante. De igual forma requirió el entrenamiento y participación en capacitaciones sobre diferentes situaciones como la emergencia por COVID -19, atención en crisis, entre otras.

Por otra parte, de las lecciones aprendidas en lo conceptual, la iniciativa permite la comprensión de la psicología como una disciplina científica que puede utilizar sus métodos y técnicas de evaluación e intervención para el abordaje de los problemas

emocionales en un ámbito clínico más allá de la cercanía física que se pueda dar con el consultante. Las técnicas, procedimientos y modelos terapéuticos son susceptibles de ser adaptados en diferentes contextos, aún a través de la telepsicología como estrategia de intervención en situaciones poco comunes como lo es la pandemia por COVID-19. Se formularon protocolos paralelos que se diseñaron durante la pandemia y que mantenía conceptos, aspectos metodológicos y técnicos similares al presentado en esta estrategia, como son: la estrategia de acompañamiento emocional y orientación en época de pandemia (para la comunidad UAC), servicio de teleorientación para el acompañamiento emocional y orientación a mujeres víctimas de violencia en época del COVID -19, Todos diseñados por el mismo equipo de profesionales.

Los aspectos metodológicos utilizados en esta iniciativa, como el diseño y ejecución de un protocolo de atención por telepsicología son susceptibles de ser replicados por otras instituciones que requieran la atención de sus pacientes hospitalizados, seguimientos en casa, interconsultas por psicología, entre otras. Así como la continuación en la apropiación del conocimiento y el desarrollo de competencias del área clínica y de la salud en instituciones de educación superior. En los aspectos Organizacionales, la implementación de la estrategia amerita la adquisición de elementos y equipos de telefonía u otro dispositivo o plataforma tecnológica por parte de la Fundación, así como de la institución educativa para dar continuidad al proceso de prácticas en los tiempos adecuados. No se debería repetir la demora de la implementación del servicio de atención psicológica por decisiones administrativas, dotación de equipos tecnológicos, entre otros.

REFERENCIAS AS

Boggiano, J. P. y Gagliesi, P. (2018). Terapia Dialéctico Conductual. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata (EDULP).

Colegio Colombiano de Psicólogos (2020). Referentes éticos mínimos para la práctica de la telepsicología. <https://es.scribd.com/document/453930401/Referentes-e-ticos-mi-nimos-para-la-pra-ctica-de-la-Telepsicologi-a-2>

Colegio oficial de Psicología de Navarra (2020). Atención psicológica telefónica COVID-19. <http://www.cop.es/uploads/PDF/ATENCION-PSICOLOGICA-TELEFONICA-COVID19-COPNAVARRA.pdf>

Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Ministerio de la protección social de Colombia. doi: 46.383. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ministerio de Salud y De la Protección Social (2020). Protocolo de teleorientación para el cuidado de la Salud Mental: apoyo a la línea 192 durante la pandemia por COVID-19. <http://sedboyaca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-Teleorientacion-Cuidado-Salud-Mental.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2001). Promoción de la salud mental. https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Slaikau, K. (1996). Intervención en crisis. (2ª ed.). Manual Moderno.

RECONOCIMIENTO
como
EXPERIENCIA
SIGNIFICATIVA

Plan de intervención psicológica hospitalaria frente al COVID-19 del programa de humanización de la clínica FOSCAL



Fabiola Mantilla Delgado⁴¹



Erika Tatiana Galvis Martínez⁴²

● Clínica Foscal ●

INTRODUCCIÓN

La Fundación Oftalmológica de Santander (Foscal) es una institución privada de carácter fundacional, creada el 19 de abril de 1976, reconocida por el Ministerio de Salud. Su actividad principal es la prestación de servicios de salud, otorgando gran importancia a la investigación, formación humana y académica en las áreas de la salud. Su gestión se desarrolla en dos ubicaciones: la Clínica Foscal y la Clínica Foscal Internacional, La experiencia adquirida y el aprecio de la comunidad santandereana por la consolidación de la naciente institución, hizo que el doctor Virgilio Galvis Ramírez, visualizará una gran obra que permitiera la prestación de servicios oftalmológicos al alcance de toda la población y consolidar el ejercicio profesional especializado; es así como 15 meses después, el 27 de Julio de 1982, se inaugura el moderno edificio de 5.800 metros cuadrados de la Fundación Oftalmológica de Santander - FOS.

A partir de ese momento inicia el desarrollo de un complejo médico que a 2021 cuenta con dos grandes Instituciones, Foscal y Foscal Internacional con 430 camas hospitalarias, staff médico de más de 300 especialistas; las dos con amplias áreas funcionales, hospitalización, salas de cirugía, servicio de urgencias, unidades de cuidado intensivo, cirugía ambulatoria, helipuerto, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y centros de alta tecnología que convierte a la Organización Foscal, en el complejo médico más importante del oriente colombiano y uno de los más importantes del país.

El área de psicología de la organización Foscal desarrolló acciones desde tres áreas específicas: intervención, psicoeducación y promoción y prevención relacionadas con temas de protección de la salud mental de personal asistencial y pacientes. Las actividades específicas desarrolladas fueron enfocadas desde la intervención grupal y la psicoeducación para el manejo de las emociones y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento por medio de la aplicación de procesos de briefing y de debriefing en las diferentes áreas.

Asimismo, se verificó identificó la importancia de llevar a cabo procesos de carga y descarga emocional con población que se encuentre cercana a situaciones amenazantes o demandantes, tal y como fue la pandemia de COVID-19 tanto para personal médico como pacientes, partiendo de lo anterior se refleja-

⁴¹ fabiola.mantilla@foscal.com.co • ⁴² erikagapvis@gmail.com



ron dos antecedentes importantes de la aplicación de estas estrategias, como fue lo realizado en el Hospital Valdecilla en Cantabria, España (Maestre, Rabago y Del Moral, 2020), allí desarrollaron un proceso de intervención empleando la intervención de briefing y debriefing herramienta para apoyar el trabajo de los equipos quirúrgicos y afrontar la COVID-19, por lo que recurrieron a promover el apoyo psicológico entre los trabajadores y facilitar un cuidado clínico.

Por otra parte, se halló una experiencia exitosa empleada a pacientes en marco del inicio de la pandemia COVID-19 realizada en el mismo Hospital que se mencionó con anterioridad (Valdecilla en Cantabria, España), allí llevaron a cabo intervenciones en el área de maternas en los procesos de cesáreas y partos de gestante COVID realizados en el. Por lo que analizaron de manera multidisciplinar las actuaciones ejecutadas utilizando las herramientas de la simulación briefing y debriefing, antes y después de cada caso (González, et. al, 2020). Encontrando resultados positivos posterior a las intervenciones en las pacientes intervenidas.

En este contexto, existen dos conceptos que guían las acciones briefing y debriefing. El briefing se considera un proceso de carga que se hace antes de llevar a cabo cualquier actividad que pueda generar sintomatología asociada al estrés, ansiedad o ma-

lestar emocional general. A partir de esto se explica el proceso que se llevará a cabo en esta experiencia, la población que se abordará, el espacio en que se laborará y el tiempo que se dispondrá para esto. Mientras que el debriefing es una técnica psicológica que busca la exposición verbal de acontecimientos experimentados, mediante la ventilación de la carga emocional acumulada tras una vivencia específica. De esta manera, se favorece el apoyo intragrupal de aquellos que se han visto implicados en situaciones similares.

Lo anterior, se fundamenta principalmente en que estas dos técnicas posibilitan establecer y mantener un ambiente participativo, estructurar la conversación de una manera organizada, logrando impactos positivos y adecuados con los intervenidos, en el caso de los funcionarios pueden identificar las fortalezas y los recursos a los que pueden recurrir en momentos de desafío e incertidumbre, además de reflexionar sobre los cambios que pueden incorporarse en una próxima ocasión. Esto a su vez permitirá establecer y mantener un ambiente participativo, estructurar la conversación de una manera organizada, y lograr o sostener un buen rendimiento en el futuro aún en situaciones de incertidumbre como es la pandemia de COVID-19.

Las conversaciones diarias y los flujos de información, aunque variables, la mayoría ocurren al co-

mienzo y al final de un día, turno o tarea importante (como ponerse y quitarse el equipo de protección personal o manejo de la intubación), y también durante el día para reflexionar sobre eventos que ocurrieron (como el manejo de una obstrucción intestinal en un paciente con COVID positivo) o para verificar una situación personal (como la enfermedad de un ser querido). Las conversaciones que ocurren al principio a menudo se denominan "reuniones" y las que ocurren al final, "entrevistas". Quieren descubrir cómo funciona el equipo, qué desea conservar, qué necesita para continuar y comprender qué se debe hacer.

OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA

Esta experiencia buscó contribuir a la protección de la salud mental del personal asistencial, pacientes y familiares por medio de la realización de actividades

enmarcadas en la estrategia de intervención psicosocial y de humanización construida por la FOSCAL.

Además, tuvo los siguientes objetivos específicos.

- Favorecer un espacio seguro para la expresión de emociones, pensamientos y reacciones del equipo de trabajo en su desarrollo laboral
- Posibilitar el apoyo intergrupalo y la ventilación emocional del personal asistencial de la salud y a los pacientes en pisos COVID de la Clínica Foscal por medio de la integración y narración de hechos
- Identificar las principales fuentes de malestar emocional en el personal asistencial de la salud en pisos COVID de la Clínica Foscal
- Realizar apoyo psicosocial a los paciente y familiares de la Clínica Foscal de acuerdo a las necesidades evidenciadas

ESTRATEGIAS DESARROLLADAS PARA PACIENTES

Uno de los problemas encontrados durante esta pandemia del SARS-COV-2, en las estrategias de acompañamiento e intervención en salud, es la interrupción abrupta de los procesos de humanización frente a la apertura en entidades hospitalarias. Esto se genera por regulaciones y normas emitidas en las que se prohíbe a los familiares estar físicamente cerca de sus seres queridos, debido a la escasez de equipos de protección personal y el conocimiento limitado sobre la enfermedad y su transmisión. La comprensión limitada de la situación de salud actual de su ser querido genera sentimientos de abandono e incertidumbre frente a su pronóstico, ruptura en el vínculo familia-personal de salud e incremento de síntomas asociados a la ansiedad, estrés y depresión en pacientes y familiares.

En este sentido, las estrategias para trabajar con pacientes buscaron fortalecer los programas de humanización de las clínicas a través de procesos de intervención y acompañamiento psicológico a pacientes y sus familiares durante la contingencia por Covid-19 en Floridablanca. Es por esta razón desde el Departamento de psicología hospitalaria - humanización, propone a la dirección médica y al equipo COVID de la

institución, la posibilidad de dar apertura a nuevas acciones teniendo en cuenta la gran dificultad emocional que se evidencia en los familiares al restringirles el ingreso. Mediante un reporte entregado por la coordinación de psicología hospitalaria basado en la identificación de necesidades psicosociales de pacientes y familiares, se evidenció una alta carga emocional referido al fallecimiento de los pacientes, dado el aislamiento e incertidumbre, dificultad para la adherencia a los procedimientos médicos (procesos de intubación) ingreso a UCI entre otros. Se dispone dar apertura a la estrategia a cargo de la coordinación de psicología hospitalaria e integrar de manera interdisciplinaria a toda el área asistencial de la institución: enfermería, intensivistas, medicina interna, terapia respiratoria, vigilantes y parte administrativa. Se realiza diseño y elaboración de protocolos de intervención psicológica teniendo en cuenta recomendaciones entregadas por el equipo COVID frente a las medidas de protección.

Se procede a realizar la socialización en la organización de los protocolos elaborados para las acciones y reuniones con cada una de las especialidades de UCI y hospitalización, para conocer al detalle de las intervenciones y roles a desempeñar para cada una de las áreas. Dentro de las diferentes intervenciones realizadas durante el periodo Mayo 2020 - hasta la fecha. A continuación, se hace referencia a las acciones implementadas teniendo en cuenta los protocolos y la guía de manejo para pacientes con síntomas de ansiedad, estrés y depresión del departamento de psicología hospitalaria.

Las intervenciones fueron las siguientes:

▷ **Código Esperanza:** intervención y acompañamiento psicológico integral a colaboradores de la organización y sus familiares con diagnóstico COVID-19, permitiendo el ingreso a las áreas de aislamiento entre las 8 am y 5pm, la cual consistía en identificar familiares en el área COVID de los funcionarios de nuestra institución, en donde se reporta a psicología hospitalaria vía telefónica o presencial el vínculo con el paciente, posterior se comunica al internista para activar el código esperanza y permitir la visita del funcionario, con el acompañamiento del departamento de psicología. 53 atenciones.

▷ **Hospitalización - UCI COVID – 19:** intervención psicológica integral a familiares y pacientes para toma de decisiones de ingreso y procedimientos terapéuticos en UCI, manejo de malas noticias y psicoeducación a cuidadores en los servicios hospitalarios. Dada la condición del paciente valorado por el especialista, se solicita acompañamiento al equipo de psicología para la intervención en la toma de decisiones, aceptación de procedimientos invasivos (Intubación) y tránsito de piso a UCI. 2265 atenciones.

▷ **Código Jazmín (interno para psicología):** este código es manejado por el equipo de psicología hospitalaria, los especialistas se comunican de manera directa a través de llamado telefónico como urgencia crítica, se realiza en los horarios de 7 am a 7pm de Lunes a Lunes. El psicólogo hospitalario se dirige al intensivista para el manejo de información suministrada al paciente y su condición actual, posteriormente se ingresa al cubículo para dar inicio a la intervención psicológica durante el procedimiento tanto al paciente como a su familiar. 186 atenciones.

▷ **Visita Compasiva:** intervención a familiares de pacientes Covid-19 con alto riesgo de mortalidad, permitiendo el ingreso a las áreas de aislamiento proporcionando un trato digno y humanizado a los familiares y acompañantes de los pacientes; el cual consiste en el llamado por parte de los especialistas al equipo de psicología dada la condición crítica del mismo, el familiar accede al área en compañía del psicólogo para ver al paciente y facilitar el manejo del duelo anticipado. 514 atenciones.

▷ **Interconsultas Hospitalarias y UCI:** el especialista sube las interconsultas al sistema. 2265 atenciones.

▷ **Intervención telefónica con familiares:** realizadas por practicantes de psicología de acuerdo a protocolos instaurados y guía manejo psicológico para ansiedad, depresión y estrés. 1408 atenciones.

▷ **Videollamadas:** 6726



Cabe resaltar que esta es una cifra aproximada del total de pacientes registrados en el sistema debido a la alta demanda en los picos que se vivieron a nivel Nacional donde muchos de los registros quedaron sin registro, para la implementación de la estrategia fueron necesarios 7 psicólogos de planta, practicantes de pre grado 12 , practicantes especialistas 6 todos presenciales y practicantes de pregrado y especialización remoto para intervención a familiares 18 y del grupo de apoyo psicosocial de la Cruz Roja Colombiana Seccional Santander 5 psicólogos. Para un total de 48 colaboradores para la implementación de la estrategia quienes fueron entrenados previamente.

Se hizo una medición para medir la eficacia y el impacto de la intervención psicológica durante el periodo de Julio de 2020 hasta abril de 2021, rea-

lizado a 226 pacientes. Se utilizó la escala GADS de ansiedad y depresión de Goldberg (1999) como instrumento de medición, la cual permite identificar los rasgos de depresión y ansiedad adicionalmente esta prueba se encuentra dentro de la historia clínica, recurso que se utiliza intrahospitalariamente para la valoración del paciente, para la aplicación del instrumento se debía identificar altos niveles de ansiedad durante la valoración inicial realizada por el equipo de psicología, en donde luego de varios seguimientos (mínimo 4) se aplicaba nuevamente el instrumento para identificar el impacto de la intervención. Dentro de la aplicación del instrumento a los pacientes, se identifica una reducción de síntomas asociados a la ansiedad.

ESTRATEGIAS PARA TRABAJADORES DE LA SALUD

Psicoeducación, promoción y prevención.

Esta dimensión hace referencia a todas las acciones que han sido realizadas con el fin de llevar a cabo procesos psicoeducativos con los trabajadores de la organización, es así como se diseñan guías y estrategias que permitan brindar pautas sobre salud mental y temas psicosociales de acuerdo al contexto hospitalario en el que se encuentra la población abordada:

Se llevaron a cabo guías gráficas sobre información relevante para la protección de salud mental en diferentes contextos como: laboral, personal asistencial, adultos mayores, niños y padres, entre otros. Esto con el fin de que esta información se encuentre alojada en la página de COVID 19 de la organización FOSCAL. Asimismo, sumado a estas sesiones se llevaron a cabo procesos de pausas activas e implementación de guías psicoeducativas y de sensibilización sobre estas temáticas.

Intervenciones grupales

Hace referencia a todas aquellas intervenciones que se realizaron con el equipo de trabajo. Se aplicaron 4 o 5 trabajadores de cada servicio de acuerdo a su disponibilidad. En este caso existen dos técnicas: briefing y debriefing. En cuanto al briefing, es aquel proceso de carga que se realiza preliminarmente a iniciar un proceso que puede generar afecciones o cargar emocionalmente; en el caso del debriefing se evidencia que es un proceso de descarga emocional en el que se brinda apertura a la expresión y ventilación emocional del personal. Estas intervenciones tienen una duración de 40 a

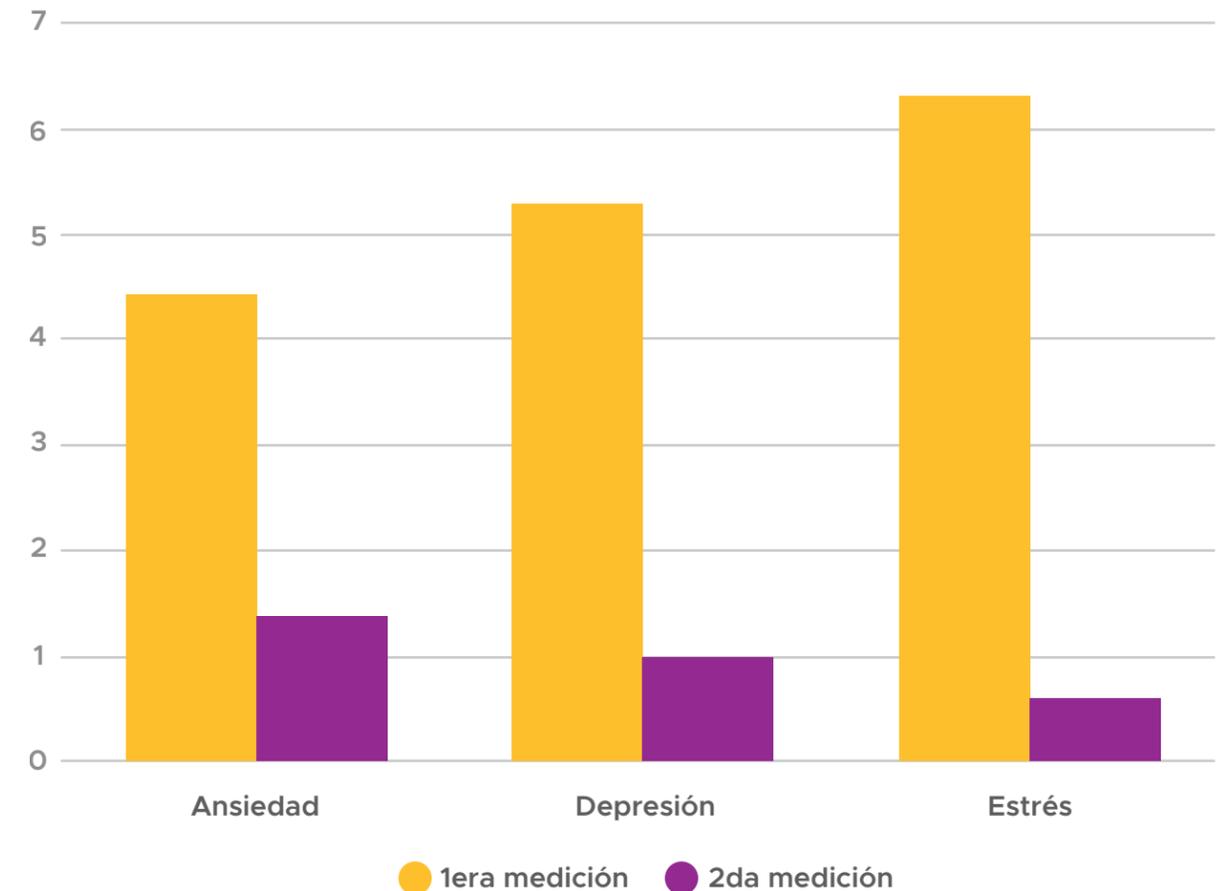
60 minutos y se llevaron a cabo 2 veces por semana por cada servicio.

Las intervenciones se llevaron a cabo en las dos clínicas de FOSCAL entre abril y octubre de 2020. En el caso de Foscál se abordaron los servicios de hospitalización, UCI, urgencias, cirugía, camilleros, personal administrativo y personal en casa. En el caso de Foscál Internacional se aplicaron en hospitalización, UCI, atención al cliente, nutrición y pisos en general. En las dos organizaciones se llevaron a cabo 616 intervenciones por primera vez, 465 por segunda y, finalmente, por tercera vez 265 colaboradores. Lo que refleja el total de 856 colaboradores intervenidos en las dos clínicas (omitiendo las sesiones reincidentes). Para esta publicación se tomaron los resultados obtenidos en 119 funcionarios de la organización FOSCAL de los servicios de urgencias, UCI, cirugía, personal administrativo, pediatría, urgencias respiratorias y sala de partos. La intervención briefing y debriefing en su primera fase implicó la administración del instrumento de forma presencial.

En este grupo de funcionarios hubo una distribución relativamente pareja de hombres (57, 48%) y mujeres (62, 52%). La edad promedio fue de 33 años sin diferencias significativas para hombres y mujeres y con un rango de 21 a 54 años. A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en las aplicaciones pre y post de los instrumentos en la población abordada, en la siguiente tabla se clasificó a la población de acuerdo a su sexo, edad y puntuaciones obtenidas en la primera (P) y segunda (S) fase.



RESULTADOS



Se aplicó el DASS 21 en dos mediciones, antes y después. En la primera medición, se evidenció que el 31% presentó sintomatología ansiosa alta, el 35% sintomatología depresiva moderada-alta y el 29% de los empleados presentó sintomatología asociada al estrés moderada-alta. En la segunda medición se encontró que el 98% de los empleados no presentó sintomatología asociada a la ansiedad, el 98% no presentó sintomatología asociada a la depresión y el 98% de los empleados no presentó sintomatología asociada al estrés. Se encontró que hubo una disminución significativa en todo el conjunto de síntomas entre la primera y segunda medición que podría estar atribuida a la intervención. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre las variables de ansiedad, depresión y estrés según sexo y grupos de edad (20-29 años, 30-39 y 40-54 años) en la primera y en la segunda medición y en la comparación de medidas entre la primera y segunda medición.

CONCLUSIONES

Se evidencia que la sintomatología asociada al estrés, depresión, estrés y ansiedad disminuyó en todos los casos, resaltando el impacto positivo que tuvieron las intervenciones y protocolos enfocados a los pacientes, familiares y funcionarios, facilitando su estancia hospitalaria, la adherencia a procesos y procedimientos médicos, brindando acompañamiento activo a familiares a través de las visitas o videollamadas, mejorando la relación médico-paciente y familiar, y a su vez la adecuada interacción de los canales de comunicación con el personal de salud.

Se evidencia en las mediciones aplicadas en la fase pre que la sintomatología asociada al estrés, depresión y ansiedad disminuyó en todos los casos, con esto se evidencia el impacto positivo que

tuvieron las intervenciones grupales de briefing y debriefing en los diferentes servicios. Tal y como menciona Santacruz (2008) la intervención en crisis se ha posicionado en un papel muy importante en las funciones de los trabajadores de la salud mental y en la intervención a otros desde hace muchos años, considerando las diversas situaciones a las que en ocasiones el ser humano se encuentra expuesto, asimismo resalta el impacto positivo que estos procesos poseen en la salud mental de individuos que han sido expuesto prolongadamente a una situación estresante. Es así como se evidencia la eficacia de esta intervención a corto plazo en personal de la salud, pacientes y familiares, asimismo se resalta la importancia de la labor del psicólogo hospitalario y de salud puesto que aporta a la mitigación constante de sintomatología

REFERENCIAS

- Campos, Q. (2012). Apuntes personales. Intervención en crisis. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Goldberg, D. P.; Hillier, V. F. (1999). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9(1):139-45
- Kc, A., Gan, C. C. R., & Dwirahmadi, F. (2019). Breaking through barriers and building disaster mental resilience: A case study in the aftermath of the 2015 Nepal earthquakes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2964.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia
- Maestre, J., Rábago, J., & Del Moral, I. (2020). A tool to support the work of surgical teams and face the COVID-19 pandemic. Una herramienta para apoyar el trabajo de los equipos quirúrgicos y afrontar la COVID-19. *Revista española de anestesiología y reanimación*, 67(6), 355-356. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.05.004>
- Rey Valenciano, O. (2011) Debriefing Psicológico individual: versión adaptada a supervivientes de la tortura.
- Román, Francisca, & Santibáñez, Patricia, & Vinet, Eugenia V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 6(1), 2325-2336. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3589/358945983008>
- Ruiz, F.J., García-Martín, M.B., Suárez-Falcón, J.C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Vernberg, E., Hambrick, E., Cho, B., & Hendrickson, M. (2016). Positive psychology and disaster mental health: Strategies for working with children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1333-1347.

3^{er}
Lugar
EXPERIENCIAS
SIGNIFICATIVAS

Enlazados “Familia y Escuela Juntas Construyendo Ciudadanía” Piloto en 6 Instituciones Educativas del Departamento del Tolima



Álvaro Felipe
Loaiza Montealegre⁴³



Óscar Javier
Arciniegas Garzón⁴⁴

● *Secretaría de Educación Departamental del Tolima* ●

Desde la divulgación de la Ley General de Educación (1994) y su decreto reglamentario (decreto 1860 de 1994), se evidenció la importancia de que las asignaturas formales impartidas en las instituciones educativas contribuyan, de forma consistente, con la formación humana y al mejoramiento de calidad de vida de los estudiantes, las familias y la sociedad. En ese sentido, se propone, desde la ley, la formulación de proyectos pedagógicos transversales que permitan la interacción de los contenidos formales de las asignaturas con algunas herramientas para mejorar la convivencia y así mismo la vida.

Por otro lado, el Ministerio de Educación Nacional (2004), promueve que los estudiantes, niñas, niños y jóvenes del país, reciban formación oportuna y pertinente frente a diferentes conocimientos habilidades y destrezas relacionadas con estrategias de prevención y gestión de conflictos, la promoción de habilidades comunicativas y el reconocimiento y gestión de las emociones para construir convivencia y paz (Chaux, Lleras & Velázquez, 2004). Estos elementos fueron incorporados en la normatividad educativa desde la nominación de “competencias ciudadanas”, sobre las cuales existe un estándar nacional que abarca los contenidos y habilidades a desarrollar desde el grado primero hasta el grado undécimo (Zárate, 2010; Loaiza y Arciniegas, 2019).

Sin embargo, de acuerdo con la normatividad referente a la convivencia escolar (decreto 1965 de 2013), la formación en estos aspectos no debe limitarse tan solo a los estudiantes, sino que, al mismo tiempo, debe incluir a las familias en general, especialmente a padres y madres, y especialmente, orientar a esos cuidadores, en la posibilidad de ser gestores de paz y convivencia a partir de los escenarios y contextos inmediatos, en los que los niños, niñas y jóvenes comparten con sus cuidadores y demás familiares. Este es, precisamente, el espíritu de la reciente “ley de escuela de padres” (decreto 2025 de 2020).

Enlazados es un programa pedagógico que pretende integrar estos elementos constitutivos del currículo en todas las instituciones educativas del país, para transitar hacia el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, la convivencia, la ciudadanía y la construcción de paz. Se caracteriza por su enfoque diferencial, didáctico y su metodología orientada a la transformación actitudinal. Además, genera espacios de articulación pedagógica de las competencias ciudadanas y los contenidos de las diferentes asignaturas, lo que aporta sustancialmente a la construcción de paz y a la calidad educativa (Loaiza y Arciniegas, 2019).

⁴³ Felipe_orientador@hotmail.com • ⁴⁴ oscararciniegas56@yahoo.es

El programa propicia entornos favorables para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos a través de un trabajo sistemático y contextualizado a las necesidades de cada grado y es implementado por los docentes de aula de las diferentes asignaturas, esto contribuye a la formación de los estudiantes para impactar favorablemente la dinámica institucional. Enlazados también realiza cuatro escuelas de familias generales y cuatro espacios de formación a padres en los encuentros de dirección de grado, cuyo contenido debe estar relacionado con las competencias ciudadanas priorizadas en el diagnóstico institucional para cada nivel de formación.

El programa tuvo como principales participantes a dos grupos poblacionales por un lado, el colectivo de docentes de las instituciones educativas de carácter oficial seleccionadas, por otro lado, los padres de familia que hacen parte de las comunidades educativas de esas instituciones, quienes participaron por medio de las escuelas de padres o escuelas de familia. Enlazados tuvo su ejecución piloto durante el año 2019 en 6 instituciones educativas del departamento del Tolima. Para su selección se tuvo en cuenta el principio de diversidad y por ello fueron incluidas instituciones de las diferentes latitudes del departamento (sur, centro, norte); también se tuvieron en cuenta instituciones con una cobertura inferior a 500 estudiantes, así como algunas con más de 2000. Igualmente, se contó tanto con instituciones educativas ubicadas en las zonas urbanas, como rurales de los municipios seleccionados. Algunas instituciones se seleccionaron por venir desarrollando acciones en materia de formación en competencias ciudadanas, convivencia escolar o proyectos transversales, otras, justamente, por haber presentado dificultades en la implementación de estas acciones. Fue precisamente esa diversidad la que permitió evaluar la implementación de este piloto de forma integral y objetiva, con respecto a su pertinencia curricular, universalidad de los contenidos y resultados.

La principal problemática que se quiso abordar mediante este proyecto, estuvo relacionada con que a pesar de la existencia de la ley 1620 de 2013, los lineamientos para su implementación y las guías didácticas disponibles (con contenidos asociados), muchas de las situaciones de conflicto escolar continúan siendo manejadas inadecuadamente, lo que genera que las mismas escalen de forma exponencial, en términos de intensidad y frecuencia. Además, previo al diseño del programa, se pudo evidenciar que varias instituciones educativas del departamento del Tolima en ese momento no tenían rutas de acción encaminadas a los proyectos transversales; algunas instituciones designaban apenas a uno o dos docentes para ejecutar algunas de las acciones, sin embargo, estas se veían aisladas y desarticuladas con los demás elementos del currículo institucional. También, existía un registro muy escaso de sistematizaciones o experiencias exitosas relacionadas con el tema de competencias ciudadanas y derechos humanos, mientras que, frente al tema de las escuelas de familia, en su mayoría, solamente responden a actividades desarticuladas de muchas temáticas pero que no guardaban mucha relación con el currículo correspondiente.



De esta forma, se presenta como finalidad del programa pedagógico Enlazados el generar entornos favorables para el desarrollo de competencias ciudadanas en los estudiantes, que favorezca la convivencia escolar mediante escuelas de familia articuladas con los procesos de formación en el aula, para el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, la convivencia y la construcción de paz en instituciones educativas oficiales del departamento del Tolima.

También, se plantearon como objetivos subsidiarios de esta finalidad, que los docentes de las instituciones educativas vinculadas iniciaran el proceso de transversalización de contenidos asociados con las competencias ciudadanas, a sí como aumentar la participación de los padres y acudientes en los Encuentros formativos de Escuelas de Familia y que cada uno de ellos realizara las tareas propuestas en los encuentros. Sin embargo, el objetivo que centró la atención de todas las acciones emprendidas, giró en torno a mejorar la percepción de efectividad en la gestión de situaciones de conflicto escolar y doméstico, que ocurren en la cotidianidad, ello sería validado con los testimonios de los padres, docentes y estudiantes de cada institución.

Para el desarrollo de este ejercicio de pilotaje del programa Enlazados, la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima designó a dos docentes orientadores de instituciones educativas participantes, quienes serían los encargados de llevar a cabo las diferentes actividades de formación con los padres y los docentes. A estos docentes se le garantizaría el reembolso de los gastos de viaje. Adicionalmente, a través de los canales formales de comunicación, los rectores fueron informados de haber sido seleccionados para el pilotaje del programa y se instó a facilitar los espacios (físicos y de tiempo) para el desarrollo de las actividades correspondientes.

Adicionalmente, los docentes orientadores a cargo del programa, facilitaron algunos elementos didácticos (impresos) y juegos de su propiedad, para el desarrollo de las diferentes actividades planteadas. Los álbumes de la ciudadanía y las calcomanías, mediante las cuales se verificó la asistencia a los encuentros de formación, fueron donados por un funcionario de la gobernación del Tolima.

En cuanto a la metodología del programa, Enlazados se desarrolló teniendo en cuenta las siguientes fases continuas y sucesivas:

▷ **Planeación y organización:** En esta fase se realizó la construcción del programa (conceptualización, revisión documental, revisión normativa, estructuración, modelo, entre otras). Posteriormente la concertación con la Secretaría de Educación para la implementación y acuerdos con los referentes de calidad educativa para el acompañamiento correspondiente.

▷ **Identificación contextual:** consistió en identificar aquellas situaciones que los docentes de cada institución percibían que afectaban de forma significativa el desarrollo curricular de los estudiantes; primero de forma particular y luego colectivamente de acuerdo con el nivel de formación en el que orientan la mayoría de sus clases. De igual forma, los docentes seleccionaron las “competencias ciudadanas” que, al desarrollarse en el aula, pudieran contribuir a mitigar y prevenir las situaciones problemáticas que fueron identificadas

y socializadas anteriormente. Ello permitió que los mismos docentes, de forma particular, identificaran los factores actitudinales que podrían fortalecer para favorecer el desarrollo de las competencias ciudadanas en sus estudiantes.

► **Formación:** Este proceso está relacionado con los ejercicios de formación que se desarrollaron de forma periódica con el equipo de docentes y con los padres y madres de familia de las instituciones. Estos encuentros de formación estuvieron orientados a fortalecer los conceptos relacionados con las competencias ciudadanas y a favorecer la adopción de actitudes y comportamientos que contribuyeran a la práctica cotidiana de las competencias ciudadanas en los espacios de la escuela y el hogar. Las fechas y los horarios de los mismos fueron asignados por la Secretaría de Educación y estuvieron a cargo del equipo dinamizador del Programa, con la colaboración de los directivos de las instituciones educativas seleccionadas.

► **Seguimiento:** Se adelantó por medio de diversas estrategias, entre las que se cuentan la verificación en la utilización de “pedagogías colaborativas” en el desarrollo habitual de las clases por parte de los docentes, la inclusión en los programas de clase de algunas de las “didácticas funcionales” propuestas en los documentos que les fueron entregados y a través de la autoevaluación de cada docente respecto al “componente actitudinal”. En el caso de los directores de grado, se desarrollaron las “Guías 10” durante los encuentros con los padres de familia destinados por la institución para tal fin.

En cuanto al proceso de evaluación, este se desarrolló durante todas las etapas del programa y estuvo orientado a identificar aquellos aspectos que pueden ser mejorados en pro del fortalecimiento de la estrategia del Programa. Este proceso tuvo en cuenta la autoevaluación de cada docente respecto al desarrollo de diversas pedagogías colaborativas, la implementación algunas de las didácticas funcionales seleccionadas para el desarrollo de las competencias ciudadanas seleccionadas inicialmente, las transformaciones actitudinales propias y en el caso de los directores de grado, el desarrollo de las Guías 10. De igual forma, se tuvieron en cuenta las autoevaluaciones aportadas por los padres de fami-



lia respecto a las transformaciones actitudinales que ellos mismos experimentaron en los procesos de crianza al interior de sus hogares y los efectos estas en el comportamiento de sus hijos. La evaluación también contó con la utilización de grupos focales con estudiantes, en los que se recabó la información relacionada con las actividades de pedagogías colaborativas y didácticas funcionales, desarrolladas por sus docentes en los diferentes niveles de formación, y de forma especial, considerando las transformaciones actitudinales de sus padres y madres en los procesos de crianza y cuidado.

Además, mediante los espacios de formación docente, se identificaron las estrategias, los avances, dificultades y desafíos que han experimentado en el desarrollo de los proyectos transversales de las instituciones educativas durante los años. Mientras que, algunos directores de grado retroalimentaron sus experiencias durante el desarrollo de las Guías 10, en las que recordaban, reforzaban e incentivaban a los

padres de familia a generar transformaciones actitudinales en el hogar y de este modo invitaban a la práctica cotidiana de las competencias ciudadanas.

El pilotaje de este programa, arrojó resultados interesantes, con respecto a los objetivos propuestos. Estos se presentan a través de tres categorías. La primera de ellas relacionada con los docentes de las instituciones participantes, quienes permitieron identificar que 7 de cada 10 docentes desarrollaron y registraron las “didácticas funcionales” elegidas. Igualmente, 7 de cada 10 docentes directores de grado implementaron y registraron las actividades correspondientes a las “Guías 10” en las entregas de informes académicos de los estudiantes. Para su verificación se utilizaron las actas de realización de las didácticas funcionales por parte de los docentes y las actas del desarrollo de las Guías-10, que fueron entregadas al docente o directivo docente encomendado para esa tarea.

Por otro lado, 6 de cada 10 padres o acudientes participaron de los encuentros de Escuelas de Familia en las instituciones educativas; 5 de cada 10 padres asistentes realizaron las tareas propuestas en el encuentro de Escuela de Familia por medio de los “Álbumes de la ciudadanía” y 7 de cada 10 padres de familia recordaron los temas vistos en los encuentros formativos anteriores.

Frente a los estudiantes, los grupos focales y las encuestas realizadas, mostraron que 8 de cada 10 estudiantes identificó cambios positivos en la actitud de los padres de familia, frente a la crianza y los conflictos en el hogar; así como, que 1 de cada 2 grupos reportó mejoras importantes en la forma en que se gestionan los conflictos escolares de la cotidianidad en la institución.



Estos resultados, fueron consistentes en las instituciones educativas participantes, ello indica que el programa Enlazados es aplicable y replicable en cualquier institución educativa del país, ya sea rural o urbana, como se pudo demostrar en el desarrollo del programa. Su enfoque contextual, la participación de los docentes, estudiantes y familias, a través de sus propias percepciones, intereses, necesidades y expectativas desde el inicio hasta el final del programa, genera pertenencia y adherencia al programa.

En este momento, Enlazados es un programa sostenible en el tiempo gracias a varios factores, entre ellos, que está siendo liderado y gestionado por un profesional de planta de la Secretaría de Educación Departamental; la formación de capacidad instalada en las Instituciones Educativas mitiga la necesidad de apoyos o profesionales externos al sistema educativo y su continuidad no depende de procesos contractuales ni de la designación de recursos especiales.

Además, los docentes perciben que las acciones son pertinentes gracias a los diagnósticos situacionales de cada institución realizados al inicio de la implementación. Algunos docentes resaltan su efectividad y viabilidad metodológica debido a que no implica desafíos adicionales a su dinámica pedagógica habitual o una ruptura con sus planes de asignatura o de aula.

La Asamblea departamental del Tolima ha sido sensibilizada con el programa y manifestaron estar dispuestos a convertir este programa en una ordenanza departamental, siempre y cuando se realice el acompañamiento correspondiente. De convertirse en Ordenanza Departamental implicaría su exigibilidad como estrategia de promoción de convivencia y ciudadanía.

Por otro lado, las Instituciones educativas que participaron en el piloto están en el proceso de incorporar al PEI el programa Enlazados dentro de la ruta de atención integral de la convivencia escolar (Ley 1620 de 2013). Finalmente, a través de la red de docentes orientadores del Tolima se logró adherir a 10 profesionales que desean voluntariamente implementar el programa en sus instituciones educativas como complemento a las funciones propias del cargo.

A modo de conclusión, se puede decir que la transversalización es posible en las instituciones educativas a través de un programa que responda al con-



texto propio, con tareas y actividades integradas al currículo, sencillas y con metodologías muy didácticas y participativas. También, que los ejercicios de sensibilización en materia de actitudes y los roles como ejemplos, formadores y líderes, tienen mayor efectividad que enunciar las funciones y responsabilidades de los padres y los docentes. Los ejercicios de transformación pedagógica son más efectivos cuando se consideran los diagnósticos situacionales particulares y la formación docente permanece ligada a los elementos del currículo de las instituciones. Por otro lado, queda demostrado que las Escuelas de Familias son el espacio ideal para acercar a los padres de familia a los procesos de la Institución Educativa, siempre que se basen en didáctica y contexto propio, ello facilita que los padres asistan con mayor interés y sin enunciarles mediaciones punitivas ni castigos; al contrario, generando adherencia al programa los padres promocionan con sus pares

y conocidos las actividades, dándole valor sucesivo al voz a voz positivo, frente al programa y frente a la institución.

Finalmente, uno de los aprendizajes más importantes en este piloto, tiene que ver con que los tiempos que se ocupan en los encuentros de formación (con padres y docentes) deben ser mucho más didácticos y lúdicos que disciplinares; ello porque permite una mejor interiorización de los objetivos, procesos y las actividades a desarrollar.

REFERENCIAS

Chaux, E., Lleras, J. y Velásquez A.M. (2004), competencias ciudadanas: de los estándares al aula. Una propuesta de integración a las áreas académicas. Bogotá D.C.: Ediciones Uniandes. Disponible en: http://colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-75077_archivo.pdf

Chaux, E., Mejía, J. F., Lleras, J., Bustamante, A., Rodríguez, G. I., Pineda P. A., Ruiz-Silva, A., Valencia, C., Gremios, Ch., García, D., Alvarado S. V., Velásquez, A. M. (2016). Secuencias Didácticas de Educación para la Paz. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá. Disponible en: <https://santillana-plus.com.co/pdf/secuencias.pdf>

Decreto 1860 (1994) Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos generales. Gobierno de Colombia. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles86240_archivo_pdf.pdf

Decreto 1965 (2013) "Por el cual se reglamenta la Ley 1620 de 2013, que crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Presidencia de la República de Colombia. Obtenido de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles328630_archivo_pdf_Decreto_1965.pdf

Ley 115 (1994) Ley General de Educación. Congreso de la República de Colombia. Obtenido de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles85906_archivo_pdf.pdf

Ley 1620 (2013) Por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar. Congreso de la República de Colombia. Obtenido de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201620%20DEL%2015%20DE%20MARZO%20DE%202013.pdf>

Ley 2025 (2020) Por medio de la cual se establecen lineamientos para la implementación de las es-

cuelas para padres y madres de familia y cuidadores, en las instituciones de educación preescolar, básica y media del país. Congreso de la República de Colombia. Obtenido de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=136893>

Loaiza, A. F. & Arciniegas, O. J. (2019) modelo de articulación de proyectos pedagógicos y escuela de familias en cinco (6) instituciones educativas del departamento, como estrategia de promoción de competencias ciudadanas y prevención en el marco de la ruta de atención integral (ley 1620 de 2013). Documento de trabajo. Secretaría de Educación y Cultura del Tolima.

MEN (2004) Guía 6. Estándares básicos en competencias ciudadanas: formar para la ciudadanía sí es posible. Bogotá D.C.: Ministerio de Educación Nacional. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-75768_archivo_pdf.pdf

MEN (2013) Guías pedagógicas para la convivencia escolar. Ley 1620 de 2013 - Decreto 1965 de 2013. Ministerio de Educación Nacional. ISBN: 978-958-99482-5-5. Bogotá, D.C., Colombia. Disponible en: <https://aprende.colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/naspublic/Guia%20No.%2049.pdf>

Zarate, O. L. (2010) competencias ciudadanas. Ministerio de Educación Nacional. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-235147.html>



LISTADO DE AUTORES

Andrés Felipe Agudelo Hernández

Médico cirujano de la Universidad de Caldas. Psiquiatra de la Universidad de Caldas y Psiquiatra infantojuvenil de la Pontificia Universidad Javeriana. Candidato a doctor en Ciencias Sociales, niñez y juventud. Consultor de salud mental comunitaria del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, donde adelanto además conformación y seguimiento de rehabilitación basada en la comunidad en salud mental. Master Trainer de MhGAP 2.0 - OPS Docente Clínico e Investigador de la Universidad de Manizales.

Alexandra Arango Salazar

Administradora de Empresas de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y estudiante de Psicología de la Universidad del Valle con conocimientos académicos en danzas folclóricas Colombianas del Instituto Popular de Cultura. Experiencia en la gestión de proyectos sociales y el acompañamiento a procesos formativos con organizaciones sociales desde una perspectiva psicosocial, artística e intercultural en temas de educación para la paz, desarrollo rural y productivo, y derechos humanos.

Oscar Javier Arciniegas Garzón

Psicólogo de la Universidad Antonio Nariño. Especialista en Pedagogía de la Universidad del Tolima. Magíster en Educación de la Universidad Monrer de México. Becario del Programa de educación para la paz de la agencia de Cooperación Internacional del Japón y Ministerio de Educación Nacional. Okinawa 2019. Actualmente Subdirector Nacional del Campo de Psicología Educativa del Colegio Colombiano de Psicólogos. Asesor Científico y Pedagógico de Univerfoft.edu. Docente en varias universidades de la región durante varios años. Docente Orientador de la Institución Educativa Celmira Huertas de Ibagué, Tolima.

Paola Andrea Arias Bravo

Psicóloga de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Máster en Salud Mental con enfoque en clínica-social de la Universidad de León - España. Especialista en ética y pedagogía. Docente investigadora, asesora de prácticas profesionales y líder de proyección social del programa de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Perteneciente al comité de universidades de equidad de género. Estudios en Terapia Racional Emotiva en el Centro Argentino de Terapia Racional Emotiva y Cognitiva-Conductual, afiliado al Albert Ellis Institute.

Irma Helena Baldovino Pérez

Magíster en psicología, profundización en clínica, experiencia de 21 años en el campo Clínico en el desarrollo de procesos de evaluación e intervención en problemas psicológicos y de salud mental. Psicoterapeuta en Terapia Dialéctica Comportamental -DBT por Behavioral Tech. Experiencia de 21 años en docencia universitaria. Diseño y ejecución de proyectos de investigación, programas de capacitación en problemáticas de salud mental.

Valentina Bernal Pérez

Psicóloga y Magíster en Educación desde la Diversidad. Candidata a Especialista en Metodología de Investigación en ciencias Sociales. Experiencia como profesional de apoyo en procesos de educación inclusiva y atención a la diversidad. Docente Universitaria.

María Fernanda Caballero

Psicóloga con 13 años de experiencia en el campo de la psicología organizacional y del trabajo. Docente e investigadora de la Universidad Libre. Consultora en felicidad laboral con conocimiento y experiencia en la realización y ejecución de programas de bienestar en las organizaciones y proyectos de investigación, seminarios y conferencias en felicidad laboral, organizaciones saludables, calidad de vida laboral y liderazgo. Investigadora asociada y par evaluador del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Carlos Hugo Cardona García

Licenciado en Educación Física, Recreación y Deporte, experiencia laboral en actividades con niños, niñas, adolescentes y adultos en situación de vulnerabilidad social; actividades lúdico deportivas para el empleo del tiempo libre y prevención del consumo de sustancia psicoactivas.

Jaime Alberto Carmona Parra

Coordinador de Investigaciones y Posgrados de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales. Doctor en Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid, Magíster en Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia. Psicólogo de la Universidad Autónoma Monterrey de Costa Rica.

Carolina Castrillón Muñoz

Trabajadora Social de la Universidad de Caldas, experiencia en Intervenciones en el ámbito familiar, coordinación de proyectos y estrategias de acompañamiento psicosocial.

Diana Liceth Castro Sotelo

Psicóloga de la Universidad Santiago de Cali, especialista y Magíster en Psicología de orientación psicoanalítica de la Universidad San Buenaventura Cali. Experiencia en el campo de lo social con población de niños, adolescentes y familias; y en el campo de lo clínico con atención a niños, adolescentes y adultos.

Hillary Andrea Copete Riascos

Psicóloga de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium con diplomado en Formulación de Proyectos para la Gestión Cultural y en entrenamiento clínico para el manejo de trastornos psicológicos. Trayectoria laboral en el campo educativo y social-comunitario, acompañamiento de procesos de formación con adolescentes, jóvenes y docentes enfocado en el fortalecimiento emocional, habilidades comunicativas y liderazgo por medio de talleres teórico-prácticos. Experiencia en diseño, implementación y evaluación de estrategias de envejecimiento saludable y cuidado al cuidador.

Martha Isabel Córdoba Arévalo

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana Cali-Colombia, Bailarina profesional de salsa y actriz radicada en Miami (EE.UU). Experiencia en diseño, implementación y evaluación de programas de atención a mujeres y adolescentes con experiencias de violencia. Investigación e innovación en el uso psicoterapéutico de las artes escénicas. Experiencia en trabajo comunitario con comunidades afro.

Elisabeth Córdoba Perugache

Psicóloga de la Universidad Mariana de Pasto, especialista en Pedagogía de la Corporación Universitaria Autónoma del Cauca. Experiencia en programas de atención psicosocial a niños, adolescentes y población vulnerable, interventoría a programas de atención a niños y adolescentes, planificación, evaluación y seguimiento a planes y proyectos de formación, capacitación y bienestar a docentes, acompañamiento a la calidad en el sector educativo del departamento del Cauca.

Guillermo Andrés Cortés Morales

Bachiller académico, Auxiliar Administrativo de la Alcaldía de Manizales, experiencia en programas sociales con población vulnerable; creador del programa Pégate al Parche de la Alcaldía de Manizales, iniciativa surgida por el trabajo liderado con los jóvenes integrantes de los combos de la ciudad, motivando un cambio en el estilo de vida, favoreciendo así el crecimiento personal, la dinámica familiar y la convivencia social.

Andrés Camilo Delgado Reyes

Psicólogo, especialista en neuropsicopedagogía (Universidad de Manizales). Maestrante en neuropsicología clínica (Universidad Surcolombiana). Docente asistencial en ambiente clínico hospitalario e Investigador de la Universidad de Manizales. Miembro del equipo de talentos y capacidades excepcionales Universidad de Manizales.

María Valentina Delgado Ríos

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, con experiencia en la gestión de proyectos de investigación e intervención psicosocial. Mujer que cree y se compromete con el cambio social y ambiental, a partir de la contribución en procesos que permitan la construcción de paz, la promoción de la salud mental, el liderazgo, el cuidado y la conservación de la Casa Común, la memoria, la identidad y el fortalecimiento comunitario.

Daniel Alberto Franco Rojas

Psicólogo con énfasis comunitario de la Universidad Católica de Colombia, especialista en voluntariado de la facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de la Salle y estudiante de la maestría en Psicología comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Considera el amor como modelo de cambio, siendo pilar de tejido, reconocimiento, apoyo y trabajo. Con experiencia en gerencia de proyectos; formulación de estrategias para la prevención, promoción y atención de problemáticas en salud mental; experiencia en la creación de empresa desde la salud mental; así como en cargo público a nivel

distrital; desarrollo del voluntariado con comunidades; intereses particulares en el desarrollo de textos, artículos y contenido académico; y experiencia en la defensa de Derechos Humanos. Buscador constante de la transformación social y la construcción crítica.

José Iber Galeano Luna

Psicólogo de la Universidad Antonio Nariño de Manizales. Especialista en Neuropsicopedagogía de la Universidad de Manizales. Experiencia laboral en programas sociales con jóvenes integrantes de parches, sus familias y población en situación de vulnerabilidad. Implementación de estrategias de salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de convivencia ciudadana con niños, niñas y adolescentes.

Erika Tatiana Galvis Martínez

Psicóloga, especialista en Políticas Públicas de género y salud con tres años de experiencia en investigación, análisis de datos y estadística en el área de la salud y social, diseño y asesoría de proyectos y planes de acción desde un enfoque comunitario en la línea de salud mental, fortalecimiento comunitario y contextos de salud pública. Asimismo, con amplia experiencia en abordaje de emergencia e intervención de asistencia humanitaria, comunitaria y de salud con población vulnerable. Voluntaria Equipo de salud mental y apoyo psicosocial de la Cruz Roja Colombiana Seccional Santander desde 2018.

Diana Marcela García Muñoz

Psicóloga y magíster en Educación de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Políticas Públicas para la promoción de la igualdad social en Latinoamérica. Actualmente se desempeña como docente e investigadora del programa de psicología de la Universidad Católica Luis Amigó (Manizales). Con 19 años de experiencia en el acompañamiento psicosocial y la gestión interinstitucional basada en las perspectivas de derechos humanos, enfoque diferencial y participación comunitaria e intereses en la gestión y evaluación de proyectos de desarrollo en sectores educativos, de promoción de la salud y la convivencia ciudadana.

Andrea Vivian Gómez Gómez

Psicóloga de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Especialista en pedagógica para el desarrollo del aprendizaje autónomo. Magíster en psicología comunitaria. Docente Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Coordinadora Centro de acompañamiento en salud mental comunitaria CASMCUNAD. Docente Orientadora I. E. Gonzalo Jiménez de Quesada San Sebastián de Mariquita Tolima. Experiencia en trabajo comunitario,

niñez, adolescencia y familia, en función del fortalecimiento de programas sociales, psicología educativa y el campo de la docencia universitaria.

Ángela María Gómez Marín

Psicóloga de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, Magíster en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales y CINDE. Experiencia en intervención psicosocial, creación, diseño, gestión, implementación y operación de programas de promoción de la salud mental y prevención de los problemas y trastornos mentales.

Álvaro Felipe Loaiza Montealegre

Psicólogo de la Universidad de Ibagué. Magíster en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales y el CINDE. Docente orientador de la Institución Educativa San José de Ibagué-Tolima. Asesor científico en el Centro de Estudios en Educación y Derechos Humanos (CEDH). Experiencia e investigaciones en educación, familia y construcción de paces. Recientemente reconocido en el Foro Educativo Nacional 2020 como líder de una de las 3 estrategias exaltadas a nivel nacional.

Fabiola Mantilla Delgado

Psicóloga, especialista en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, docente de la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Tiene 14 años de experiencia en psicología clínica y de la salud, experiencia en diseño, planeación y ejecución de protocolos de intervención para pacientes de diversas patologías, intervención en crisis, construcción de guías clínicas y procedimientos relacionados con salud mental, investigación, participación en procesos de acreditación, diseño, planeación y ejecución de programas de humanización de los servicios de salud. Elaboración, diseño y ejecución de protocolos de intervención en emergencias y desastres, intervención con población víctima del conflicto armado.

Leidy Paola Moreno Cortés

Psicóloga de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz y socióloga de la Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Estudios Sociales de la Ciencia y candidata a doctora en Ciencias Humanas y Sociales por la Universidad Nacional de Colombia. Experiencia en diseño, asesoría e implementación de proyectos psicosociales y socio-culturales con comunidades.

Ángela María Moreno Lucero

Psicóloga y especialista en psicología clínica de la Universidad Católica de Colombia. Experiencia liderando

empresas de psicología clínica y comunitaria, apoyando procesos de gestión de proyectos sociales de atención, promoción y prevención en salud mental.

Jael Murillo Marín

Psicóloga de la Universidad de San Buenaventura Cali con experiencia en los campos clínico y social comunitario. Maestranda en Familia con la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Certificada por el Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC en Formación Psicológica para la respuesta ante la crisis emocional ocasionada por el COVID-19 y con Seminario en Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual. Experiencia en intervención terapéutica individual, pareja y familia. Así mismo, en procesos de orientación profesional, talleres en temáticas psicológicas y talleres de motivación para realizar orientación socio-ocupacional.

Tina Niño Vargas

Psicóloga, de la Fundación Universitaria de Popayán, Especialista en Pedagogía Infantil de la Universidad Santiago de Cali, con experiencia en pedagogía comunitaria, evaluación y seguimiento en educación intercultural, en diseño de programas de formación y en orientación escolar.

Beatriz Emilce Ortega Álvarez

Psicóloga de la Fundación Universitaria de Popayán, magister en Educación desde la Diversidad de la Universidad de Manizales. Experiencia en coordinación de proyectos de Escuelas Saludables, asesoría en el componente psicosocial de proyectos productivos y restitución de cultivos ilícitos, atención psicosocial a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como a población vulnerable y víctima de desplazamiento forzado, docencia universitaria y Orientación escolar en el sector educativo del departamento del Cauca.

Nataly Ospina Daza

Técnica en Asistencia Administrativa, experiencia laboral en labores administrativas y programas sociales de la Alcaldía de Manizales, gestiones comunitarias para el beneficio de los jóvenes integrantes de los parches de las comunas de la ciudad.

Luz Marlen Peña Sanchez

Psicóloga de la Universidad de San Buenaventura Cali, Magíster en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Libre Cali. Experiencia en docencia universitaria, coordinación y gestión de proyectos sociales y programas de educación continua.

Carolina Piragauta Álvarez

Psicóloga de la Universidad Javeriana Cali. Doctorado en Psicología de la Universidad de San Buenaventura Cali. Magíster en Neurociencias: Diagnóstico, tratamiento e Intervención de Trastornos mentales, Neuropsiquiátricos y Neuropsicológicos, Universidad de Catalunya. Magíster en Psicología con Énfasis en Investigación de la Docente e investigadora de la facultad de salud de la Universidad Libre seccional Cali. Directora del Programa de Psicología Universidad Libre Cali.

Sandra Carolina Pulido Chaparro

Psicóloga de la Universidad del Bosque. Magíster y Doctora en Antropología por la Universidad de los Andes. Postdoctorante en Estudios Urbanos en la Universidad Humboldt, Berlín. Tiene experiencia en la dirección y gestión de proyectos de investigación en género, ciudad y desigualdad social, desde una perspectiva etnográfica e interseccional. Fundadora y representante del Grupo Vamos a Ser Memoria que apuesta por la apropiación e inclusión de las personas en la ciudad.

Francy Elena Restrepo Yondapiz

Psicóloga de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, especialista en Psicopedagogía Especial de la Universidad Manuela Beltrán. Tiene experiencia en el liderazgo, diseño, implementación y evaluación de programas de atención a niñas, niños y adolescentes Indígenas con discapacidad (semillas Diversas)

Edson Julián Rivera Orozco

Profesional en Desarrollo Familiar de la Universidad de Caldas. Experiencia en trabajo con jóvenes en situación de sanción dentro del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente. Experiencia en trabajo con jóvenes en situación de consumo de sustancias psicoactivas e intervenciones familiares.

Danna Valentina Riveros López

Psicóloga de la Universidad Católica de Colombia, con perfil académico y experiencia orientada al desempeño del campo clínico y comunitario. Experiencia en la ejecución y evaluación de proyectos y programas de intervención que favorezcan la atención, prevención y promoción de problemas psicológicos en ambientes individuales, grupales, comunitarios y sociales. Además, cofundadora de MUNEY empresa enfocada en servicios de salud mental para la transformación social. Tengo una pasión por impactar el ambiente en el que me desenvuelvo y generar conciencia del cuidado, co-cuidado y autocuidado de la salud mental.

Yeison Alfonso Rodríguez Campo:

Psicólogo de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, especialista en pedagogía para el desarrollo del aprendizaje autónomo y magister en psicología comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Docente Orientador de la I.E. Técnica San Luis del municipio de Garagoa – Boyacá.

Betty Luz Ruiz Ruiz

Psicóloga. Especialista en Pedagogía y Psicología Clínica. Magistra en Psicología con énfasis en calidad de vida y desarrollo humano. Doctoranda en Psicología. Se encuentra vinculada como investigadora al grupo Cerebro, Cognición y Procesos Sociales de la Universidad Autónoma del Caribe desde el 2010 en la línea Estudios sobre Salud y Bienestar. Es investigadora Junior de Minciencias, directora académica y gremial.

Ana Lucía Sanín

Psicóloga de la Universidad de Antioquia. Especialista en Psicología clínica, con énfasis en salud mental de la Universidad Pontificia Bolivariana. Magister en Investigación psicoanalítica de la Universidad de Antioquia. Docente universitaria. Psicoanalista. Experiencia investigativa en temas de infancia y adolescencia.

Lina del Pilar Trujillo Giraldo

Psicóloga, especialista en neuropsicopedagogía con 15 años de experiencia en el área clínica. Actualmente docente asesora de las prácticas psicosociales de la Universidad Católica Luis Amigó.

Andrey Velásquez Fernández

Psicólogo de la Universidad del Valle. Coordinador General del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología (GEPU). Delegado Regional del Colectivo Colombiano de Psicología de la Liberación. Asesor Nacional de la Sociedad Latinoamericana de Estudiantes y Egresados de Psicología (SOLEPSI). Investigador y profesional con experiencia en temáticas de abordaje clínico, educativo, social y comunitario. Facilitador de la línea de investigación “psicología social crítica, comunidad y anarquismo”.

Lina Fernanda Vélez Botero

Psicóloga de la Universidad Javeriana Cali, Magíster en Psicología con Énfasis en Investigación de la Universidad de San Buenaventura Cali. Docente e investigadora de la facultad de salud de la Universidad Libre seccional Cali. Referente para el Suroccidente Colombiano de la Red Colombiana de Atención en Emergencias y Desastres de Colpsic. Amplia experiencia en gestión del riesgo; psicología clínica y en diseño e implementación de programas de

promoción de la salud mental en diferentes organizaciones públicas y privadas del sector salud, educativo, primeros respondientes en emergencias, Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, y atención en línea al ciudadano.

Ximena Villada Botero

Bióloga de la Universidad de Caldas, Administradora Pública de la Escuela Superior de Administración Pública; experiencia laboral como coordinadora académica y asistencia administrativa en la fundación 100% Mujer; docente área ambiental en Inmedent, Coordinadora Unidad de Protección a la Vida y Coordinadora Programa Pégate al Parche + Grande de la Alcaldía de Manizales.

Jhon Jairo Zapata Tabares

Monitor Recreo Deportivo, con experiencia de trabajo con jóvenes, adultos mayores y población con discapacidad cognitiva, mediante actividades lúdicas y deportivas de acuerdo a las necesidades de la población con el objetivo de corregir, mejorar y mantener la condición física y los hábitos de vida saludable.



**COL
PSIC** COLEGIO COLOMBIANO DE
PSICÓLOGOS

Cra. 19 # 84 - 49, Barrio Antiguo Country
Bogotá D.C. Colombia

www.colpsic.org.co