



Experiencias Significativas

en Salud Mental, Convivencia
y Construcción de Paz
3ra Edición

ISSN: 2590-5880 (En línea) de 2017



Experiencias Significativas en Psicología, Salud Mental, Convivencia y Construcción de Paz
© Colegio Colombiano de Psicólogos
www.colpsic.org.co
Bogotá, D.C., Colombia, 2017

**Sala Nacional Colegial
Presidentes Capitulares**

Betty Luz Ruiz Ruiz
Carlos Federico Barreto Cortés
Esmeralda Torres Betancourt
Francisco Apolinar Larrañaga Pineda
Hélmer Chacón Peralta
Henry Sánchez Olarte
Juan José Cañas Serrano
Juliet Vanessa Salazar Rodríguez
María del Pilar Triana Giraldo

Nelson Ricardo Vergara Chaparro
Rodrigo Mazo Zea

**Consejo Directivo Nacional
Presidencia**

Claudia María Sanín Velásquez

Vicepresidencia

Germán Antonio Gutiérrez Domínguez

Miembros Consejo Directivo Nacional

Andrés Manuel Pérez Acosta
José Rodríguez Valderrama
Juan Diego Tobón Lotero

Leonidas Castro Camacho
Martha Leonor Restrepo Forero
Nancy Vargas Espinosa
Olga Lucía Hoyos de los Ríos

Dirección Ejecutiva Nacional

Evelyn Carrioni Denyer

Dirección de Campos, Programas y Proyectos

María Claudia Peralta Gómez

Dirección de Comunicaciones y Mercadeo

Ana María Houghton Illera

Edición

Alejandro Baquero Sierra

Revisión de estilo

María Paula Arteaga Avendaño

Dirección de arte

Sebastian Gutierrez

Diseño y diagramación

Leonardo Antonio Aldana Pachón

2

Bogotá D.C.

Convivencia Ciudadana: Manifestaciones de la Empatía en Estudiantes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios frente al Fenómeno de Justicia bajo sus Propias Manos Presentado en la Localidad de Engativá

Pág. 26

Cali

Herramientas para Optimizar la Salud Mental y Emocional de Niñas y Niños

Pág. 90



Pasto

Implementación de la
Estrategia Zonas de
Orientación SENA en San
Juan de Pasto, Nariño

Pereira, Buga y Marsella

Programa de Acompañamiento
Integral al Estudiante de la
Universidad Tecnológica de
Pereira

Pág. 184

En la administración de intereses públicos no se puede hablar de desarrollo nacional si no se reconoce el desarrollo territorial. Del mismo modo, no se puede hablar de fortalecimiento gremial si no se parte de lo que cada región cuenta, espera y necesita. Por este motivo, el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic) ha organizado la Tercera Convocatoria de Experiencias Significativas de Salud Mental, Convivencia y Construcción de Paz con el ánimo de acercarse al trabajo que los psicólogos realizan por el bienestar y calidad de vida de las personas, grupos y comunidades en las regiones.

Se ha querido retomar el tema de las anteriores convocatorias centrado en la salud mental en un sentido amplio y se ha enriquecido con aspecto de convivencia social y de construcción de paz. Lo anterior, para resaltar las iniciativas que han estado haciendo aportes significativos de nuestra profesión en escenarios de tensión y conflicto social y de violencia sociopolítica que han afectado a los colombianos. De tal suerte, se ha logrado visibilizar el impacto sin igual que la psicología desencadena en diferentes contextos sociohistóricos.

Este proceso deja a Colpsic valiosas lecciones aprendidas acerca de: (a) la forma como se relaciona con sus colegiados; (b) el posicionamiento del gremio en las regiones; (c) las concepciones de salud, salud mental, atención e intervención psicosocial; (d) la forma como se caracteriza a las poblaciones; (e) las evaluaciones de las intervenciones o atenciones; (f) la calidad de formación superior; y (g) la sostenibilidad y apropiación del trabajo por parte de los destinatarios.

Colpsic está convencido de que esta iniciativa de reconocimiento de experiencias significativas debe continuarse en el futuro y acoger diferentes tipos de participantes, resaltando las particularidades, aciertos y resultados positivos del trabajo profesional. Esta actividad es un incentivo y modelo para otros colegiados en el país y sirve como barómetro de la calidad del trabajo profesional de psicología. Tenemos la certeza de que la única manera de construir gremio es a través de la relación constante y cercana con los psicólogos y psicólogas que realizan su trabajo para la generación de una sociedad y un país mejores.

Claudia María Sanín Velásquez
Presidenta Nacional
Colegio Colombiano de Psicólogos

Presentación



Experiencias Significativas

Desde el año 2014 se han llevado a cabo tres 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 psicólogos y psicólogas del país realizan a favor de la calidad de vida de las personas, grupos y comunidades a escala local, regional y nacional. Este ejercicio se resume en dos 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



*Fotografía Colombia 123rf

“
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
”

”

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, sensaciones, emociones e interpretaciones de cada actor, las relaciones personales y sociales entre ellos (Jara, 2006). De esta forma, los cambios que se dan 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 experiencias 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 sustentable (Duhaylungsod, 2009, p. 22).



*Fotografía Colombia 123rf

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

- Es 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 constituyen en guías o referentes de acciones y procesos en curso o ya realizados desde las tecnologías propias de la psicología.
- Tiene repercusiones tangibles y mensurables. Se refiere a que no solo se espera que las acciones satisfagan los intereses, necesidades y expectativas de los destinatarios, sino 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.
- Es una transformación evidente de la situación inicial percibida y evaluada como insatisfactoria. Se pasa de un problema, dificultad, carencia o necesidad de un colectivo o de una comunidad a soluciones reales, condiciones renovadoras y de bienestar; según las expectativas e intereses de los destinatarios participativa, concertada y sosteniblemente
- Sirve como demostración para otras organizaciones y territorios. Pues tiene la posibilidad de ser transferida, adoptada o adaptada a diferentes contextos.

Tercera Convocatoria de Experiencias Significativas

La convocatoria de Experiencias Significativas en Colpsic tiene tres versiones. La primera versión vio la luz con una publicación en marzo del 2015 y su tema fue salud mental; la segunda, en junio del 2016 también con salud mental como temática; y, la tercera, en junio del 2017 con salud mental, convivencia y construcción de paz. En la Tabla 1 se ilustra el número de trabajos participantes por capítulos regionales de Colpsic.

Tabla 1

Postulaciones a las tres versiones de la convocatoria por capítulo regional de Colpsic

Capítulo Regional	Convocatoria			Total
	Primera	Segunda	Tercera	
Capítulo Antioquia (Antioquia y Chocó)	3	1	4	8
Capítulo Bogotá y Cundinamarca	12	6	6	24
Capítulo Boyacá (Boyacá y Casanare)	1	0	1	2
Capítulo Cumanday Caldas	1	0	0	1
Capítulo Eje Cafetero (Quindío y Risaralda)	0	0	1	1
Capítulo Huila y Amazonía (Amazonas, Caquetá, Guaviare, Huila y Vaupés)	0	0	1	1
Capítulo Meta y Orinoquía (Guainía y Vichada)	1	1	0	2
Capítulo Santander (Arauca, Norte de Santander y Santander)	2	0	1	3
Capítulo Tolima	1	0	0	1
Capítulo Valle (Cauca, Nariño, Putumayo y Valle del Cauca)	10	2	6	18
Capítulo Zona Norte (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, San Andrés y Sucre)	6	2	1	9
Total	37	12	21	70

En la tercera convocatoria se planteó un esquema de calificación en dos fases. En primer lugar, un par de jurados (uno profesional y otro académico) calificó cada experiencia y con el promedio de estas calificaciones se clasificó a una segunda fase. Los criterios de evaluación de la Fase 1 se muestran en la Tabla 2. En la Fase 2 se hizo una verificación en el campo de la experiencia y se usó una adaptación de los criterios de selección de experiencias significativas y buenas prácticas de la Agencia Presidencial para la Cooperación Internacional. Esta verificación la hicieron los capítulos regionales de Antioquia, Eje Cafetero, Huila y Valle; y la Coordinación de Proyectos Sociales de Colpsic.

Tabla 2

Criterios de calificación de la Tercera Convocatoria de Experiencias Significativas

Criterio	Descripción
Fundamentación	El documento muestra una identificación y análisis de antecedentes que fundamentan la implementación de la experiencia
Pertinencia	El diseño planteado para intervenir es acorde con la identificación y el análisis de antecedentes, causas, o situación previa a la intervención
Efectos	La capacidad de demostrar los productos y resultados logrados con la experiencia, así como su correspondencia con los objetivos de la intervención
Calidad de la metodología	La estructura y secuencia de la intervención están planteadas de forma que cumplen con los requerimientos para asegurar resultados válidos y confiables
Cumplimiento de objetivos	Demuestra total o parcialmente el logro de objetivos del programa o intervención
Evaluación	La experiencia reporta el uso de un sistema de seguimiento y evaluación sistemático (i.e., fuente, instrumentos, estructura y periodicidad)
Asociación	Tanto la capacidad, de la persona o entidad ejecutora, de articularse con otras organizaciones, como de generar capacidades de articulación de los beneficiarios directos con otros actores
Empoderamiento	La iniciativa involucra a las personas y comunidad como actores activos que proponen, participan y reconocen la importancia de su rol en sus etapas. También favorece aprendizajes y apropiación del conocimiento por parte de los beneficiarios e implicados en el proceso y rompe prácticas asistencialistas
Continuidad	La experiencia involucra componentes y etapas que garanticen su desarrollo posterior
Difusión y apropiación social	La experiencia cuenta con un posicionamiento y recordación social en la que se le reconoce (esto puede ser apoyado por piezas escritas y audiovisuales)
Significatividad	Posee la capacidad de ser demostrativa para otros contextos regionales y culturales en condiciones y situaciones similares

Reflexiones y Conclusiones

Algunos hallazgos del proceso de convocar, leer y verificar en campo el trabajo de los profesionales en los territorios, son los siguientes:

1. Resulta importante ver cómo profesionales de la psicología por su propia iniciativa posicionan la labor de la disciplina en diferentes contextos territoriales en el país. Se observa un trabajo que implica una lectura de las realidades territoriales, la familiarización con las personas participantes, y la posibilidad de plantear diseños de atención o acompañamiento que son pertinentes para los intereses, necesidades y expectativas de los beneficiarios y de los financiadores.
2. Una multiplicidad de abordajes en la práctica profesional. Esto implica una 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 y no solamente desde la psicoterapia.
3. 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.
4. Resulta fundamental revisar cómo los profesionales comprenden la diversidad en psicología y cómo 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. Esto involucra también la revisión de las ideas, concepciones y prácticas que pueden llegar a marginar, discriminar o segregar para incluir la interseccionalidad como un criterio de calidad en las atenciones.
5. Se encuentra gran recordación de las experiencias de atención por parte de las personas beneficiarias directas. Esto indica una apropiación social de este tipo de práctica y la posibilidad de que las personas beneficiarias buscan ayuda profesional de un psicólogo ante situaciones similares y la recomiendan a sus conocidos.

6. Se están ofreciendo atenciones que no se limitan a un grupo poblacional específico sino que involucran diferentes tipos de beneficiarios directos e indirectos con objetivos y metodologías determinadas. 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 muchas de las experiencias postuladas llevan más de un año de atención continua.
7. 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 para convertirse en innovaciones sociales demostrativas en otros contextos regionales e institucionales.

A continuación, Colpsic presenta los artículos de las dieciséis 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, 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; y (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 tercera versión, felicita a sus ganadores e invita a todos los psicólogos del país a participar de las próximas convocatorias.

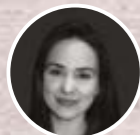
Referencias

De Souza, M. (1997). *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Duhaylungsod, N. C. (2009). *The sustainable cities programme in the Philippines (1998-2007) – A compendium of good practices: Addressing poverty, gender inequality, and environmental degradation*. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT).

Jara, O. (2006). La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano—una aproximación histórica. Piragua, (23).

La Revelación y Educación sobre el Diagnóstico de VIH a través del Modelo Clínico DIRÉ en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Ciudad de Barranquilla



Ana María Trejos Herrera¹
Universidad del Norte, Barranquilla

Expertos en psicología y salud pública de la Universidad del Norte, tomando como base el modelo pionero de la Doctora Ileana Blasini Vega de Puerto Rico et al. (2004), desarrollaron el modelo clínico DIRÉ que se sirve de sesiones educativas y procesos lúdicos para ayudar a cuidadores y profesionales de la salud a revelar a menores de edad seropositivos para VIH su diagnóstico.

¹ Profesora Universitaria. Correo electrónico: atrejos@uninorte.edu.co



Especial atención han recibido las directrices de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, 1999) y de la Organización Mundial de la Salud (Krauss, Letteney, De Baets, Murugi, & Okero, 2011) sobre la revelación de la enfermedad del VIH. Estas instituciones sostienen que todos los adolescentes deben conocer su diagnóstico y que la revelación debe ser considerada para niños en etapa escolar teniendo en cuenta su edad, nivel de desarrollo cognitivo, madurez psicosocial, complejidad de la dinámica familiar y el contexto clínico. Sin embargo, mantener el secreto es una estrategia frecuentemente usada por las familias afectadas, debido al estigma asociado al VIH/SIDA y a sus formas de transmisión. A pesar de los esfuerzos que los padres realizan para ocultar el diagnóstico, los niños suelen llegar a conocerlo, aunque nunca se les haya dicho expresamente. La revelación del diagnóstico del VIH a los niños, niñas y adolescentes es un gran desafío para los padres, cuidadores y profesionales de la salud, debido al estigma asociado con el VIH/SIDA, sus modos de transmisión y el secreto que rodea al diagnóstico.

Un estudio realizado en cinco ciudades de Colombia por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, *Save the Children*, UNICEF y la Universidad del Norte ratificó lo hallado en otras investigaciones internacionales (Trejos, 2012) la mayoría de niños seropositivos para VIH desconocen su diagnóstico; los padres son renuentes a dar esta

información porque consideran, entre otras razones, que la noticia causará un trauma psicológico al menor y que el niño (al divulgar su situación) puede ser objeto de discriminación. Este estudio evidenció la inexistencia de una metodología adecuada para realizar esta revelación en el contexto colombiano.

A partir de estos hallazgos, el equipo investigador de la Universidad del Norte logró avanzar y construir capacitaciones para que profesionales pertenecientes a instituciones prestadoras de servicios de salud en la ciudad de Barranquilla apropien una estrategia de corte clínico para revelar diagnóstico de VIH/SIDA a niños y niñas entre los 6 y 17 años de edad. Esta estrategia fue diseñada y validada a través del proceso de investigación doctoral titulado "Evaluación de los efectos del modelo clínico DIRÉ de revelación del diagnóstico de VIH/SIDA a niños y niñas menores de 17 años en la adherencia al tratamiento y en el ajuste psicológico basado

en el modelo Blasini" (Blasini et al., 2004; Trejos, 2012). Esta investigación fue financiada en la I Convocatoria para Programas Internos de Doctorado en el marco de la estrategia de fortalecimiento de la investigación de la Dirección de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Universidad del Norte. La investigación obtuvo la calificación Summa Cum Laude 2012 y fue merecedora del Reconocimiento al Mérito Científico de la Universidad del Norte 2012.

El método validado de cinco componentes incluye: (a) seminarios de capacitación a profesionales de la salud, (b) sesiones de educación e intervención con los cuidadores, (c) sesiones de educación e intervención con los niños y niñas seropositivos para VIH, (d) sesiones de revelación y (e) seguimiento después de la revelación. El modelo DIRÉ resulta novedoso debido a que incorpora material lúdico en las sesiones con los niños que busca prepararlos para que asimilen la enfermedad, hacerlos más conscientes de ella y facilitar la comprensión del diagnóstico.

Además, incluye entrenamiento al cuidador sobre cómo responder posibles preguntas difíciles o dolorosas de los niños luego de conocer su diagnóstico, y le ayuda a vencer las resistencias asociadas a este proceso mediante estrategias de trabajo clínico.

Método

Para validar el modelo se utilizó un diseño cuasiexperimental de series temporales con el objeto de evaluar los efectos del modelo clínico DIRÉ de revelación del diagnóstico de VIH/SIDA en la adherencia al tratamiento antirretroviral y en el ajuste psicológico en niños y niñas menores de 17 años de edad pertenecientes a 5 instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Barranquilla. De acuerdo con esto, se realizaron cuatro observaciones de las variables dependientes, las cuales son adherencia al tratamiento antirretroviral y ajuste psicológico. La primera observación se realizó 2 meses antes de aplicar el modelo. La segunda, tercera y cuarta observación se realizaron a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses respectivamente, luego de haber aplicado el modelo.

Mediante un muestreo no probabilístico por criterio o fines especiales participaron 41 profesionales de la salud vinculados a cinco instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del régimen subsidiado y a una IPS del régimen contributivo de la ciudad de Barranquilla, 31 cuidadores, y 33 menores de 17 años seropositivos para VIH/SIDA. Las instituciones fueron contactadas mediante un listado de servicios de infectología obtenido en la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla. La



“ Las familias participantes eran de los estratos socioeconómicos 1 y 2. Esta investigación obtuvo aval del Comité de Ética en Investigación en el área de la salud de la Universidad del Norte ”



mitad de los cuidadores era de padres o madres biológicos de los menores participantes; el resto de los cuidadores eran abuelos, tíos, hermanos y madres sustitutas. El último grado de escolaridad de la mayoría de los cuidadores fue básica primaria o secundaria incompleta.

Las familias participantes eran de los estratos socioeconómicos 1 y 2. Esta investigación obtuvo aval del Comité de Ética en Investigación en el área de la salud de la Universidad del Norte, bajo los principios de la Resolución 8430 del 1993 dada por el Ministerio de Salud de Colombia. De este modo, la intervención se desarrolló entre octubre del 2010 y noviembre del 2011.

Es bien sabido que la revelación del diagnóstico del VIH a los niños, niñas y adolescentes es un gran desafío para los cuidadores y profesionales de la salud debido al estigma asociado con el VIH/SIDA. Muchos familiares se han mostrado renuentes a discutir la naturaleza de la enfermedad con sus niños afectados como una forma de protección y reconocen que la entrega del diagnóstico es una problemática tan difícil de abordar que prefieren evadirla hasta considerar que el niño tenga "suficiente edad para saber"; lo cual puede ser, para algunos, a partir de los 15 años de edad; para otros, es una cuestión que evitan considerar.

La ausencia de una metodología para llevar a cabo la revelación del diagnóstico en las instituciones de salud en la ciudad de Barranquilla, la falta de instrucción formal de los profesionales sobre cómo ofrecer a los niños respuestas apropiadas frente a preguntas difíciles o dolorosas relacionadas con la condición de seropositividad para VIH/SIDA, y la inexistencia de criterios por parte de los profesionales frente a la edad en que se debe iniciar el proceso de revelación del diagnóstico a los niños motivó el desarrollo del modelo DIRÉ. Revelar oportunamente el diagnóstico de VIH a menores representa beneficios para ellos. Por ejemplo, posibilita trabajar estrategias de adherencia al tratamiento más directas; explicarles el tratamiento, su importancia y las consecuencias de su abandono; hacer que sean más responsables de su autocuidado; y previene que el niño conozca su diagnóstico por fuentes inadecuadas, lo cual iría en detrimento de su desarrollo psicoafectivo.

En ausencia de una metodología para llevar a cabo este proceso con los menores de edad en nuestro país, este modelo clínico se considera innovador y tiene un importante impacto en la labor que desempeñan los profesionales que brindan servicios de salud a la población infantil afectada con VIH/SIDA. El modelo clínico DIRÉ demostró eficacia en la normalización del ajuste

psicológico y mantenimiento del cumplimiento terapéutico en población infantil afectada con VIH/SIDA, favoreciendo la confianza en profesionales (i.e., infectólogo pediátrico, médico experto en VIH, psicólogo, trabajador social y enfermera) y cuidadores en este difícil proceso. El modelo otorga herramientas para aprender acerca del diagnóstico de una manera lúdica y adecuada al nivel de desarrollo cognitivo de cada participante, atendiendo a las directrices internacionales sobre el tema de la revelación del VIH.

El objetivo del modelo DIRÉ es favorecer el ajuste psicológico y la adherencia terapéutica de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con VIH/SIDA a través de 16 sesiones educativas que involucran tanto la participación del niño como de su cuidador principal y procesos lúdicos que buscan prepararlos para que asimilen la enfermedad, hacerlos más conscientes de ella y facilitar la comprensión del diagnóstico. Los materiales lúdicos están dispuestos en un kit que contiene tres cuadernillos, objetos en forma de nubes de pensamiento y un manual de aplicación. Además, el modelo clínico DIRÉ dispone de instrumentos que facilitan la labor de entrevista y conocimiento de variables psicosociales de la familia y del niño antes de iniciar la revelación del diagnóstico. Este conocimiento se considera fundamental para poder desarrollar un proceso adecuado con las familias.

Implementación del Modelo DIRÉ

La implementación del modelo DIRÉ puede desarrollarse con las instrucciones que se encuentran contenidas en el manual de aplicación, el cual contempla una explicación detallada de las 16 sesiones de trabajo. En las sesiones iniciales (Sesiones 1, 2 y 3) se detalla el proceso de obtención del consentimiento informado a los padres o cuidadores de los niños diagnosticados y la explicación de los instrumentos que facilitan la labor de entrevista y conocimiento de variables. Si el profesional de la salud decide complementar el perfil del niño y su familia con la totalidad de las evaluaciones se estima que las reuniones de evaluación se amplían de 2 a 3 sesiones, sin que esto implique una afectación de la ejecución del modelo total en 16 sesiones.

Las Sesiones 4 y 5 se desarrollan directamente con el padre o cuidador del niño. Estas sesiones tienen por objetivo fortalecer la capacidad de comunicación frente al manejo de la enfermedad del VIH y favorecer la confianza del cuidador en el proceso de acompañamiento que realizará al niño en el hogar. La primera actividad ayuda a los padres y cuidadores a vencer temores y resistencias asociadas al proceso de revelación del diagnóstico de VIH mediante una estrategia de trabajo clínico que se implementa con apoyo del material "nubes de pensamiento".

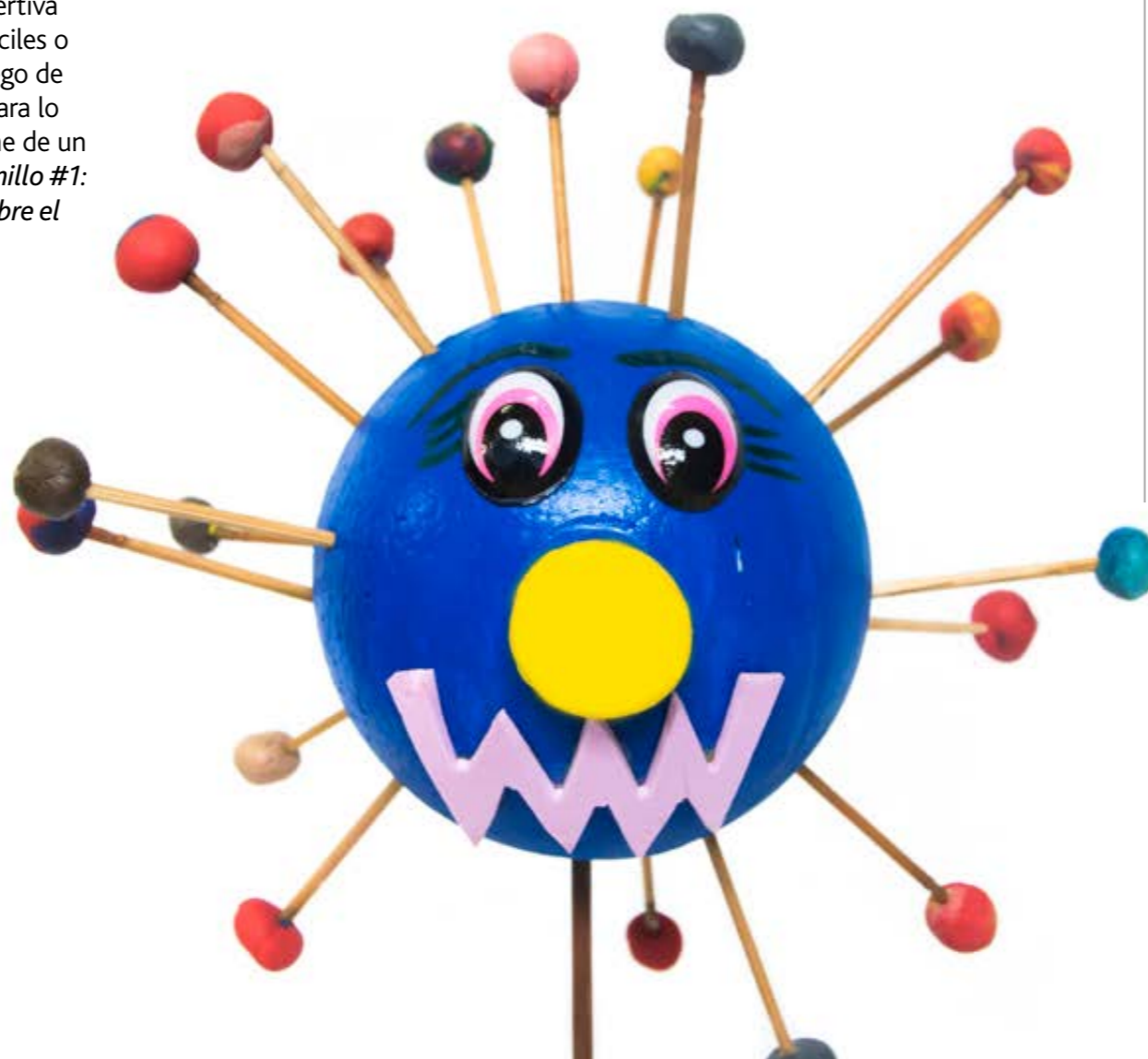
El profesional selecciona las nubes de pensamientos que están asociadas con los temores o preocupaciones acerca de la revelación del diagnóstico, previamente identificadas en uno de los cuestionarios psicosociales disponibles. El objetivo de esta actividad es ayudar al cuidador a reconocer, describir y aceptar sus pensamientos y sentimientos frente a la revelación del diagnóstico y ofrecer explicaciones acerca de los beneficios que conlleva revelar el diagnóstico en forma oportuna a los niños.

La quinta sesión tiene por objetivo fortalecer la capacidad del padre y cuidador frente a la capacidad de respuesta en forma asertiva de posibles preguntas difíciles o dolorosas de los niños luego de conocer su diagnóstico. Para lo cual, el profesional dispone de un material llamado *Cuadernillo #1: Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*.

Las Sesiones 6 y 7 se encuentran destinadas a obtener un perfil psicosocial del niño antes de la sesión de revelación mediante la aplicación de unos cuestionarios psicosociales. Para el desarrollo de las Sesiones 8, 9 y 10 el profesional dispone de un material llamado *Cuadernillo #2: Vamos a colorear*.

“ El objetivo del modelo DIRÉ es favorecer el ajuste psicológico y la adherencia terapéutica de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con VIH/SIDA a través de 16 sesiones

educativas que involucran tanto la participación del niño como de su cuidador principal y procesos lúdicos que buscan prepararlos para que asimilen la enfermedad.”



En estas sesiones se le cuenta una analogía a los niños y niñas: que las enfermedades infecciosas son producidas por minúsculas organismos, de tamaño demasiado *pequeño* para poder verlos a simple vista (i.e., microscópico), y así prepararlos para la sesión de revelación.

En la Sesión 11, o sesión de revelación del diagnóstico de VIH/SIDA, el profesional dispone de un material llamado *Cuadernillo #3: Sesión de revelación* el cual incluye la construcción infantil del VIH a través de unas instrucciones detalladas en el manual de aplicación del modelo clínico DIRÉ para informar al niño respecto a su condición de seropositividad.

La Sesión 12 se desarrolla dos semanas después de la Sesión 11. En esta sesión se trabaja la construcción infantil del linfocito T CD4 como *soldado defensor* del sistema inmunológico con los niños a través de unas instrucciones detalladas en el manual de aplicación. Esta sesión tiene por objetivo ayudar al niño a comprender qué son los linfocitos T CD4 utilizando la metáfora de los soldaditos que nos defienden del VIH.

Las Sesiones 13 a 16 son consideradas sesiones de seguimiento que pueden ser realizadas mensualmente con la programación de citas regulares que tengan los niños y sus familias. Con ayuda del material disponible en el *Cuadernillo #2: Vamos a colorear* se trabaja con el niño las temáticas enfocadas a la educación sobre el VIH, sus mecanismos de transmisión y no transmisión, y la toma de los medicamentos. El objetivo de estas sesiones de seguimiento posrevelación es ayudar a incrementar los conocimientos del niño acerca del VIH y fortalecer la adherencia a los medicamentos mediante el aprendizaje de los nombres de sus esquemas, dosis y horarios.

Los avances en el diagnóstico, tratamiento y, en consecuencia, en el pronóstico de la enfermedad del VIH deben ser utilizados como argumentos a favor de la comunicación del diagnóstico. Del mismo modo, otro aspecto que puede influir en la toma de decisiones sobre la revelación se relaciona con la preocupación que tiene la mayoría de los cuidadores de niños seropositivos para VIH de abrumar al niño y desencadenar episodios de ansiedad, depresión e ideas de suicidio. Sin embargo, trabajos investigativos e informes clínicos afirman que los efectos negativos mencionados de la revelación del diagnóstico de VIH carecen de respaldo empírico. Es importante enfatizarle a los cuidadores que la revelación no provoca una reacción emocional

catastrófica en los niños, ni pérdida de la adherencia al tratamiento, incluso es necesario explicar que en algunos casos produce un cierto alivio, ya que se le brinda al menor la oportunidad de hacer frente a la enfermedad, manejar emociones profundas y favorece el cumplimiento de los objetivos del tratamiento antirretroviral como aumentar la expectativa de vida, mejorar la calidad de vida, preservar o restaurar el sistema inmune y reducir la carga viral.

Discusión

La evidencia científica disponible del modelo clínico DIRÉ respalda lo anterior y demuestra que la revelación del diagnóstico de VIH/SIDA, por un lado, mantiene estable el ajuste psicológico y la adherencia al tratamiento y, por el otro, disminuye problemas de comportamiento interiorizado (i.e., ansiedad, depresión, retraimiento

social y quejas somáticas) y de comportamiento exteriorizado (i.e., conducta agresiva y comportamiento de ruptura de normas); también favorece la adherencia al tratamiento después de la comunicación del diagnóstico.

En resumen, se recomienda hacer énfasis, a los cuidadores, en que la evidencia investigativa y clínica concluye que se puede llevar a cabo la revelación del diagnóstico sin miedo a que ocurra una reacción negativa en los niños y niñas. Así mismo, una explicación oportuna, precisa y llevada a cabo con empatía, dentro de un proceso seguro y planificado de revelación del diagnóstico, es preferible a dejar expuesto al menor a revelaciones accidentales que puedan ir en detrimento de su ajuste psicológico y adherencia terapéutica. Frente al temor relacionado con la comunicación

del diagnóstico a otros por parte del menor, es importante explicar al cuidador que en la sesión de revelación se abordará este tema con el niño para que guarde confidencialidad respecto a su padecimiento.

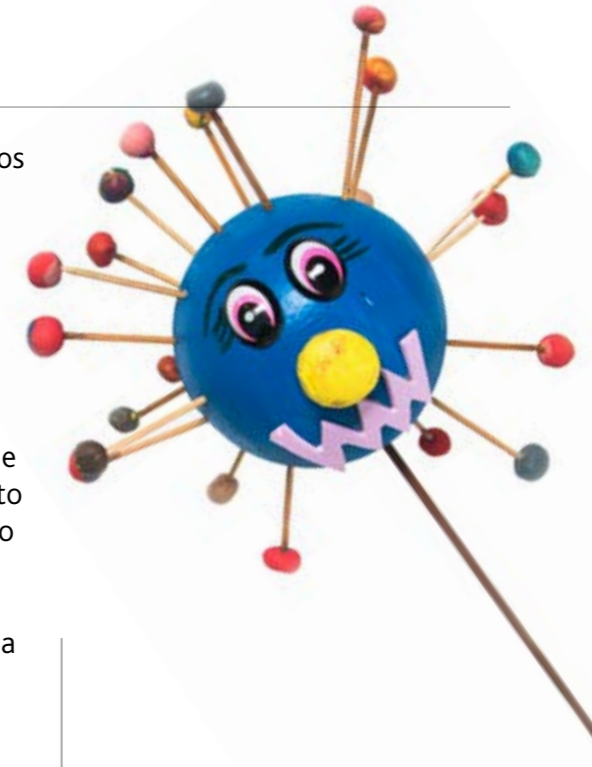
Entre julio del 2016 y julio del 2017 se trabajó en el rediseño de los materiales del modelo clínico DIRÉ. A su vez, también se trabajó en la implementación de una estrategia de transferencia dirigido a entidades con un interés corporativo —como hospitales, clínicas, instituciones prestadoras de servicios de salud y servicios médicos particulares— que ofrecen el servicio de infectología a niños y niñas con VIH para aumentar el número de beneficiados con esta estrategia. Asimismo, en el 2017 se inició un estudio para evaluar si esta experiencia es replicable con niños, niñas y adolescentes seropositivos para VIH/SIDA mexicanos a través de un convenio de cooperación en investigación con la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

En conclusión, esta experiencia nos permitió establecer que la implementación de un modelo clínico adecuado, al nivel de desarrollo cognitivo de menores de 17 años, permitió fomentar la confianza en la comunicación entre profesionales de la salud, cuidadores y niños diagnosticados con VIH/SIDA acerca del diagnóstico. Lo anterior se logró a pesar de la baja tasa de revelación de la enfermedad del VIH a niños

y niñas, y a los temores reportados por las familias —relacionados con causar daño psicológico o estrés emocional al menor—. Los seminarios de capacitación a profesionales de la salud y las sesiones de educación e intervención con los cuidadores favorecieron la reflexión acerca de los beneficios que el conocimiento del diagnóstico tiene para un niño seropositivo para VIH/SIDA.

Asimismo, se logró fomentar una reflexión acerca de la dilatación o postergación de la entrega del diagnóstico a los menores amparados con pretextos de “protección”; los cuales han llevado a omitir explicaciones importantes (o a ofrecerlas de forma inadecuada). Esta falta de claridad en cuanto a la toma de los medicamentos para enfermedades asociadas al VIH impide que el menor sea consciente de su enfermedad; además, con el paso del tiempo la información puede no ser suficiente para procedimientos apropiados y conducir a que el menor conozca su diagnóstico en condiciones inadecuadas que alteren su ajuste psicológico, adherencia al tratamiento, y la misma funcionalidad familiar. De este modo, el derecho del menor a conocer el diagnóstico le permite iniciar temprano un proceso responsable de adaptación para vivir con esta condición crónica.

Como equipo de investigación consideramos que la lección más



*Fotografía autor(es)



*Fotografía autor(es)

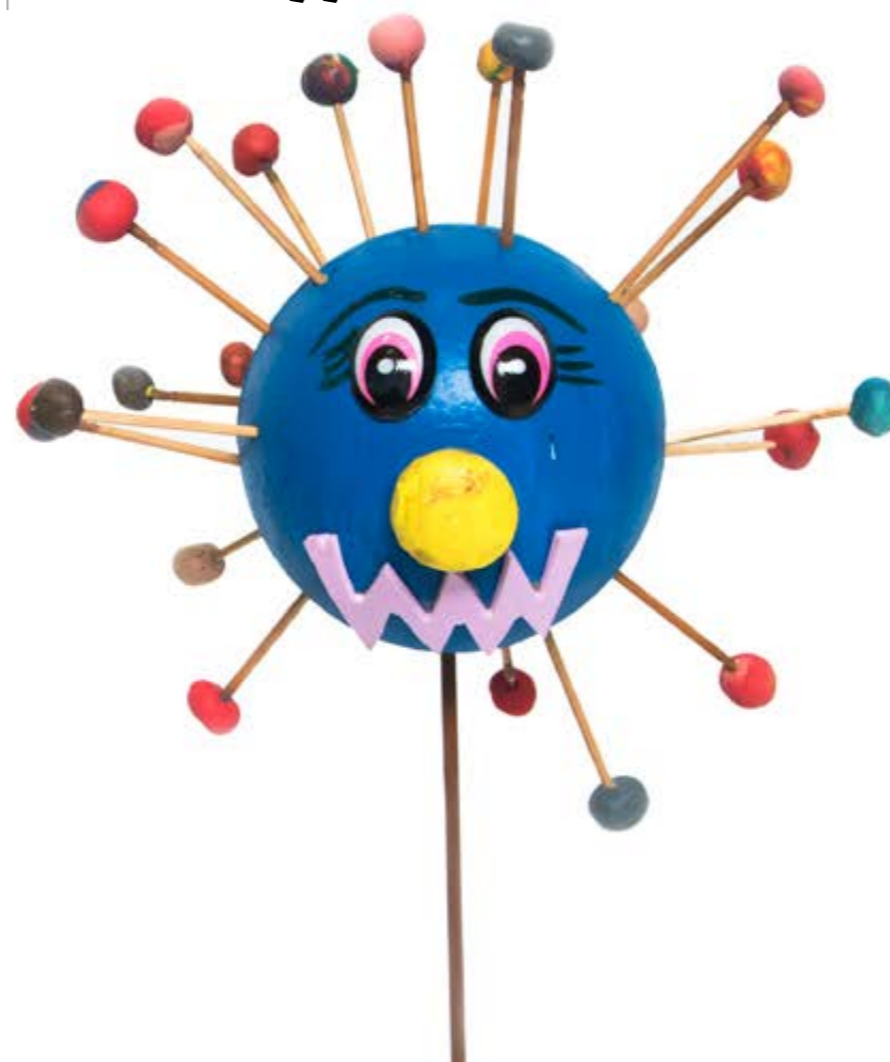
importante de esta experiencia es que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer su diagnóstico de VIH/SIDA. El expresarle la verdad es preferible para el menor que ocultársela, siempre y cuando pueda proporcionarse de acuerdo al desarrollo cognitivo del niño mediante un proceso estructurado y no solo como un evento aislado. Basada en el principio ético de la veracidad soportable, esta experiencia demostró que es posible implementar un modelo

clínico de revelación del VIH/SIDA por componentes y adecuado al desarrollo cognitivo en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Dicho modelo permite a niños y niñas adaptarse a vivir con la enfermedad del VIH en cada etapa evolutiva y puede favorecer el cumplimiento de los objetivos del tratamiento antirretroviral, los cuales son mejorar la calidad y expectativa de vida, preservar o restaurar el sistema inmune y reducir la carga viral.

“
Como equipo de investigación consideramos que la lección más importante de esta experiencia es que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer su diagnóstico de VIH/SIDA.
”




*Fotografía autor(es)



Referencias

- American Academy of Pediatrics. (1999). Disclosure of Illness Status to Children and Adolescents with HIV Infection. *Pediatrics*, 103(1), 164-166.
- Blasini, I., Chantry, C., Cruz, C., Ortíz, L., Salabarría, I., Scalley, N., Mattos, B., Febo, I., & Díaz, C. (2004). Disclosure model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(3), 181-189.
- Colombia. Ministerio de Salud. (1993). Resolución Número 8430 de 1993 (Octubre 4): *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.
- Krauss, B., Letteney, S., De Baets, A., Murugi, J., & Okero, F. A. (2011). *Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age*. Geneva: World Health Organization.
- Trejos, A. (2012). *Evaluación de los efectos del Modelo Clínico "DIRÉ" de revelación del diagnóstico de VIH/SIDA a niños y niñas menores de 17 años de edad en la adherencia al tratamiento antirretroviral y en el ajuste psicológico basado en el modelo Blasini* (Tesis doctoral). Universidad del Norte, Barranquilla-Colombia.



Convivencia Ciudadana: Manifestaciones de la Empatía en Estudiantes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios Frente al Fenómeno de Justicia bajo Propias Manos Presentado en la Localidad de Engativá²



Laura Milena Segovia Nieto³, Andrés Fernando Ramírez Velandia⁴, & Amalia González Martínez⁵

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá

La percepción del incremento en la delincuencia común y de organizaciones al margen de la ley, unido a diversas formas de corrupción dentro de las entidades estatales, ha llevado a que los ciudadanos aumenten su desconfianza en las instituciones sociales creadas para encargarse de la regulación y la seguridad ciudadana. Especialmente en ciudades como Bogotá, la percepción de inseguridad entre sus habitantes y la desconfianza hacia las autoridades policiales ha propiciado la aparición y el auge de un fenómeno denominado *justicia bajo sus propias manos* (Bogotá Cómo Vamos, 2016). Este fenómeno consiste en una reacción normalmente colectiva en la cual se ejerce violencia punitiva o instrumental sobre bienes o personas sospechosas de haber realizado un acto valorado como injusto o incorrecto (Alvarito & Schwartzman, 2014).

Estos actos de violencia, que en su mayoría son ejercidos por ciudadanos comunes —sin antecedentes penales—, ponen en riesgo la integridad de todos los actores participantes y van en detrimento de las formas de convivencia pacíficas dentro de los marcos de las instituciones estatales. Dichos casos, aunque no están sistematizados en cifras oficiales, parecen corresponder al incremento del 2% entre 2015-2016 en relación a la percepción de seguridad en la ciudad según la Encuesta de Seguridad Ciudadana (Dane, 2016); en tanto al reporte de manera extra-oficial, el fenómeno ha sido difundido y visibilizado a través de distintos medios de comunicación (Flórez, 2016; Metro-Publimetro, 2015, Sabogal, 2015) y redes sociales. Estos muchas veces usan los videos y las fotos tomadas por los ciudadanos partícipes, lo cual a su vez parece movilizar más ciudadanos que están dispuestos a ejercer justicia por mano propia.

En el caso particular de las redes sociales (e.g., Facebook) se resalta el hecho de la valoración positiva de estos actos; así como la incitación a la propagación del fenómeno por toda la ciudad a través de comunicados e instrucciones (e.g., grupos de Facebook: *Duro con las ratas 1, 2 y 3*; *Justicia por propia mano*; *Ratas en Colombia, denunciémoslo*; entre muchos más).

Los que Decimos los Psicólogos Frente a la Problemática

En el año 2015 se volvió viral en redes sociales una serie de videos, imágenes y carteles creados por los mismos ciudadanos en donde se indicaba cómo ejecutar *justicia bajo sus propias manos* y se enaltecían dichos actos. Entre dichos videos se encontraron unos tomados en el campus



*Fotografía autor(es)

- 2 Proyecto de investigación financiado por UNIMINUTO, ganador de la V Convocatoria para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Investigación en UNIMINUTO y ganador de la IV Convocatoria Interna de Proyectos de Investigación para el Fortalecimiento de la Investigación Interdisciplinaria e Interinstitucional 2017 UNIMINUTO - Sede principal (en curso)
- 3 Profesora Universitaria e investigadora. Correo electrónico: lmsegovian@unal.edu.co
- 4 Profesor Universitario e investigador. Correo electrónico: aframirezv@unal.edu.co
- 5 Practicante de Psicología. Correo electrónico: agonzalezma@uniminuto.edu.co



*Fotografía autor(es)

de la Institución Universitaria (ubicado en el Barrio Minuto de Dios en la localidad de Engativá, Bogotá) donde varios estudiantes no solo golpeaban a un ladrón, sino que mantenían a distancia al vigilante de la institución cuyo trabajo es velar por la seguridad. Se suma el fallecimiento de un presunto ladrón a causa de este fenómeno en otro barrio de la misma localidad, así como la alta tasa de delincuencia común en comparación con otras localidades de Bogotá.

Dichos sucesos no solo alarman a la comunidad universitaria, sino que demandan una intervención en la zona y un estudio detallado del fenómeno que no parece referirse solo a zonas marginales de la capital. Con la necesidad de abordar este fenómeno surgen varias preguntas que dan forma al proyecto: ¿Por qué son pocas las personas que defienden al presunto ladrón? ¿Acaso no se debería

empatizar con el sufrimiento de otro que está siendo golpeado? ¿Realmente la gente ajena a la situación participa en el castigo porque comparte la situación y el sufrimiento de la víctima? ¿Por qué no permitir la judicialización del ladrón? ¿Cómo es posible que ciudadanos comunes terminen ejerciendo formas de violencia desmedida hacia el otro?

Es así como desde el proceso de fortalecimiento de la educación para la investigación en el programa de Psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, el Semillero de Arte, Cognición y Cultura (s.f.) asume el reto de trabajar en la problemática desde los abordajes de la cognición social. Tras una búsqueda sistemática se encontró que el concepto psicológico de empatía es útil para estudiar el problema, así como para trabajar este y otros fenómenos de violencia que aquejan al país.

“ En el año 2015 se volvió viral en redes sociales una serie de videos, imágenes y carteles creados por los mismos ciudadanos en donde se indicaba cómo ejecutar *justicia bajo sus propias manos* y se enaltecían dichos actos. ”

El concepto de empatía es continuamente usado en investigaciones sociales para hacer referencia a la capacidad de una persona de asimilar la situación por la que el otro está pasando y, a partir de eso, responder con sintonía y pertinencia a diferentes situaciones (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

Aun así, los procesos mediante los cual se logra la empatía distan mucho de ser claros y polemizan la definición del término (Decety & Ickes, 2011). Sin embargo, se puede encontrar en las teorías sobre la empatía en general que existe una relación directa entre la capacidad empática y conductas pro-sociales o capacidad para resolver conflictos. De la misma manera, para algunos investigadores, el individuo empático es menos agresivo por su sensibilidad emocional y posee una mayor capacidad para comprender potenciales consecuencias negativas para él mismo y para el otro (Mestre, Samper & Frías, 2002).

Propósito

Los objetivos de esta experiencia pueden dividirse en dos grandes categorías. La primera yace en el interés de contribuir a la psicología, como disciplina, en la comprensión y conceptualización de la intersubjetividad a través del concepto de empatía frente a fenómenos de violencia — ejemplificados en el caso de *justicia bajo sus propias manos*—; y en la formación de investigadores y profesionales capaces de generar

procesos significativos desde la psicología con un compromiso social. La segunda categoría de objetivos apunta a la generación de agentes que permitan intervenir en la promoción de la cultura ciudadana desde procesos educativos. Para ello se considera que cada agente participante, inclusive el investigador, debe hacer un proceso de concienciación, explicitación y transformación de los imaginarios que justifican el uso de la violencia en dichas situaciones y que han sido naturalizados en la sociedad. Dicho proceso pretende sensibilizar ante el fenómeno y mostrar la necesidad de participación ciudadana en la construcción de espacios de convivencia y paz que van desde el compromiso personal hasta un compromiso con una cultura de paz.

Método

Formación de Agentes Empáticos
La experiencia se llevó a cabo en las instalaciones de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO)-Sede principal entre marzo del 2016 y febrero del 2017. Los participantes de la experiencia son en su mayoría estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-Sede principal. Dado el rol que ocupan en la experiencia, los participantes se dividieron en tres grupos:

Treinta estudiantes de diferentes facultades de la UNIMINUTO-Sede principal de ambos sexos cuya edad oscila entre 20 y



*Fotografía autor(es)

“
El concepto de empatía es continuamente usado en investigaciones sociales para hacer referencia a la capacidad de una persona de asimilar la situación por la que el otro está pasando
”

32 años. Cada uno participó voluntariamente en 1 de los 4 grupos focales del experimento. En estos, los estudiantes narraron sus experiencias ante el fenómeno de *justicia bajo sus propias manos*. Así mismo, a este grupo se le administraron pruebas para medir empatía y un ejercicio de relajación y reconocimiento emocional orientado hacia la apropiación de su cuerpo, sus emociones y las de otros.

Veinte miembros del Semillero Arte, Cognición y Cultura tanto de estudiantes como docentes. Los participantes contribuyeron a la revisión bibliográfica; al apoyo logístico antes, durante y después de la experiencia; a la indagación en material periodístico, construcción de protocolos; y a la creación, con los resultados de la experiencia, de una cartilla para la educación en convivencia ciudadana llamada *Yo soy Bogotá y ¿tú?* (en proceso de publicación).

Aún sin una cifra consolidada, miembros de la comunidad académica durante la experiencia o posterior a ella han manifestado su interés en hacer parte del proyecto en diferentes niveles; como investigadores, miembros del semillero, participantes y agentes reproductores en otras poblaciones.

Dado los propósitos de la experiencia y la necesidad de organizar el trabajo, la experiencia fue dividida en tres fases:

Fase 1. Como una experiencia dirigida desde y hacia la educación, se trabajó con los miembros del semillero entre marzo y junio del 2016 en el desarrollo de sus competencias investigativas, así como en todas aquellas capacidades que, según la literatura, potencian la empatía (e.g., resolución de conflictos, reconocimiento de las emociones propias y de otros, expresión corporal, comunicación asertiva, entre otras). Dicha experiencia se realizó a través de varios encuentros y actividades diseñadas por los docentes. El primer paso fue contextualizar el fenómeno a estudiar. En este primer paso, los participantes reflexionaron

respecto a lo “acostumbrados” que estaban respecto a estas situaciones y cómo muchas veces habían difundido los videos con el ánimo de promover este tipo de conductas.

En la labor de recopilación de los videos para la Fase 2, así como ante la confrontación de situaciones narradas por sus compañeros, se sensibilizó el tema generando una apropiación del mismo y de la necesidad de convertirse en agentes que no perpetúen la violencia. El segundo paso fue un entrenamiento en habilidades básicas de entrevista, de lectura emocional y de manejo del conflicto. En dicho paso, muchos participantes aprendieron a reconocer la dificultad que tenían al reconocer sus emociones, al manejarlas y a expresarlas correctamente. La reflexión sobre la necesidad de dicho aprendizaje surgió de varias confrontaciones con las emociones de sus compañeros cuando se realizaron juegos de rol en pro de sus capacidades entrevistadoras. Finalmente, se realizó una distribución de funciones, organización del material requerido y establecimientos de horarios de trabajo.

Fase 2. Los días 28 y 29 de julio del 2016 se llevó a cabo la sesión experimental. Se dividió a los participantes en 4 grupos, cada grupo compuesto por 6 personas: cuatro participantes, un entrevistador-investigador y un actor-investigador. Los grupos tuvieron dos condiciones (Tabla 1); la primera fue la asignación de un actor-investigador a favor de la *justicia bajo sus propias manos*, o en contra de ella; la segunda categoría consistió en la inmovilización de las extremidades de todos los participantes exceptuando el entrevistador-investigador o el tener pleno movimiento de las mismas. Esto se realizó con el fin de conocer si la expresión de la empatía cambia cuando el movimiento es limitado, tanto para el caso del actor a favor o del actor en contra. Se usó la técnica de grupos focales, ya que mediante una entrevista grupal semi-estructurada, la cual gira alrededor de los videos presentados sobre *justicia bajo sus propias manos*, se pudo producir el surgimiento de actitudes, emociones, experiencias y reacciones en los participantes. Así mismo, se aplicó la prueba cuantitativa Cociente de Empatía (EQ) de Baron-Cohen para medir los niveles de empatía.

Tabla 1
Diseño experimental

	Actor a favor del fenómeno	Actor en contra del Fenómeno
Inmovilizados extremidades	Grupo A	Grupo C
Sin inmovilizar	Grupo B	Grupo D

Fase 3. En esta fase se reflexionó sobre los eventos ocurridos en la fase anterior con el fin de generar estrategias para el desarrollo de habilidades de reconocimiento y manejo emocional-corporal. De la actividad se rescataron los ejercicios más significativos en la Fase 1, como el que tiene que ver con el reconocimiento y relajación de las diversas partes del cuerpo.

Los días posteriores a la Fase 3 se recogieron algunos relatos anecdóticos de los estudiantes participantes, quienes manifestaron que después de la experiencia “miraban con otros ojos” el tema. Es decir, refirieron que ahora son más críticos y asumen su rol como ciudadanos en estos episodios de violencia. Así mismo, otros estudiantes que no hicieron parte directa de la experiencia manifestaron su interés de participar en futuros trabajos.

“
Lo anterior sugiere la necesidad de revisar cómo nos encontramos los bogotanos y los distintos grupos sociales que componen la ciudad en niveles de empatía.
”

Dichos relatos, junto con la sistematización de la experiencia, especialmente de la Fase 1 y 3, se volvieron el insumo para la realización de una cartilla para enseñar convivencia ciudadana frente al fenómeno de *justicia bajo sus propias manos*.

Resultados y Potencialidad de la Experiencia

Como parte del proceso de preparación y capacitación de los miembros del semillero previo a los grupos focales (Fase 1), se evidenciaron deficiencias en manejo emocional de los estudiantes frente a situaciones interpersonales, se construyó el piloto de una prueba para medir relación entre emociones y uso de colores, y se hizo en general un reconocimiento de nuestra propia percepción y posición, como miembros de la comunidad universitaria, frente a la *justicia bajo sus propias manos*.

En la segunda fase se recolectaron los resultados tanto cuantitativos

como cualitativos. En cuanto a los resultados cuantitativos se pudo evidenciar que la media muestral en la prueba usada para medir empatía se encuentra por debajo de la media poblacional. Lo anterior sugiere la necesidad de revisar cómo nos encontramos los bogotanos y los distintos grupos sociales que componen la ciudad en niveles de empatía. En cuanto al análisis del discurso se han identificado, por el momento, cuatro categorías que parecen fundamentales para comprender el fenómeno de la *justicia bajo sus propias manos*: (a) la percepción que tienen los estudiantes sobre la eficacia de las instituciones que representan la justicia y la ley, (b) la influencia que ejerce el grupo en la movilización de las opiniones de los individuos que participaron, (c) la disolución de la responsabilidad moral frente a este tipo de fenómenos, y (d) la incidencia que tuvo la presentación de los videos reales en el rechazo a las formas de justicia que implican violencia extrema.



“ Se espera que este material sirva para las futuras intervenciones en grupos externos a la comunidad universitaria. ”

*Fotografía autor(es)

Precisamente, por lo notorio de la primera categoría de análisis se inició la elaboración de un nuevo proyecto investigativo que involucre a la Policía Nacional. Este, que fue resultado de la experiencia anterior, ya fue aprobado para su financiación y actualmente está en ejecución (2017-2018).

Finalmente, como parte de la tercera fase algunos de los estudiantes del semillero Arte, Cognición y Cultura participaron en la Red Colombiana de Semilleros de investigación del 2016, en donde se dio a conocer la investigación antes mencionada. Además, una de las estudiantes participó en el “1er. Congreso Internacional de Educación y Sociedad: El Papel de la Educación en la Construcción de la Paz” donde presentó algunos elementos sobre la necesidad de la educación para la paz. Por parte, los docentes han presentado elementos de la experiencia y resultados de la investigación en dos congresos internacionales, uno sobre salud mental en Argentina, y otro sobre *saberes psi* en Brasil. En ambos congresos resultó de interés el proyecto, la temática y la complejidad metodológica con que hemos trabajado; puesto que la *justicia bajo sus propias manos*, al igual que los problemas relacionados con la falta de empatía, trasciende las fronteras de toda Latinoamérica.

Actualmente se encuentra en proceso de publicación la cartilla

que se elaboró entre agosto del 2016 y marzo del 2017, con elementos educativos sobre convivencia ciudadana, cultura ciudadana y empatía. Se espera que este material sirva para las futuras intervenciones en grupos externos a la comunidad universitaria. Así mismo los estudiantes que se han visto involucrados en la experiencia se han convertido en los principales artífices en la divulgación de la experiencia en sus comunidades. En las cuales han logrado, según sus propios relatos, reinterpretación y comprensión de las problemáticas que acarrea la *justicia bajo sus propias manos*. Así, en sus diversos roles —como hijos, hermanos, amigos, compañeros, empleados y ciudadanos— han logrado llegar con su aprendizaje a diferentes contextos en los cuales desde su experiencia están siendo gestores de transformación social, al implementar nuevas dinámicas en la resolución de conflictos.

Educar desde la Identificación con Nuestra Ciudad

Ante la necesidad de generar un impacto mayor del trabajo realizado, así como potenciar los cambios derivados de la experiencia, se sistematizaron los resultados en forma de un material educativo didáctico. La cartilla *Yo soy Bogotá y ¿tú?* está dirigida, por grupos de edad, a personas que residen en Bogotá. Crear una cartilla que puede ajustarse a un periodo del desarrollo humano

—con ejercicios, explicaciones y material relativo a sus intereses y capacidades psicológicas— permite reconocer la importancia de cada uno de los miembros que componen la ciudadanía. Es así como la cartilla se encuentra dividida en tres partes; para la infancia, la juventud y la adultez. Así mismo, los temas a trabajar fueron divididos en tres ejes centrales: reconocimiento emocional, empatía y *justicia bajo sus propias manos*. Debido a la necesidad de llegar a varios sectores de la ciudad, la cartilla fue diseñada para ser virtual e interactiva. Para ello se dispusieron recursos económicos para el diseño y montaje de la cartilla en la web. Se espera a mediano plazo validar y enriquecer las actividades de la cartilla a través de aplicaciones con los distintos grupos poblacionales en presencia de los investigadores.

Recursos

En un primer momento, esta experiencia contó con la financiación del Sistema Nacional de Investigación de UNIMINUTO a través de la V Convocatoria para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Investigación por el periodo de un año. Gracias a este apoyo se logró la adquisición de los materiales e insumos necesarios para la ejecución como papelería, refrigerios, material audiovisual, plumones y bonificaciones para los participantes. Además de eso, la Institución Universitaria facilitó el espacio físico donde se capacitaron los miembros del semillero y

se ejecutó el experimento (i.e., salones de clase, cámara de Gesell y espacio propio para análisis de datos). Igualmente, gracias a la enorme acogida que tuvo el proyecto en diferentes espacios de divulgación, se decidió participar en otra convocatoria para la continuación de la segunda fase que actualmente se encuentra en curso, en la cual se pretende involucrar a la Policía Nacional⁶.

Vale la pena resaltar que actualmente se cuenta con tres practicantes en el área de investigación que están dedicados de tiempo completo al desarrollo de la segunda fase del proyecto. Dos de ellos se encuentran beneficiados con un contrato de aprendizaje que les garantiza recursos financieros para la dedicación completa. Además, se reconoció al proyecto en la Convocatoria Jóvenes Investigadores e Innovadores en alianza SENA-Colciencias (Convocatoria 743) con una beca para un nuevo practicante que ingresará al proyecto en 2017-2. Así mismo, dado el interés que esta experiencia ha generado y a la difusión a través de los participantes, el semillero se ha fortalecido con más de 20 nuevos miembros. Dicho interés no solo permite ampliar los alcances del trabajo realizado, sino también resaltar el efecto de agentes multiplicadores de cultura ciudadana frente a la complejidad de la problemática de la *justicia bajo sus propias manos*.

Reflexiones

Muchos de los fenómenos de violencia que vemos a diario han sido naturalizados en una sociedad saturada de información. Muchos de ellos se consideran la conclusión obligada ante situaciones que aunque no nos son ajenas, resultan responsabilidad de otro. Este es el caso de la *justicia bajo sus propias manos*, un fenómeno que a pesar de haber sido viral en noticieros, redes sociales y periódicos resulta extraño, normal o ajeno para los participantes. Incluso dentro del mismo grupo investigativo, varios ejemplos demostraron cómo a pesar de usar el concepto no lo asumían como una forma de violencia o incluso lo confundían con otros actos vandálicos en que los participantes salen heridos. El generar experiencias significativas en una comunidad tiene que partir de un reconocimiento de aquel fenómeno que se va a trabajar, así como sus consecuencias y alcances.

Así mismo, es pertinente recordar que el trabajo con grupos de personas implican imprevistos que muchas veces, a pesar de haber hecho un trabajo juicioso, resultan inevitables. El tratar temas con alta carga emocional puede mover fibras a un nivel más profundo del que se ha considerado al principio. Este fue el caso de un participante que pocos días antes de la experiencia fue víctima en un escenario del fenómeno de

justicia bajo sus propias manos. De dicho evento lamentablemente resultó herido en el pecho. Al traer el tema durante la entrevista, el participante rememora los sucesos entrando en una crisis. Ese momento no contemplado se tuvo en cuenta para el entrenamiento realizado en la Fase 1 con los investigadores, quienes hicieron un adecuado tratamiento de la información. Así mismo, se mostró la utilidad de la Fase 3 para garantizar el bienestar psicológico de los participantes.

Finalmente, construir un escenario de paz y convivencia ciudadana implica un reto para la sociedad y psicólogos interesados en contribuir a dicha construcción.

El principal rival a vencer, muchas veces, puede ser la imposibilidad de generar resultados rápidos y cuantificables, así como de generar los recursos humanos y económicos lo suficientemente sólidos para una experiencia con un final satisfactorio. Afortunadamente la experiencia aquí descrita, cuyos propósitos iniciales fueron modestos al igual que sus recursos económicos y humanos, logró potenciar y visualizar una experiencia que hoy en día se ha fortalecido y ha logrado crecer a un ritmo no esperado. Los resultados inadvertidos que potencian la necesidad de seguir trabajando en estos temas muchas veces vienen de los comentarios de pares profesionales, de los participantes

y de la satisfacción de hacer parte de un equipo que día a día crece y posibilita desarrollar, pulir, complementar el trabajo realizado en pro de experiencias más significativas para sus participantes y las comunidades a las que estos pertenecen.

Agradecimientos: El proyecto nace desde procesos educativos en investigación dentro del programa de Psicología y gracias al trabajo activo de los miembros del *Semillero de Arte, Cognición y Cultura* durante toda la experiencia: Johanna Velásquez, Lina Suarez, Viviana Puentes, Leidy Garzón, Daniela Cuervo, Laura Nova, Tatiana Acosta, Melissa Gutiérrez, Tania Díaz, David Bajonero y todos aquellos que están en el proceso de vinculación. Finalmente, agradecemos el trabajo de la líder de investigación del Programa, Ps. Mayerli Prado, por apoyarnos desde la parte institucional en el desarrollo de esta experiencia.

Referencias

Alvarito, R. & Schwartzman, C. (2014). *Ajusticiamientos populares como respuesta punitiva social en la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Fundación Cijuso.

Arte, Cognición y Cultura. (s.f.). Semillero de Arte Cognición y Cultura. Recuperado de <http://artecognicionycultura.weebly.com/nosotros.html>

Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163- 175.

Bogotá Cómo Vamos. (2016). *Encuesta de percepción ciudadana 2016* [6 de diciembre 2016] Recuperado de <http://www.bogotacomovamos.org/documentos/encuesta-de-percepcion-ciudadana-2016/>

Dane. (2016). *Encuesta de Convivencia y Seguridad Ciudadana*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/seguridad-y-defensa/encuesta-de-convivencia-y-seguridad-ciudadana-ecsc>

Decety, J., & Ickes, W. (2011). *The social neuroscience of empathy*. Massachusetts: MIT Press.

Flórez, S. J. (15 de marzo de 2016). Un muerto por linchamiento cada tres días en Bogotá. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com>

Metro-Publimetro. (10 de agosto de 2015). Vuelve y juega, los bogotanos siguen haciendo justicia por mano propia. *Publimetro*. Recuperado de <https://www.publimetro.co>

Mestre, M., Samper, P., & Frías, M. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227- 232.

Sabogal, J. F. (5 de junio de 2015). ¿La gente se tomó la justicia por sus manos? Videos publicados en redes sociales muestran a turbas atacando sin piedad a presuntos delincuentes. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/>

⁶ Convivencia Ciudadana: Manifestaciones de la empatía en policías de la ciudad de Bogotá frente al fenómeno ciudadano de "*justicia bajo sus propias manos*", ganador de la IV Convocatoria interna de proyectos de investigación para el fortalecimiento de la investigación interdisciplinar e interinstitucional 2017 UNIMINUTO - Sede principal (en curso)

Desarrollo de la Gestión Emocional para el Fomento de la Convivencia Empática y una Ciudadanía Consciente en el ITI Francisco José de Caldas IED



Hernán Camilo Castillo⁷
Castillo Organización, Bogotá

En las últimas décadas se ha revalorado la influencia de las emociones en la vida del ser humano y con mayor atención en el desarrollo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes. Desde entonces han aumentado estudios científicos que revelan cómo programas de gestión emocional pueden convertirse en estrategias para intervenir y prevenir fenómenos que afectan a las comunidades educativas; entre los que se hallan el acoso escolar, agresividad, pasividad, bajo rendimiento escolar, estrés crónico, trastornos comportamentales, entre otros.

Los resultados de investigaciones e iniciativas en el campo escolar, fundamentados en un trabajo multidisciplinar (entre neurociencias, pedagogía, la psicología y la filosofía oriental-budista) convergen en resaltar el valor de las emociones en las dinámicas académicas y de convivencia. Además resaltan el concepto de *mindfulness*⁸ que —si se considera su origen en el budismo— ha sido un componente básico para el desarrollo de la autoconciencia y el “darse cuenta” del presente, sobre todo en situaciones demandantes y estresantes para el estudiante, el docente o el padre y madre (Davidson et. al., 2012).

Los niños, niñas y adolescentes que aprenden y dominan las habilidades sociales y emocionales, les ayudan en las interacciones con los demás, incluso en el rendimiento académico. Numerosos estudios han señalado que los estudiantes que poseen estas habilidades son más felices, tiene más confianza en sí mismos y son más competentes como estudiantes, miembros familiares, amigos y trabajadores. Al mismo tiempo, tienen menos predisposición al abuso de drogas o alcohol, la depresión y la violencia (Lantieri & Goleman, 2009).

Bajo este marco se implementó el proyecto Desarrollo de la Gestión para el Fomento de la Convivencia Empática y una Ciudadanía Consciente en el ITI Francisco José de Caldas IED. En el cual se realizaron actividades pedagógicas dirigidas a estudiantes, docentes y padres dentro de la Institución para sensibilizarlos y generar mayor conciencia en el manejo de las emociones.

“ Los niños, niñas y adolescentes que aprenden y dominan las habilidades sociales y emocionales, les ayudan en las interacciones con los demás, incluso en el rendimiento académico. ”



*Fotografía autor(es)

Esferas Componentes del Proyecto

El proyecto se implementó en las esferas vitales de la Institución, con una muestra constituida por: 100 estudiantes representantes de los diferentes cursos, 150 padres y madres del consejo de padres y 271 docentes de la institución. Los estudiantes que participaron en el proyecto fueron del grado sexto al grado décimo, 76 del sexo masculino y 24 del sexo femenino, 80 de estrato 3, 12 de estrato 4 y 8 de estrato 2. Los estudiantes se caracterizaron por llevar a cabo dos jornadas en la institución: una académica y otra técnica con diferentes especialidades (i.e., mecánica industrial, mecánica automotriz, electricidad y electrónica, dibujo

técnico, metalistería, fundición y metalurgia, y ebanistería). Esta exigencia suscita en los estudiantes un mayor grado de responsabilidad, autocontrol, crítica frente a su medio social; al tiempo que se pueden evidenciar otras situaciones como estrés crónico, aburrimiento, bajo nivel escolar, ausencias, espacio propicio para realizar acciones disruptivas (e.g., relaciones sexuales y consumo de sustancias psicoactivas ilegales).

Actividades

El colegio ITI Francisco José de Caldas IED en la localidad de Engativá de la ciudad de Bogotá fue la institución en la que se llevó a cabo el proyecto. Se implementaron talleres prácticos de hora y media con grupos de

máximo veinte personas. Se realizaron cinco talleres con estudiantes y una conferencia a los grupos participantes de estudiantes, en la cual se abarcó el segundo tema de taller el día 30 de julio del 2015. La baja asistencia de los padres en los dos primeros talleres llevó a concertar con el Colegio el desarrollo de una conferencia para incluir los tres temas de los talleres pendientes; esta actividad se llevó a cabo el 20 de agosto del 2015. Por dificultades de horarios y por iniciativa de la rectora de la institución se desarrollaron dos talleres a docentes y un evento que se efectuó el 24 de octubre del 2015, al cual asistieron 103 docentes de 217, dentro de la presentación de proyectos efectuados bajo los parámetros del

7 Psicólogo. Correo electrónico: castillo.researcher@gmail.com

8 Es la conciencia de prestar atención deliberadamente a la experiencia del momento presente sin elaborar juicios de valor (Moscoso, Reheiser, & Hans, 2004). Sin embargo, cabe señalar que hay factores y procesos subyacentes complejos para una visión objetiva científica que está en proceso de investigación

9 Con la Fundación Generación Viva la vida 2013 (talleres de asertividad para estudiantes y conferencias a padres sobre pautas de crianza), Castillo Organización 2014 (desarrollo de habilidades sociales y emocionales - DHASE, talleres experienciales a estudiantes) y RedFamilia (conferencias a padres y madres)

Plan Integral de Educación para la Ciudadanía y la Convivencia (PIECC).

Desde la perspectiva de educar para una ciudadanía justa y con equidad, los PIECC tienen dos propósitos fundamentales. Por un lado, se espera transformar las relaciones de poder jerárquicas y opresoras —presentes en muchos colegios— en relaciones de poder equilibradas, colaborativas y constructivas. Por otro, posicionar a la Institución educativa como un motor de transformación social en la comunidad de la que es parte (Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría de Educación del Distrito, 2014).

Las actividades con los estudiantes y docentes se llevaron a cabo en el teatro de la Institución, el cual facilitó la logística y operatividad de las actividades para proyectar videos con sonido y generar reflexiones. El Salón Rojo (auditorio de la Rectoría) fue el escenario para el desarrollo de las actividades con los padres y madres. Los eventos fueron apoyados por el Departamento de Orientación y Logística que facilitó las herramientas audiovisuales.

Origen del Proyecto

La iniciativa del proyecto surgió tras dos procesos filantrópicos⁹ llevados a cabo en la Institución entre el 2013 y 2014, donde se implementaron talleres a las tres esferas de la institución (i.e., padres y madres, estudiantes y docentes). Los vacíos y sostenibilidad de los mismos dieron lugar a una reestructuración en cuanto a procesos, presupuesto y organización. Detectadas las necesidades y dificultades de la cobertura se concordó con la Institución la implementación del proyecto a los líderes de las esferas de la comunidad educativa (consejo estudiantil y consejo de padres) junto con los docentes.

El Departamento de Orientación en Congruencia con las evaluaciones de los años anteriores apuntó a buscar mejor convivencia —entre estudiantes e incluso entre docentes—, gestión emocional, capacidad de autocontrol y mayor consciencia de las acciones. Lo anterior, para prever consecuencias no deseadas como malos tratos de estudiante a estudiante (con baja ocurrencia de estudiante a docente), distracción en clase (la cual se evidenció en talleres del 2013 y 2014), peleas como formas de solución de conflictos, y consumo de alucinógenos que resultan en bajo rendimiento académico y en deserción.

Algunas de estas actividades disruptivas traspasan los muros del colegio afectando la imagen de la Institución y de la percepción suscitada por los transeúntes sobre los estudiantes. La preocupación suscitada señala la importancia del fortalecimiento de la conciencia y la motivación de las acciones positivas en el entorno; los cuales constituyen parámetros que son sensibles de relajarse en las diferentes dinámicas ciudadanas.

En conjunto con lo que se concordó entre la Organización y el Colegio, el marco conceptual del PIECC señala claramente la búsqueda de una mejor convivencia y ciudadanía, conceptos que encajan con lo propuesto.

Objetivo

El objetivo de la presente estrategia fue promover la implementación de la gestión emocional y las técnicas de mindfulness para generar una convivencia empática y una conciencia ciudadana, contribuyendo y fortaleciendo al proyecto PIECC en estudiantes, padres y docentes en el ITI Francisco José de Caldas IED de la ciudad de Bogotá. La metodología para el desarrollo de la estrategia giró en torno a la implementación de talleres que buscaron el despliegue de un aprendizaje significativo y semipersonalizado. Además de evidenciar a través de productos físicos, y la percepción de la comunidad, el impacto de la estrategia.

Organización y Metodología

En congruencia con la misión de Castillo Organización se presentó el proyecto a la convocatoria del programa PIECC de la Secretaría de Educación en la Institución. Una vez aprobada, se convocó al grupo base de la organización: Gustavo Urrego, Sandro Montenegro, Johanna Herrera, Marcela Sepúlveda y Camilo Castillo. Computador, fotocopias, elementos pedagógicos, refrigerios, y pasajes fueron aportados por la organización hasta el desembolso del recurso económico de parte de la Secretaría de Educación del Distrito.

Para la implementación del proyecto se estimaron niveles a seguir de acuerdo con la estructura desglosada de trabajo. En el primer nivel, de Componentes, se realizó la conformación de grupo con profesionales capacitados para la mediación, el modelo de talleres experienciales y evaluación de perspectiva externa. En el segundo nivel, de Productos, se formalizó el equipo de mediadores, talleres experienciales, conferencias, y un informe y evaluación de percepción externa. Tercer nivel, de Entregables, consistió en mediadores en los espacios asignados para el desarrollo de la actividad a la hora estipulada, la elaboración de guías de talleres sobre el plan temático, realización de reuniones de trabajo para elaborar las guías y aclarar dudas, enfoque del trabajo según los imprevistos y realimentar. A su

“ El objetivo de la presente estrategia fue promover la implementación de la gestión emocional y las técnicas de mindfulness para generar una convivencia empática y una conciencia ciudadana ”

vez, este nivel también acogió tipos de actividades en la sesión, tiempos que toman en implementarse y reuniones con el departamento de orientación para enfocar los temas según las problemáticas señaladas. El cuarto nivel, de Paquetes de trabajo, abarcó el proceso de selección y convenio con profesionales para la mediación, capacitación a los profesionales (i.e., inteligencia emocional y social, mindfulness y habilidades comunicativas), programación del margen de tiempo del proyecto y entrevista no estructurada con el Departamento de Orientación para reconsiderar enfocar temáticas.

A nivel operativo la principal etapa fue la de tercer nivel, cuando los mediadores (seleccionados y capacitados) realizaron los diferentes talleres. Los espacios en un 80% estuvieron a disposición, junto con las herramientas mediales (video y sonido), cuando no estaban a disposición se buscaron alternativas (salones de clase o zonas verdes). Los talleres experienciales consistieron en que los estudiantes, padres, madres y docentes realizaran el ejercicio de mindfulness y compartieran su sentir. Se hicieron ejercicios de “rompe hielo” o relajación. La temática se trabajó a través de dinámicas que enfatizaron la conclusión personal o grupal para que los mismos participantes construyeran su propia reflexión y su práctica en la vida diaria. Por ejemplo, la importancia de reconocer la emoción del otro para realizar determinada acción en procura del bienestar colectivo.

La baja asistencia de padres, madres y docentes; espacios ocupados, horarios cruzados por parte de los estudiantes (e.g., los talleres se realizaban al medio día, estudiantes de la mañana terminaban agotados de su jornada y los de la tarde llegaban tarde) fueron motivos para reconsiderar la implementación de los talleres y modificarlos a manera de conferencias, lo cual resolvió el problema de la asistencia. Adicionalmente, se efectuó en 2016 una investigación de corte descriptivo y se contempló el enfoque del proyecto dirigido a primaria y preescolar.

Principales Resultados

Los resultados obtenidos en la comunidad de docentes fueron reconocidos ampliamente por las directivas y los docentes participantes quienes manifestaron interés en el desarrollo de los talleres y la conferencia, y en la puesta en práctica en otros contextos de las habilidades aprendidas. La sensibilización llevó a nuevos lenguajes en la comunicación entre docentes reflejados en señalar comportamientos preventivos ante factores de riesgo como el estrés crónico, síndrome de *burnout* y carencia de gestión emocional; además hubo una percepción de mejoría de dinámicas entre docentes a partir de un lenguaje cordial y se evidenciaron atenciones en ejercicios —que se implementaron en el salón— liderados por los docentes.

“
La sensibilización llevó a nuevos lenguajes en la comunicación entre docentes reflejados en señalar comportamientos preventivos ante factores de riesgo como el estrés crónico, síndrome de *burnout* y carencia de gestión emocional
”



*Fotografía autor(es)

En el consejo estudiantil, los adolescentes mostraron sus inquietudes frente al manejo de las emociones y los pensamientos recurrentes que en los talleres se aclararon desde estrategias pedagógicas, en las cuales los mismos estudiantes hallaron o cayeron en cuenta de la respuesta asertiva. En el transcurso de los talleres se mostraron más empáticos y conscientes de sus acciones, las situaciones recurrentes eran insumo para lograr un aprendizaje significativo y práctico. Al final de los talleres señalaron la curiosa capacidad para sentirse más relajados en situaciones de alteraciones y un comportamiento con predominio a la tranquilidad. Curiosamente algunos estudiantes hombres, señalaron más capacidad de concentración en las actividades

académicas y las adolescentes mejores relaciones con sus pares. Se resaltó en los estudiantes gran capacidad de análisis en los temas subjetivos. Por tal razón, se facilitó la receptividad en el tema de la gestión emocional y cómo esta puede afectar las relaciones personales y su desenvolvimiento en cualquier contexto social.

Con el consejo de padres se sensibilizó en dos aspectos, la importancia de la tranquilidad a la hora de corregir y junto con ello la inteligencia emocional para lograr tal estado de tranquilidad, aún ante las situaciones adversas suscitadas por acciones de sus hijos. El segundo aspecto de sensibilización giró en torno a la atención y enaltecimiento de las capacidades de los hijos e hijas que, fortalecidas, son capaces de convertirse en

factor protector e incluso en proyecto de vida. Los padres y madres que asistieron manifestaron interés por los temas expuestos, además de buscar iniciativas para promover las habilidades para la vida, la gestión emocional y mindfulness desde el hogar.

El efecto más próximo y evidente fue la percepción de mejores dinámicas de respeto y empatía entre docentes y estudiantes, que subyace de los aprendizajes que dieron lugar a un autoconocimiento donde las emociones, la empatía y la amplitud de la atención en la vida diaria fueron los principales fundamentos. Las respuestas de docentes, estudiantes, padres y madres dieron lugar a reconocimientos por parte de la rectoría, con la pedagogía y las temáticas de talleres y conferencias; lo que llevó a valorar el tema que rodea las emociones y considerar la continuidad de proyectos de este enfoque.

Sostenibilidad y Continuidad

Proyectos, como el que se señala, son productos de la misión de Castillo Organización que busca espacios de financiamiento e implementación para iniciativas sobre la inteligencia emocional y social y mindfulness. La sostenibilidad depende de los resultados percibidos o evidenciados a través de investigaciones que incentiven en las autoridades máximas de

las instituciones su continuación. Adicionalmente, la gestión y búsqueda de convocatorias para la sostenibilidad de acciones filantrópicas es una constante en la Organización. Los resultados han llevado a la réplica de proyectos en dos colegios de Bogotá (i.e., IED Juan Lozano y Lozano e IED La Gaitana) y en un colegio de Tocancipá (i.e., IED Técnico Comercial).

Gracias a la capacidad de la Organización y del potencial del proyecto que se presenta se ha permitido su continuidad en la Institución. En 2016 el proyecto se denominó Educación Emocional como Estrategia para el Fomento de las Habilidades para la Vida y Prevención de Factores de Riesgo. Fue dirigido a estudiantes, docentes, padres y madres de preescolar y primaria, implementando los proyectos DHASE, y semilleros Grupo semillero, Claramente y RedFamilia.

En 2017, la iniciativa denominada Educar el Corazón busca mayor cobertura y resultados

cuantitativos producto de una investigación científica. Ha sido gestionado en otras instituciones y se espera la aprobación de presupuesto en dos colegios. De esta manera, la organización busca ampliar su capacidad y ser reconocido en el medio por su enfoque investigativo, la pedagogía emocional y la aplicación de mindfulness.

“
En 2016 el proyecto se denominó Educación Emocional como Estrategia para el Fomento de las Habilidades para la Vida y Prevención de Factores de Riesgo.
”



*Fotografía autor(es)

Aprendizajes

El presente proyecto sentó bases importantes para prever y considerar varios factores operativos y teórico-prácticos. A nivel pedagógico y didáctico hay tres aprendizajes. En primer lugar, la implementación del proyecto y sus estrategias deben llevarse a cabo desde el principio del año escolar para llegar a la mayor cantidad de estudiantes. Deben respetarse los horarios de los estudiantes de las diferentes jornadas; por ende, los talleres deben tener un carácter transversal en la jornada académica. En este sentido, dado que el Colegio cuenta con una cobertura de estudiantes tan amplia se buscaron estrategias de réplica, como las realizadas por la Organización en el 2016. En segundo lugar, con relación al trabajo con padres y madres se requiere la búsqueda de herramientas prácticas y sencillas para ser apropiadas en el hogar. En tercer lugar, el trabajo con los docentes implica la realización de talleres más reducidos en cuanto a número de participantes y tiempo para que puedan involucrarse activamente y lleven los conocimientos al aula de clase.

En cuanto a la propuesta técnica, se requiere una profundización teórica que constituya un factor diferencial que comprometa a

llevar más actividades formativas y experimentales para generar procesos innovadores que generen resultados comprobables en las comunidades a trabajar. El perfil está enmarcado en la inteligencia emocional y social, la asertividad, la gestión emocional, la promoción del optimismo pragmático, el valor de la pasión y la fe (no religiosa).

Adicionalmente, la introducción progresiva y sencilla al mindfulness es un factor que se trabajó en el 2016 y que constituyó una catapulta para el aprendizaje de la inteligencia emocional y social, junto con los otros ítems teóricos sobre una salud mental y convivencia sana. Numerosos estudios han demostrado que el mindfulness puede ser utilizado con éxito para reducir multitud de síntomas negativos físicos y psicológicos (incluyendo el estrés, la ansiedad y la depresión), así como para mejorar el bienestar general de las personas (Baer, 2003; Brown et al., 2007). Tanto docentes como estudiantes pueden padecer multitud de problemas de tipo físico y psicológico. Hoy día los estudios evidencian que el mindfulness reduce los niveles de estrés, ansiedad y depresión, tanto en profesores como en alumnos (Jain et al., 2007; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007) y el mindfulness mejora la regulación emocional y cultiva estados psicológicos

positivos (Broderick, 2005; Ditto, Eclache y Goldman, 2006; Jain et al., 2007 citados en Mañas, Franco, Gil & Gil, 2014).

Un último grupo de aprendizajes implica reconocer la perseverancia para llevar a cabo proyectos de esta índole que promueven temas —que a veces se soslayan de la religiosidad o espiritualidad— como el mindfulness. Es importante observar los efectos pequeños como un estímulo para seguir y corroborar el camino elegido; el cual guarda un sentido filantrópico, emprendedor y de mayor interés en experimentar y aprender más sobre el tema de las emociones y mindfulness.

La curiosa, innovadora y destacable convergencia de las investigaciones en neurociencia, ciencia cognitiva, ciencia del desarrollo y educación, con las ideas de las tradiciones contemplativas que buscan el avance de cualidades virtuosas, es un insumo fundamental para el trabajo que se ha llevado a cabo en las instituciones educativas. En congruencia, son otras iniciativas que apuntan a una nueva educación que incluya de manera transversal las habilidades emocionales y sociales y donde la atención, la empatía y la compasión sean su eje (Davidson et al., 2012).

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría de Educación del Distrito. (2014). *Documento Marco: Educación para la ciudadanía y la convivencia*. Bogotá: Bogotá Humana.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.

Broderick, P. (2005), "Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction", *Cognitive Therapy and Research*, vol. 29, pp. 501-510.

Brown, K., Ryan, R., & Creswell, J. (2007), "Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects", *Psychological Inquiry*, vol. 4, pp. 211-237.

Davidson, J., Dunne, R., Eccles, J., Engle, J., Greenberg, A., Jennings, M., & Roeser, R. W. (2012). Contemplative practices and mental training: Prospects for American education. *Child Development Perspectives, 6*(2), 146-153.

Ditto, B., Eclache, M., & Goldman, N. (2006). "Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation", *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 32, pp. 227-234.

Jain, S., Shapiro, S., Swanick, S., Roesch, S., Mills, P., Bell, I. & Schwartz, G. (2007), "A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction", *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 33, pp. 11-21.

Lantieri, L. & Goleman, D. (2009). *Inteligencia emocional infantil y juvenil: Ejercicios para cultivar la fortaleza Interior en niños y jóvenes*. Barcelona: Aguilar.

Mañas, I., Franco, C., Gil, M., & Gil, C. (2014). Educación consciente: mindfulness (atención plena) en el ámbito educativo. Educadores conscientes formando a seres humanos conscientes. Sevilla: Edita: Aconcagua Libros

Moscoso, M., Reheiser, E. & Hann, D. (2004). Effects of a brief mindfulness-based stress reduction intervention on cancer patients. *Psycho-Oncology, 13*(1), S12.

Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). "Self-care for health care professionals: Effects of MBSR on mental well being of counseling psychology students". *Training and Education in Professional Psychology*, vol. 1, pp. 105 -115.

Abordaje de la Diversidad Sexual en un Grupo de Estudiantes Universitarios en Bogotá. Una Intervención Pedagógica de Emergencia en el Aula¹⁰



Reynel Alexander Chaparro Clavijo¹¹

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Javier Illidge Jácome¹²

Universidad Pedagógica Nacional de Colombia, Bogotá

En el contexto educativo, abordar temas relacionados con las identidades lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) que abarquen el espectro de la diversidad sexual y de géneros y que confronten la predominancia de las relaciones heterosexuales, ha sido un asunto que se ha implementado de una manera muy tímida y que sigue siendo controversial en pleno siglo XXI.

¹⁰ La experiencia es una réplica del proyecto Sensibilización para la Intervención Psicológica en Temas de Diversidad Sexual, Componente de Identidad de Género (oficio de aprobación del proceso de selección por méritos AAI-UGP 561 de 2014 – Docente Tutora: María Elvia Domínguez Blanco) en la línea Desarrollo Humano y Extensión a la Comunidad del programa de Gestión de Proyectos, Dirección de Bienestar Universitario, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

¹¹ Psicólogo, Convocatoria 647 de 2014 de Colciencias para Doctorado Nacional. Correo electrónico: rachaparro@unal.edu.co

¹² Profesor Universitario. Correo electrónico: jillidge@pedagogica.edu.co

Esta presunción de que lo normal es ser heterosexual, no llega al aula de clase sin antes pasar por un heterosexismo institucional implícito, en el que las políticas y las acciones propias de la institucionalidad (tales como políticas gubernamentales y sistemas de educación y de cuidados en salud, entre otros) promueven un estilo de vida heterosexual sobre cualquier otro, estableciendo privilegios y excluyendo e incluso discriminando a las personas LGBT (y todo lo que no sea heterosexual), tanto en lo individual como en lo colectivo (Appleby, 1995; Blumenfeld, 1992; Herek, 1990; Hodges & Parkes, 2005, citados en McGeorge & Carlson, 2011).

Y así, a las personas que están en esta posición privilegiada, les resulta difícil identificar y entender cómo se mantiene y perpetúa un sistema opresivo contra otros. Por lo cual es importante que se entienda, en las intervenciones en el contexto educativo, qué tan opresiva puede llegar a ser la influencia *heterosexista* en las vidas de las personas LGBT (Long & Serovich, 2003) e incluso en las mismas personas heterosexuales, al mantenerles en un esquema rígido e inflexible del entendimiento de las relaciones que establecen otras personas.

Detener el Heterosexismo en el Aula de Clase

Algunas sugerencias para intervenir en los contextos educativos van encaminadas a que los estudiantes entiendan la importancia de los temas de diversidad sexual y de una educación inclusiva, en los que se reconoce y se aborda la inequidad de género y se interviene activamente por parte de los docentes, para detener el sexismo y el heterosexismo en las aulas (McCarthy, 2003). Las actividades de intervención tanto dentro como fuera del aula sugieren que los asuntos LGBT, de diversidad sexual y de géneros se reconozcan y se discutan abiertamente para que se genere un diálogo discursivo entre los estudiantes (Gowen & Wings-Yanez, 2014).

Otras recomendaciones van dirigidas a la implementación de un currículo multicultural, cuyo énfasis involucre la identificación de figuras LGBT importantes, el reconocimiento de los movimientos sociales LGBT, la integración de conceptos e ideas desde el punto de vista de las luchas sociales LGBT; y finalmente tomar decisiones y actuar acorde con lo aprendido para lograr cambios sociales (Vecellio, 2012).

También se contempla una estructuración curricular que incluya el tema transgénero (Case, Stewart & Tittsworth, 2009), el manejo de un lenguaje incluyente que cree un ambiente en el que se pueda reclamar el derecho a la identidad LGBT de diversidad sexual y de géneros, se reconozcan la historia socio-política del movimiento LGBT, la diversidad dentro del grupo LGBT, el desarrollo de la identidad LGBT "saliendo del clóset", la parentalidad LGBT y las estructuras familiares, los vínculos con las familias de origen, la comprensión multidimensional de la identidad LGBT en la que se considera la interacción de otras variables como el género y la etnia (Israel & Selvidge, 2003), así como el conocimiento de los recursos de apoyo comunitario (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds & Peplau, 1991; Graham, Rawlings, Halpern & Hermes, 1984; Slater, 1988), tratando de suprimir las suposiciones heterosexistas (Bieschke & Matthews, 1996; Phillips, 2000 citados por Israel & Selvidge, 2003) y el sesgo en la evaluación y en los servicios de salud mental a la población LGBT.

Se reconoce que algunas personas consideran la homosexualidad como "antinatural" o como un pecado (Ritter & Terndrup, 2002), por lo que se sugiere facilitar la autoconciencia, el autoexamen y la aceptación de un conflicto que involucra sentimientos y actitudes, nociones preexistentes acerca de los grupos LGBT, mensajes familiares y sociales y

privilegios heterosexuales y su papel en la formación de actitudes homofóbicas (Borgman, 2009), transfóbicas y de rechazo a todo lo que no sea heterosexual. Otros autores (Godfrey, Haddock, Fisher, & Lund, 2006) recomiendan enfatizar la autorreflexión de los estudiantes, dirigida a examinar los niveles de confort, los valores, los prejuicios sobre sexo, género y orientación sexual y cómo estos pueden tener un efecto en las interacciones con las personas LGBT, así como tener la experiencia de conocer a una persona LGBT para que explique de primera mano las luchas y peculiaridades de ser LGBT.

Complementariamente, consideramos que estas recomendaciones también deberían incluir todo el espectro de diversidad sexual y de géneros, que integre positivamente a las personas transgénero y aquellas inconformes con la categoría género.

“**Resulta de especial interés el análisis de las experiencias del trabajo en aula, con la intención de producir conocimiento desde la práctica que pueda impactar otros ambientes de formación.**”

”

Si bien estas recomendaciones son relativamente recientes, es necesario tener en cuenta que hay una amplia gama de personas que no han tenido la oportunidad de tomar cursos ni talleres, o tener un acercamiento informado actualizado sobre las personas y los temas LGBT, de diversidad sexual y de géneros.

Identificación de una Situación Problemática en el Aula

Fundada en 1955, la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) es una institución pública colombiana de educación superior que se dedica a la formación de licenciados en varias disciplinas agrupadas en cinco facultades. La característica principal de la UPN es formar profesionales en diferentes áreas con énfasis en el componente pedagógico, pues su misión es preparar a los futuros educadores del país. La Facultad de Bellas Artes de la UPN cuenta con tres licenciaturas: Música, Artes Escénicas y Artes Visuales. El currículo de la Licenciatura en Música contempla como parte de su ciclo de fundamentación las cátedras de Historia de la Música, que abarcan desde las culturas antiguas hasta la música contemporánea.

Con el propósito de brindar una mejor formación disciplinar, las propuestas pedagógicas de la enseñanza de la historia (así como de otros campos del saber) buscan la manera más holística de

construcción de conocimiento en los procesos de aula, dinamizándolos, haciéndolos más interesantes y enriquecedores. Las nuevas perspectivas del pensamiento analítico tienen múltiples conexiones con otras disciplinas y es el carácter integrador de esas diversas disciplinas el que posibilita enriquecer el estudio de la música. Es por eso que una descentralización del conocimiento con multiplicidad de perspectivas tiene aspectos positivos que se deben aprovechar, como el enriquecimiento mutuo de diversas tendencias (Carr, 1984; Nagore, 2004).

Resulta de especial interés el análisis de las experiencias del trabajo en aula, con la intención de producir conocimiento desde la práctica que pueda impactar otros ambientes de formación. La sistematización de experiencias se ha convertido en una estrategia para comprender más profundamente las prácticas de intervención y acción social, para recuperar los saberes que allí se producen y para generar conocimientos sistemáticos sobre ellas (Torres, 2006).

Es por eso que el programa contiene una propuesta que incluye la crítica del punto de vista hegemónico tradicional, tratando de lograr una visión más pluralista, dándole un vistazo a la sociedad y a los procesos históricos, políticos y económicos que determinaron la época en la que se desarrollaron las músicas objeto del programa. Se evidencian, por ejemplo, las diferencias de clases o el rol de la

mujer en un contexto dominado por figuras masculinas, vinculando en todo caso el papel importante que unas y otras cumplieron en esos procesos históricos. Rescatar lo oculto, lo excluido y lo invisibilizado en muchos textos de historia, permite analizar aspectos que dan un soporte contextual a los procesos socioculturales que están vinculados al énfasis histórico.

Fue justamente en el análisis del rol de la mujer en la música, en el arte y en la sociedad del siglo XIX —en una actividad de aula con uno de los grupos del segundo semestre del 2014— que se suscitó toda una discusión a partir de una frase que llamaba la atención hacia la igualdad de derechos para mujeres y hombres: “Las libertades, los derechos y la igualdad jurídica que habían sido las grandes conquistas de las revoluciones liberales, no afectaron a la mujer”. Como estrategia de análisis se hizo una pregunta al grupo tratando de contextualizar esa misma lucha de esas mujeres en comparación con nuestra realidad actual en el siglo XXI: ¿no creen ustedes que esa misma igualdad de derechos se le debería garantizar hoy en día a todas las personas?

En medio del debate que en ese momento había sobre la adopción igualitaria por parte de parejas del mismo sexo y el reconocimiento de la igualdad de derechos, se evidenció la manifestación de prejuicios

negativos y una clara postura discriminatoria por parte de varios estudiantes hacia personas LGBT. Así también, se identificaron otras posturas de aceptación de diferentes orientaciones sexuales e identidades de género. Al finalizar la sesión se evidenció la prevalencia de una gran desinformación acerca del tema de diversidad sexual.

Al terminar la sesión —sin concluir la discusión— surgió la preocupación de cómo sería el futuro desempeño de estos profesores, ahora en formación, si continúan teniendo tantos prejuicios negativos para enfrentar la realidad de una sociedad plural que es atravesada por el ejercicio de diferentes sexualidades, orientaciones e identidades. La preocupación condujo a buscar una estrategia para que estos estudiantes tuvieran mayor información en aspectos relacionados con la diversidad sexual y de géneros, reconociéndolos como un grupo heterogéneo en este sentido.

Como era necesario establecer con los estudiantes el paralelo entre lo que supuso (y todavía supone) la lucha de las mujeres con luchas de otros grupos sociales, resultó oportuno llamar la atención en cuanto al trato igualitario que se debe dar a todas las personas. Así, como al trato igualitario que tendrán que darle a sus futuros estudiantes, dado que en el programa de la Licenciatura en Música de la UPN

los estudiantes se forman como músicos y docentes. Es por ello que se debía redimensionar el papel de la mujer en el arte y la sociedad del siglo XIX desde las realidades que vivimos en nuestro siglo actual y, al mismo tiempo, establecer el papel que tendrán como futuros docentes.

Implementación de una Estrategia de Intervención en el Aula

Al reconocer estas dificultades y con el ánimo de no dejar pasar esta situación problema, buscando generar una experiencia de aprendizaje, en la siguiente sesión con el grupo se implementó el taller "Sensibilización para la intervención psicológica en temas de diversidad sexual, componente de identidad de género" (Chaparro, 2014). El cual fue previamente diseñado para sensibilizar a estudiantes y profesionales para que sean conscientes de las necesidades de las personas con identidad de género diversa y puedan prestar servicios inclusivos. Aunque el énfasis era el componente de identidad de género, se establecieron contenidos con información complementaria hacia las identidades LGBT.

Se desarrolló un programa de intervención con componentes transformativos según Nelson y Prilleltensky (2005), el cual tiene como fundamento el reconocimiento de la inequidad y la opresión, basadas en estructuras de poder heteronormativo. En este

programa se promueve el respeto por la diversidad sexual humana, sus identidades y sus expresiones, pretendiendo reducir factores de riesgo psicosocial asociados al heterosexismo. Se desea como resultado una conciencia política, de participación social y de adquisición de valores.

En el proceso de intervención se trabajó en solidaridad con Laura Weinstein, una lideresa de la comunidad trans de la ciudad de Bogotá y coordinadora del Grupo de Apoyo y Acción a Personas Trans (GAAT), con amplia experiencia en talleres de sensibilización y abordaje de la diversidad sexual humana. Desde el rol docente y de la psicología comunitaria se trabajó concientizando y compartiendo el poder del conocimiento a través del aprendizaje mutuo, vinculado con el trabajo en solidaridad con Laura Weinstein y el GAAT; retando el estatus quo y pretendiendo crear un cambio social que involucre acciones sociales y políticas en el ámbito de la intervención psicológica y pedagógica, con personas de orientación sexual e identidad de género diversa.

El énfasis de la estrategia de intervención está basado en la hipótesis del contacto (Allport, 1954), que considera que el contacto regular con miembros de diferentes grupos es un medio necesario, aunque no suficiente, para reducir las actitudes negativas y proporcionar información nueva que cambie los estereotipos de los grupos estigmatizados. La

hipótesis del contacto ha recibido soporte empírico que da cuenta de un cambio actitudinal, que puede darse independientemente del nivel de contacto que hayan tenido los participantes con personas homosexuales (Lemm, 2006; Liang & Alimo 2005; Toro & Varas 2004). Así también en un amplio estudio sobre el cambio actitudinal positivo hacia las personas LGBT, Worthen (2013) identifica que la hipótesis del contacto es el predictor más universal de las actitudes hacia las personas LGBT (Smith et al., 2009, citado en Worthen, 2013). Así pues, se consideró la hipótesis de contacto como un buen modelo explicativo de actitudes aprendidas a lo largo de la vida que pueden ser modificadas.

Esta estrategia de también empodera a personas trans en el cambio comunitario y las pone en el eje de intervención de las acciones pedagógicas. Son en sí mismas un modelo a seguir, pues el conocimiento viene de las experiencias de las mismas personas trans, al tiempo que desmitifica la relación de poder en el conocimiento que solo viene de los expertos, de la academia y de las instituciones.

El taller abordó los siguientes temas: ¿quiénes son las personas de identidad de género diversa (sexo y género)?; términos apropiados (apariencias y nombres); la identidad de género y la orientación sexual no son lo mismo; "ponerse el closet", etapas de identificación y reconocimiento de la identidad de género; estatus quirúrgico (nivel de la intervención corporal); heterosexismo orientado al componente de identidad de género y aspectos psicosociales; salud sexual, soporte social y salud mental; consejos para la atención a las personas de identidad de género diversa; creando servicios inclusivos para las personas con identidad de género diversa; y normatividad (Chaparro, 2014).

El taller se complementó con una estrategia de difusión de información escrita. Para ello, el proyecto contó con la elaboración de una [cartilla](#)¹³ que sintetiza los temas abordados (Grupo de trabajo en Intervención Psicológica y Diversidad Sexual, 2014).

Evaluación de la intervención

Una vez finalizada la actividad, el docente recibió todo tipo de comentarios. Iban desde quienes dijeron que la sesión con los invitados había sido un tiempo

perdido y que lo hubieran podido aprovechar haciendo otra cosa, hasta quienes manifestaron que encontraron interesante y útil la actividad realizada. También hubo estudiantes de otros grupos que preguntaron por la actividad y manifestaron que les hubiera gustado participar. A ellos se les dieron cartillas de las que se repartieron dentro de la clase. En un sitio quizás intermedio se encuentran otros comentarios, como que esas actividades no deberían realizarse en la clase sino en otro lugar y momento especialmente destinado para ello, así como quienes señalaron que los que decían eso de todas maneras no habrían asistido.

Posteriormente se envió una evaluación por correo electrónico a los participantes en el taller, en la que se abordaban las siguientes preguntas: "¿Había interactuado previamente con una persona trans antes de la actividad?", "¿Qué aspectos recuerda como importantes o relevantes de la actividad? ¿Por qué son importantes para usted?", "Con la nueva información que tiene acerca de las personas trans y sus experiencias de vida, ¿qué compromisos asumiría para generar un cambio?" y un espacio para sugerencias y comentarios. De esta propuesta evaluativa no se recibió ninguna respuesta.

13 Si bien el acceso a la cartilla fue libre durante un buen tiempo, actualmente su acceso tiene restricciones pues varias personas de forma anónima la etiquetaron como inapropiada y, por lo tanto, ahora es de acceso restringido (para mayores de 18 años). El problema al acceder a la cartilla, es algo reconocido actualmente como una forma de vetar o censurar las publicaciones en la web que tienen algún tipo de relación con asuntos LGBTIQ+ o de diversidad sexual. (Por ejemplo ver el siguiente enlace: http://www.vozpopuli.com/memesis/youtube-modorestringido-YouTubelsOverParty_0_1009699420.html; o este otro: <http://www.eltiempo.com/tecnosfera/novedades-tecnologia/contenidos-lgbt-bloqueados-en-youtube-69760>). Aunque puse esta situación en conocimiento de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Colombia, no ha sido posible quitar este veto.

Conclusiones y Recomendaciones

Para la propuesta de intervención de emergencia en la que se desarrolló este trabajo, la evaluación, el monitoreo y el seguimiento son elementos críticos y de relevancia que se considera que deben ser documentados especialmente porque, aunque se estableció una estrategia de seguimiento a la implementación del taller, ninguno de los estudiantes respondió al llamado. Es importante notar esta tendencia que aparece en varios reportes de la literatura: los participantes o son agresivos (Miller & Mahamati, 2000; Santos, Brandelli, Carpenedo, & Nardi, 2011) o no responden los formularios de evaluación (Chaparro, 2015) y que no está reportada (hasta donde se conoce por los autores) en intervenciones específicas en las que el o la tallerista es una persona trans,

en un contexto de un grupo de estudiantes universitarios que muestran algún grado de hostilidad.

Si bien esta estrategia de intervención se implementó al identificar una situación problemática en la que emergió el tema de diversidad sexual. Se considera indispensable poder evaluar el impacto de estas estrategias, especialmente cuando la duración de la intervención es más extensa y por lo tanto las actividades y el tiempo para una reflexión es mayor. Así también, es necesario tener disponibles estrategias de evaluación de estas actividades, si bien se reconoce que aún constituye un reto metodológico, especialmente cuando la población en la que se interviene tiene actitudes negativas hacia las personas LGBT, la diversidad sexual y de géneros.

Resulta de gran importancia intervenir con personas que tienen y mantienen actitudes negativas explícitas hacia las personas LGBT, ya que es un campo inexplorado en la investigación pues siempre se trabaja con muestras de personas que tienen motivación en conocer sobre el tema.

Para este trabajo se comenta la experiencia desde la perspectiva trans, ya que el abordaje del tema de identidad de género es uno de los menos abordados en estrategias de intervención educativa LGBT, de diversidad sexual y de géneros.

A pesar de las dificultades encontradas, este trabajo es un insumo para que los docentes enfrenten la homofobia, la transfobia y la expresión de estereotipos negativos hacia la diversidad sexual y de géneros por parte de los estudiantes, especialmente cuando se hacen estas declaraciones en el contexto del aula. Es necesario examinar el efecto que tiene este tipo de intervenciones, así como diferentes estrategias pedagógicas en diferentes contextos educativos. Se sugiere realizar talleres de varias sesiones para que se pueda hacer más énfasis en la aplicación, evaluación, y delimitación de estrategias y actividades con mayor potencial pedagógico.

La difusión a través de esta estrategia es pertinente, especialmente a partir de personas trans que hablan desde el

conocimiento de sus experiencias de vida, ya que se les reconoce como expertas en el tema de la identidad de género diferente a la normativa. No se conocen estudios sobre experiencias de intervención pedagógica en contextos hostiles, así como en el que participan personas trans, por lo que se requiere documentar y visibilizar estas experiencias.

La replicación de esta estrategia de talleres cobra especial interés en contextos de violencia hacia las mujeres y hacia orientaciones sexuales e identidades de género no normativas. Es importante documentar las experiencias de intervención en las que se ponen a prueba elementos teóricos relevantes que han mostrado tener un impacto superior sobre otros. En este caso se puso a prueba la hipótesis del contacto para mediar en la disminución de prejuicios negativos hacia las personas LGBT, la diversidad

sexual y de géneros, desde un modelo positivo (una mujer trans y activista) que habló desde sus experiencias personales bajo un modelo estructurado de intervención. Hasta donde se conoce (en revisiones personales de la literatura), no se encuentran documentados estos ejemplos de intervención desde la hipótesis del contacto.

Diferentes organizaciones, especialmente por mandatos jurídicos (e.g., de la Corte Constitucional Colombiana), requieren que se implementen espacios libres de discriminación hacia las personas LGBT, la diversidad sexual y de géneros. Sin embargo, aunque se contó con el apoyo de varias instituciones, se encuentran barreras en la ejecución e implementación efectiva de un cambio actitudinal.

Se requiere que los profesionales se actualicen sobre los temas de diversidad sexual y de géneros, mantengan contacto con organizaciones LGBT y hagan alianzas estratégicas para que las personas LGBT se involucren activamente en los procesos de enseñanza–aprendizaje, considerando que la hipótesis de contacto es reconocida como un componente importante de enseñanza para las cuestiones LGBT, que incluyen la diversidad sexual y de género.

Las estrategias de intervención pedagógica que integran positivamente los asuntos de diversidad sexual en diferentes contextos educativos, son un campo de investigación, evaluación e intervención con mucho potencial, del cual los profesionales en psicología y educación somos los llamados a ponernos al día e intervenir informada y oportunamente.



*Fotografía autor(es)

Referencias

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Perseus Book Publishing.
- Borgman, A. L. (2009). LGB allies and Christian identity: A qualitative exploration of resolving conflicts and integrating identities. *Journal of Counseling Psychology, 56*(4), 508-520.
- Carr, E. (1984). ¿Qué es la historia? (J. Romero, traducción). Barcelona: Ariel (Original publicado en 1961).
- Case, K. A., Stewart, B., & Tittsworth, J. (2009). Transgender across the curriculum: A psychology for inclusion. *Teaching of Psychology, 36*, 117-121.
- Chaparro, R. A. (2014). *Sensibilización para la intervención psicológica en temas de diversidad sexual, componente de identidad de género*. Manuscrito sin publicar.
- Chaparro, R. A. (2015). *Efecto del entrenamiento para intervención psicológica con población de gays, lesbianas y bisexuales* (Tesis de maestría). Recuperada del repositorio de la Universidad Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/49203/1/80058758.2015.pdf>
- Garnets, L., Hancock, K. A., Cochran, S. D., Goodchilds, J., & Peplau, L. A. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. *American Psychologist, 46*, 964-972.
- Godfrey, K., Haddock, S. A., Fisher, A., & Lund, L. (2006). Essential components of curricula for preparing therapists to work effectively with lesbian, gay, and bisexual clients: A Delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*(4), 491-504.
- Gowen, L. K. & Winges-Yanez, N. (2014). Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and questioning youths' perspectives of inclusive school-based sexuality education. *Journal of Sex Research, 51*(7), 788-800.
- Graham, D. L. R., Rawlings, E. J., Halpern, H., & Hermes, J. (1984). Therapists' needs for training in counseling lesbians and gay men. *Professional Psychology, 15*, 482-496.
- Grupo de trabajo en Intervención Psicológica y Diversidad Sexual. (2014). *Proporcionando Servicios Respetuosos e Inclusivos a Personas TRANS (sexo y género diversas)*. Recuperado de: https://issuu.com/gestiondeproyectos/docs/imprimir_cartilla_servicios_respetu
- Israel, T. & Selvidge, M. M. D. (2003). Contributions of multicultural counseling to counselor competence with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling & Development, 31*(2), 84-98.
- Lemm, K. M. (2006). Positive associations among interpersonal contact, motivation, and implicit and explicit attitudes toward gay men. *Journal of Homosexuality, 51*(2), 79-99.
- Liang, C. T. H. & Alimo, C. (2005). The impact of white heterosexual students' interactions on attitudes toward lesbian, gay, and bisexual people: A longitudinal study. *Journal of College Student Development, 46*, 237-250.
- Long, J. K. & Serovich, J. M. (2003). Incorporating sexual orientation into MFT training programs: Infusion and inclusion. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(1), 59-67.
- McCarthy, L. (2003). What about the "T"? Is multicultural education ready to address transgender issues? *Multicultural Perspectives, 5*(4), 46-48.
- McGeorge, C. & Carlson, T. S. (2011). Deconstructing heterosexism: Becoming an LGB affirmative heterosexual couple and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(1), 14-26.
- Miller, K. & Mahamati. (2000). *Not round here, affirming diversity, challenging homophobia: Rural service providers training manual*. Hobart: Outlink. Recuperado de https://www.humanrights.gov.au/sites/default/files/content/pdf/human_rights/Not_round_here.pdf
- Nagore, M. (2004). El análisis musical, entre el formalismo y la hermenéutica. *Músicas al Sur, 1*.
- Nelson, G. & Prilleltensky, I. (Eds.). (2005). *Community psychology: In pursuit of liberation & well-being*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Ritter, K. & Terndrup, A. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. New York: Guilford Press.
- Santos, C., Brandelli, A., Carpenedo, M., & Nardi, H. (2011). A diversidade sexual no ensino de Psicologia. O cinema como ferramenta de intervenção e pesquisa. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, 7*, 127-141.
- Slater, B. R. (1988). Essential issues in working with lesbian and gay male youths. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 226-235.
- Toro, J. & Varas, N. (2004). Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(3), 537-51.
- Torres, A. (2006). Por una investigación desde el margen. En A. Torres & A. Jiménez (Eds.), *La práctica investigativa en las ciencias sociales* (pp. 61-80). Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Vecellio, S. (2012). Enacting FAIR education: Approaches to integrating LGBT content in the K-12 curriculum. *Multicultural Perspectives, 14*(3), 169-174.
- Worthen, M. G. (2013). An argument for separate analyses of attitudes toward lesbian, gay, bisexual men, bisexual women, MtF and FtM transgender individuals. *Sex Roles, 68*, 703-723.



Implementación del Programa *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) para el Abordaje de Problemas Emocionales Intensos y Alto Riesgo Suicida en la Ciudad de Bogotá

Diana Melissa Quant Quintero¹⁴
DBT Bogotá^{15*}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el suicidio figura como una de las 20 causas de muerte a nivel mundial; se estima que la tasa anual de suicidio corresponde al 11.4% de la población; el suicidio representa en los hombres el 50% de las muertes violentas en el mundo, un 71% en las mujeres (OMS, 2014). Particularmente en Colombia, la encuesta de salud mental presentada en el 2015 indica que la prevalencia de conductas suicida es de 5.7% para hombres y 7.4% para mujeres; de los cuales el 1% y el 2.5% presentaron un plan suicida, y el 2.1% y el 2.9% presentaron intentos suicidas respectivamente. El estudio indica que el 37.6% de los adolescentes ha presentado intentos suicidas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

De acuerdo con la investigación realizada en trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, el suicidio se presenta en un gran porcentaje como resultado del uso de estrategias poco eficaces de tolerancia al malestar y solución de problemas (Dijk, Jeffrey, & Katz, 2013). Las personas con dificultades para la regulación y modulación de emociones tienden a experimentar un alto nivel de sufrimiento que llevan, por una parte, a que valoren su vida como carente de sentido, y por otra a que perciban el malestar emocional como intolerable; lo cual combinado con un comportamiento poco efectivo resulta en la contemplación del suicidio como alternativa principal para el manejo de ese malestar.

Particularmente, las personas que padecen trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracterizan por presentar múltiples crisis emocionales, conductas autolesivas, constantes amenazas suicidas y un deterioro importante en las diferentes áreas de ajuste (Linehan, 1993; 2015). Lo que ha implicado que la intervención se pueda ver afectada por las constantes demandas de atención inmediata en crisis, y por lo tanto es necesario estructurar el tratamiento con unos objetivos definidos y trazar un camino para llegar a ellos. La evidencia científica ha permitido posicionar la terapia dialéctico conductual (DBT) como el mejor tratamiento disponible para el TLP (Priebe et al., 2012; Soler et al., 2009), pero también para otros problemas de relevancia clínica como depresión y ansiedad (Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, & Linehan, 2014). En los estudios relacionados con TLP se ha demostrado, por una parte, un aumento de la adaptación (general y social) y de la calidad de vida, y por otra, una disminución en las tentativas de suicidio, conductas autolesivas, depresión, desesperanza, enojo, dependencia a sustancias, e impulsividad (Goldstein et al., 2015; Linehan et al., 2015; Mehlum et al., 2014).

Los estudios de DBT también han demostrado efectividad en el tratamiento de trastornos alimentarios, depresión mayor, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, problemas de alcohol y regulación emocional, suicidio en la adolescencia y agresión, conductas autolesivas e impulsividad en personas privadas de su libertad (Bradley & Follingstad, 2003; Courbasson, Nishikwa, & Dixon, 2011; Harley, Sprich, Safren, Jacobo, & Fava, 2008; Safer, Robinson, & Jo, 2010; Telch, Agras, & Linehan, 2001). Finalmente, se ha establecido que es un tratamiento menos costoso que los tratamientos usuales, implicando mayor adherencia al tratamiento, reducción en los días de internación y en la frecuencia de consultas médicas. Adicionalmente, se ha encontrado

14 Coordinadora. Correo electrónico: melissaquant@gmail.com

15 Miembros actuales del Equipo DBT Bogotá: Hernán Ravelo, Cristina Torres, Angélica Nieto, Angélica Rubio, Camilo Espinosa, Laura González, Andrés Molano y Nataly Calderón, con la supervisión de Pablo Gagliesi. Página web: www.facebook.com/DBTbogota

“ De acuerdo con la investigación realizada en trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, el suicidio se presenta en un gran porcentaje como resultado del uso de estrategias poco eficaces de tolerancia al malestar y solución de problemas ”



*Fotografía autor(es)

que involucrar a los familiares o allegados en el tratamiento ayuda a bajar los niveles de estrés y malestar, y favorece que las personas directamente afectadas puedan contar con contextos más *validantes* que les permitirán construir una vida que valga la pena ser vivida (Nelson-Gray et al., 2006; Rathus, Campbell, Miller, & Smith, 2015; Wilks et al., 2016).

Características de la DBT

La DBT fue creada por la Marsha Linehan (Linehan, 1993; 2015). No es propiamente una terapia, sino que se constituye como un programa terapéutico que involucra módulos y que aborda diferentes frentes de trabajo: sesiones individuales; acompañamiento telefónico para el manejo de crisis; entrenamiento grupal en habilidades; talleres grupales de entrenamiento a padres, familiares o personas allegadas; y reuniones de equipo de terapeutas que implementan DBT.

El trabajo individual se basa en la formulación DBT. La formulación clínica de caso en DBT es una estrategia que permite organizar la información y priorizar los objetivos y metas terapéuticas. La formulación se compone de cuatro fases. En la primera se intervienen, en orden jerárquico, las conductas que atentan contra la vida, las conductas que interfieren con la terapia, y las conductas que van en contra de la calidad de vida, además del déficit en habilidades. En la segunda fase se aborda el estrés postraumático resultado de la experiencia de eventos emocionalmente relevantes en la historia de aprendizaje. En la tercera fase se favorece la efectividad en la vida cotidiana en consistencia con los valores personales y la mejoría de la calidad de vida. Finalmente, en la cuarta fase se hace énfasis en el sentido de vida y el sentimiento crónico de vacío.

Las sesiones individuales se realizan una vez por semana, y en los momentos de mayor crisis o riesgo suicida dos veces por semana. En el primer año de tratamiento se aborda principalmente la primera fase y en algunas ocasiones se pueden abarcar aspectos de la segunda fase. Los objetivos de las sesiones individuales son ayudarle y enseñarle al consultante a manejar de manera efectiva las crisis emocionales, y generalizar las habilidades a los diferentes contextos con los que interactúa; lo anterior implica disponibilidad telefónica por parte del terapeuta entre sesión y sesión.

En el entrenamiento grupal de habilidades se trabaja durante 10 meses con el fin de aumentar la conciencia emocional y la aceptación radical, regular efectivamente las emociones, y aumentar la efectividad interpersonal mediante el

entrenamiento en comunicación efectiva y la solución de problemas. Los consultantes asisten semanalmente a las sesiones grupales durante dos horas a la semana. Las sesiones son altamente estructuradas y se encuentran orientadas a entrenar la habilidad; se tiene contemplado en el programa que en las sesiones de tratamiento individual se ayude a la persona a la generalización de dichas actividades en sus contextos cotidianos.

En trabajo grupal con padres tiene dos objetivos fundamentales. En primer lugar, se busca ayudar a aliviar el malestar que presentan los padres, familiares o personas allegadas, debido a las constantes crisis emocionales y demandas de las personas con problemas emocionales intensos. Por otro lado, en segundo lugar, se busca que aprendan a manejar de manera efectiva las crisis emocionales de su familiar, de forma que las alternativas de solución no hagan más crónico el problema. El taller grupal para familiares tiene una duración de 5 meses, donde asisten 2 horas semanalmente.

Finalmente, debido a que el trabajo con consultantes que presentan TLP —y problemas emocionales relacionados— es altamente demandante, genera en los terapeutas un desgaste emocional que en muchas ocasiones lleva a una baja efectividad clínica y al desarrollo de burnout. Por tal razón, otro de los módulos de trabajo se encuentra orientado al cuidado de los terapeutas. Las reuniones de equipo se realizan semanalmente y

tienen como objetivos: ayudar a los terapeutas a utilizar las habilidades del programa DBT para el manejo de su propio estrés y malestar; por otra parte, busca aumentar las habilidades terapéuticas para el manejo efectivo de esta problemática en los consultantes y sus familiares.

Objetivo

El equipo DBT Bogotá tiene como principal objetivo implementar un programa especializado en el manejo de riesgo suicida y crisis emocionales intensas en la ciudad de Bogotá con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con TLP (y problemas relacionados) y la de sus allegados, a partir de la aplicación y divulgación de la DBT.

Implementación de DBT en Bogotá

Procedimiento de Implementación

La iniciativa surge debido a la alta tasa de suicidios que es reportada en Colombia, particularmente en la ciudad de Bogotá. De igual manera, debido a la experiencia clínica de los terapeutas que hacen parte del equipo, a partir de la cual se había evidenciado el manejo en muchas ocasiones inadecuado a nivel terapéutico de las personas que presentan TLP y problemas asociados. Debido a esta necesidad, un grupo de terapeutas comienzan a nivel internacional la formación y certificación en la terapia DBT, y de esta forma comenzar con la implementación del programa. Actualmente, los actores internos son 9 terapeutas con formación y certificación en DBT que iniciaron en el proceso de implementación del programa en Bogotá.

Este equipo de terapeutas se encuentra bajo la coordinación de Diana Melissa Quant, quien comenzó la formulación del proceso de implementación. Adicionalmente, se cuenta con el apoyo de DBT



*Fotografía autor(es)

Latinoamérica y la Fundación Foro de Argentina, la cual cuenta con uno de los equipos con mayor experiencia en América Latina. Particularmente, el médico psiquiatra Pablo Gabliesi ha sido quien ha apoyado la formulación e implementación del programa; no solo en Bogotá, sino en otras partes del país se ha contado con su supervisión y direccionamiento para lograr una implementación del programa de manera exitosa.

Cuando un consultante es candidato a recibir DBT, agenda una sesión de evaluación con uno de los terapeutas más experimentados del equipo con el objetivo de recolectar la información suficiente sobre el problema y determinar si se beneficiaría de participar en el programa. En caso de ser aceptado, es asignado a alguno de los terapeutas del equipo que inicia el proceso individual, durante este se transitan varias fases de la terapia. Inicia con el pretratamiento, el cual se caracteriza por abarcar y construir con el consultante el compromiso necesario para el funcionamiento del proceso; una vez culminado se avanza a la Fase 1, en la cual se prioriza la disminución de comportamientos que atentan contra la vida del consultante, contra la terapia y su calidad de vida. Al mismo tiempo se inicia el grupo de habilidades individuales con el objetivo de incrementar sus habilidades para tolerar malestar, anclarse al presente, regular emociones y tolerar malestar.

En la Fase 2 del proceso generalmente se abordan problemáticas más específicas relacionadas con ansiedad, depresión y trauma; durante esta fase suele priorizarse el uso de protocolos basados en evidencia como complemento al programa DBT, dentro de los cuales encontramos el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Una vez resueltas y estables, tanto el pretratamiento como las dos fases anteriores, inicia la Fase 3 del proceso orientada a un trabajo en generalización de habilidades adquiridas para la consecución de objetivos propuestos por el consultante, haciendo énfasis en la identificación de valores de vida para encaminar acciones comprometidas del consultante. Durante todo el proceso es usual tener que retomar fases previas ya abordadas, así como la participación en grupo de habilidades que permea todo el proceso de tratamiento.

Como factor complementario, a la mejoría del consultante, se desarrollan grupos de familiares orientados a recibir de forma condensada algunas habilidades DBT; las cuales persiguen el objetivo de mejorar tanto el entendimiento de la problemática como el vínculo de los miembros de la familia, lo cual soporta al consultante con un problema de desregulación emocional.

La implementación del programa por parte del Equipo DBT Bogotá

“ De igual manera, debido a la experiencia clínica de los terapeutas que hacen parte del equipo, a partir de la cual se había evidenciado el manejo en muchas ocasiones inadecuado a nivel terapéutico de las personas que presentan TLP y problemas asociados. ”

comenzó en el año 2014, se ha logrado implementar el programa durante 2 años consecutivos. Se ha implementado en la ciudad de Bogotá; no obstante, existen equipos DBT en la ciudad de Medellín y en Ibagué. La experiencia reportada corresponde a la implementación del programa en Bogotá. Las personas beneficiadas son principalmente adolescentes y adultos jóvenes (entre los 15 y 26 años de edad) que presentan problemas graves para la regular las emociones y riesgo suicida; a su vez, sus familias también han sido beneficiarias del programa.

La implementación comenzó de forma paulatina con 2 consultantes, a la fecha se cuenta con 37 consultantes y sus familias que se han beneficiado del programa. La implementación por parte de cada uno de los terapeutas que conforma el equipo es gradual, debido al nivel de estrés y malestar que genera el trabajo con personas que presentan esta problemática. De forma que en principio se sugiere que el terapeuta comience con la atención de un consultante y vaya aumentando la cantidad de consultantes en la medida que el terapeuta y el equipo consideren que han aumentado significativamente sus habilidades personales y terapéuticas para recibir una mayor cantidad de consultantes.

Para la coordinación de los grupos —de consultantes, sus

familiares o personas allegadas— se requieren dos terapeutas. A los terapeutas que coordinan se les ha solicitado previamente que participen en los grupos como asistentes, realizando las actividades sugeridas a los consultantes; de esta manera se incrementa la probabilidad de que el terapeuta utilice en su cotidianidad las habilidades DBT que se busca entrenar en los consultantes y sus familiares. Una vez culminado este proceso, el terapeuta podrá desempeñarse como co-coordinador de los grupos, y posteriormente podrá comenzar la coordinación de los mismos.

Logros y Alcances del Programa

En la experiencia que ha tenido el equipo DBT Bogotá en la implementación del programa se ha encontrado que: (a) se han disminuido de forma significativa las tentativas de suicidio y se ha disminuido el riesgo suicida, a la fecha ningún consultante que participe en el programa ha cometido suicidio; (b) el 70% de los consultantes ha aprendido a manejar de forma efectiva sus crisis, de manera que se ha disminuido la presencia de autolesiones y lesiones a otros; (c) el 75% de los padres y familiares que han participado en el programa, ha comprendido la naturaleza de la problemática, desmitificando las creencias que tiene sobre la manipulación de su familiar y ha aprendido

“
Durante todo el proceso es usual tener que retomar fases previas ya abordadas, así como la participación en grupo de habilidades que permea todo el proceso de tratamiento.”

a manejar efectivamente su malestar emocional y las crisis de su familiar; (d) los terapeutas que conforman en equipo DBT han mejorado sus habilidades clínicas y señalan que sienten mayor seguridad y confianza para el manejo de este tipo de problemáticas, lo cual se evidencia en el aumento de las habilidades clínicas; (e) el 80% de los consultantes atendidos ha podido reanudar sus actividades y ha podido comenzar a realizar acciones efectivas para el cumplimiento de las metas que tiene a corto y mediano plazo; (f) se ha reducido en un 85% la cantidad de hospitalizaciones por causa de un manejo inadecuado de las crisis emocionales; (g) ha sido posible el desarrollo de un instrumento para evaluar las diferentes áreas de desregulación emocional, de igual forma, se ha comenzado a diseñar un plan de investigación que permita evaluar cuantitativa y cualitativamente la implementación del programa en Colombia; y (h) en relación con la formación de otros terapeutas, el Equipo DBT recibe pasantes del Master en Terapias de Tercera Generación de la Universidad de Valencia, España, y ha apoyado procesos de formación en DBT en la ciudad de Bogotá.

La implementación del programa DBT se encuentra abierta a incluir personas con diferentes condiciones socioeconómicas y a la comunidad LGTBI. Debido a que los programas terapéuticos

a nivel particular suelen ser costosos, no todas las personas tienen la posibilidad de acceder a los mismos; por tal razón se ha establecido una estrategia para que personas que no cuenten con los recursos suficientes puedan beneficiarse del programa. Por una parte, se establece un cupo para que algunas personas puedan contar con un porcentaje de descuento y un cupo para que personas se encuentren totalmente subsidiadas. Actualmente nos encontramos generando una estrategia que permita la colaboración de diferentes organizaciones nacionales o internacionales que se encuentren interesadas en apoyar el programa y patrocinar a las personas que no cuentan con los recursos suficientes para beneficiarse del mismo.

Impacto de la Implementación del Programa

Terapeutas del equipo. Ha aumentado la habilidad clínica y ha disminuido el miedo de atender a personas que tienen un alto riesgo suicida y que presentan problemas emocionales graves. Usualmente este tipo de personas tienden a generar en los profesionales de la salud un nivel de desgaste que dificulta el trabajo. Hemos notado que la formación en DBT y la implementación del programa han aumentado la confianza para asumir el reto de trabajar con personas y familias que presentan este tipo

de problemas. De igual forma, como el programa promueve el uso de las habilidades en los terapeutas, se ha identificado un aumento en las habilidades para abordar situaciones personales del equipo, lo cual ha sido altamente gratificante.

Personas con TLP y problemas asociados. En general, consideramos que el mayor impacto ha sido en las personas que directamente se benefician del programa. Usualmente estas personas comienzan el tratamiento desesperanzados de los procesos terapéuticos, debido a que frecuentemente tienen un historial importante de hospitalizaciones y procesos terapéuticos y psiquiátricos previos; en otras ocasiones deciden iniciar en el programa por interés de los familiares y allegados. Al tener en cuenta esta situación, usualmente el nivel de compromiso y motivación frente al programa tiende a ser bajo; en algunas ocasiones las personas no están dispuestas, en un principio, a comprometerse con disminuir los intentos suicidas y las conductas autolesivas o heteroagresivas; los pensamientos más frecuentes están relacionados con la incapacidad para manejar el malestar y valoraciones negativas acerca de sí mismos y de las posibilidades que tienen de poder vivir una vida que “valga la pena”

Lo que se ha encontrado en la implementación del programa es que, transcurridos alrededor de 2 meses o en algunos casos antes, comienzan a percibir más control de la forma como manejan sus experiencias emocionales, y se ha comenzado a reducir el riesgo y las conductas que atentan contra la calidad de vida. Después de 1 año de tratamiento el 70% de los consultantes ha podido reestablecer sus actividades y se encuentra comportándose en dirección a sus metas a corto plazo. Aunque se reconoce que en varias ocasiones se presentan crisis emocionales que logran desestabilizar de nuevo la vida de las personas, se ha encontrado que con el uso y generalización de las habilidades logran retomar de nuevo el control y la responsabilidad sobre varios aspectos de su vida.

El tiempo de restablecimiento varía entre las personas; en algunos casos es necesario volver a fases anteriores del programa, de forma que se pueda recordar, entrenar y practicar las habilidades que han resultado útiles. En este punto, es importante aclarar que varias de las personas que se han visto beneficiadas cuando inician el programa presentan un deterioro significativo en varias áreas de su vida, el cual se va reestableciendo según avance. De otro lado, alrededor del 20% de las personas que han participado ha presentado dificultades para adherirse al programa; por lo tanto, a ese porcentaje le es más difícil

“ De igual forma, como el programa promueve el uso de las habilidades en los terapeutas, se ha identificado un aumento en las habilidades para abordar situaciones personales del equipo, lo cual ha sido altamente gratificante. ”

lograr un manejo efectivo de las crisis lo cual dificulta así el avance. El 10% de las personas que han ingresado al programa, ha decidido abandonarlo; dentro de las causas identificadas hasta el momento es porque tienen serias dificultades para poner en práctica las habilidades, o tienen expectativas muy altas en relación con el avance. Lo cual lleva a que se frustren con mucha facilidad y por lo tanto disminuya la motivación en participar en las actividades propuestas.

Finalmente, es importante mencionar que se valora como positivo que el 80% de las personas que han participado en el programa, durante al menos 8 meses, reconoce la utilidad de las estrategias aprendidas, refiere no tener ideación suicida, o haberla disminuido de manera significativa, y aumenta la frecuencia en el uso de las habilidades; lo cual lleva a eliminar o disminuir sustancialmente las conductas que atentan contra la calidad de vida (i.e., comportamientos autolesivos o de heteroagresión).

Padres, familiares o personas allegadas. Los familiares o personas que se encuentran compartiendo en la cotidianidad con pacientes que presentan problemas graves para el manejo y regulación de las emociones, presentan un desgaste emocional significativo. Debido por una parte, a que no saben cómo manejar las crisis de su familiar, o se encuentran agotados de las altas

demandas o comportamientos excesivos, lo cual en muchas ocasiones les lleva a pensar que se presentan con mucha frecuencia comportamientos de manipulación o de intensión de daño. Adicionalmente, debido a las constantes amenazas o intentos suicidas, y al involucramiento en conductas de alto riesgo, los familiares viven constantemente con miedo de las consecuencias de dichas conductas.

Se ha encontrado que con la participación activa en el programa las familias se sienten más comprendidas y logran conocer las características de los problemas de regulación y del TLP. Lo cual favorece que entiendan la naturaleza de las respuestas y la vulnerabilidad emocional de su familiar. El 80% de las personas que han participado en el taller de padres y allegados refiere la utilidad de las habilidades aprendidas para manejar las crisis emocionales de sus familiares, y para disminuir el desgaste emocional y la tolerancia del miedo. Aproximadamente, el 60% de los casos se convierte en un contexto protector y se disminuyen las conductas de invalidación. Los padres, familiares y personas allegadas usualmente entran al programa sintiéndose muy frustrados con los problemas que presenta su familiar, y han referido encontrar en el mismo un apoyo útil y significativo para sobrellevar de una manera más efectiva las situaciones derivadas de las crisis emocionales de su familiar.

Sostenibilidad y Aplicabilidad

El programa es privado y tiene un costo tanto para acceder a las sesiones de manejo individual, como a los talleres grupales de actividades. Con el fin de poder hacerlo accesible a personas con dificultades económicas, se han asignado unos cupos con descuento y otros cupos de subsidio. Estos se pueden ofrecer debido a que varias de las personas en el programa tienen la posibilidad de costear el mismo. Manejando esta misma figura, el equipo DBT Bogotá considera que el programa puede hacerse sostenible, manteniendo los cupos de descuento y subsidio asignados.

En América Latina existen actualmente más de 10 equipos DBT, de los cuales los equipos de Argentina y Chile son los que cuentan con más trayectoria. La experiencia descrita de la implementación en Bogotá es un ejemplo de la posibilidad de su replicación. Se espera continuar con el entrenamiento, formación, supervisión y seguimiento de nuevos equipos, de forma que pueda implementarse el programa en diferentes zonas del país. Uno de los esfuerzos para lograr lo anterior, es traer en cooperación con *Behavioral Tech* y DBT Latinoamérica el entrenamiento intensivo oficial a Colombia. El equipo DBT Bogotá está formulando una estrategia que permita apoyar a los nuevos

equipos en la implementación del programa de forma que sea sostenible y pueda mantenerse en el tiempo.

Lecciones Aprendidas

Nivel Conceptual

La experiencia ha permitido conceptualizar los problemas emocionales de forma más comprensiva y *validante*. El equipo de trabajo ha identificado que las formas de concepción tradicionales orientadas al cambio usualmente dificultan el abordaje efectivo de la problemática. Esto implica cambiar conceptualizaciones en torno a los mitos sobre la manipulación de estas personas y su habilidad para manejar de manera efectiva su vida. De igual forma, ha permitido identificar que las estrategias incluidas en las terapias de tercera generación relacionadas con la aceptación, validación, compasión, identificación de aspectos valiosos para las personas, y trabajo en habilidades que faciliten que las personas puedan ser consistentes de lo que consideran importante en su vida son cruciales para el abordaje efectivo de este tipo de problemáticas. En esta misma categoría, se ha identificado que para los terapeutas formados en terapias cognitivas y conductuales tradicionales suele ser difícil cambiar el estilo terapéutico, usualmente se dificulta el uso de estrategias que promueven la dialéctica en terapia.

Nivel Metodológico

Se ha encontrado que particularmente en el trabajo con adolescentes no suele ser útil separar los grupos de habilidades (en padres o familiares y consultantes), sino que es necesario trabajar en conjunto estas habilidades, debido a que al trabajar de forma separada parece encontrarse más dificultad en la generalización de habilidades. Para solventar este punto, el equipo se encuentra ajustando el programa para poder implementar lo talleres grupales en conjunto. De igual forma se ha encontrado que es necesario que los terapeutas comiencen la implementación del programa de manera paulatina. Cuando se involucran con varias consultantes o grupos de actividades en un principio, suele presentarse un desgaste emocional que conlleva al abandono o frustración en relación con este tipo de actividades. De otra parte, hemos encontrado que cuando las personas no tienen la posibilidad en tiempo de asistir a todos los módulos del programa, y se ha logrado disminuir el riesgo suicida, lo que suele ser más efectivo a la hora de escoger es la participación en los grupos de habilidades. Cabe aclarar que lo que ha mostrado evidencia a favor es la implementación del programa completo; pero en caso de dificultades para lograr lo anterior, se puede optar por solo la participación en los grupos.

Nivel Organizacional

Se ha identificado la necesidad de poder contar con una mayor cantidad de terapeutas y equipos formados y certificados en DBT en diferentes zonas del país. En diferentes ocasiones han solicitado la participación en el programa, personas que se encuentran en ciudades diferentes a Bogotá o Medellín, y aunque se intentó trabajar con algunos de ellos vía Skype tratando de implementar el programa utilizando este medio de comunicación, dicha implementación no fue efectiva. Por tal razón, DBT Bogotá junto con DBT Latinoamérica y *Behavioral TECH* (Instituto fundado por Marsha Linehan) han unido esfuerzos para poder traer el entrenamiento oficial a Colombia.

“ La experiencia ha permitido conceptualizar los problemas emocionales de forma más comprensiva y validante. El equipo de trabajo ha identificado que las formas de concepción tradicionales orientadas al cambio usualmente dificultan el abordaje efectivo de la problemática. ”

Referencias

- Bradley, R. G. & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 337–340.
- Courbasson, C., Nishikwa, Y., & Dixon, L. (2011). Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(5), 434–449.
- Dijk, S. V., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 145*(3), 386–393. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.054
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B. (2015). Dialectical Behavior Therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 25*(2), 140–149.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of Dialectical Behavior Therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Nervous & Mental Disease, 196*(2), 136–143.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *American Medical Association, 72*(5), 475–482.
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Groholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for adolescents with repeat suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(10), 1082–1091. doi: 10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Instituciones participantes: Colciencias & Pontificia Universidad Javeriana; alianza estratégica: Datos, Procesos y Tecnología;

septiembre, 2016]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 40–51.
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1811–1820.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global. Resumen ejecutivo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P., & Zinkler, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled Trial. *Psychother Psychosom, 81*(3), 56–365.
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A., & Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy, 69*(2), 163–178.
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy, 41*(1), 106–120
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Perez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 353–358.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001) Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1061–1065.
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M., Lungu, A., & Linehan, M. M. (2016). Dialectical Behavior Therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: Initial feasibility and outcomes, *Cognitive and Behavioral Practice*. doi:10.1016/j.cbpra.2016.06.004

Modelo de Acompañamiento Integral y Complementario en Psicooncología Pediátrica

Fabián Yesid García¹⁶ & Yeimy Estefanía Martínez¹⁷
Fundación María José, Bogotá

El Panorama

Cáncer es el nombre que se le da al conjunto de enfermedades caracterizadas por la reproducción anormal de células, las cuales en su acumulación generan masas malignas (tumores) que invaden un tejido específico, llegando muchas a diseminarse en otros órganos del cuerpo afectando su funcionamiento. Es una enfermedad que afecta tanto a niños y jóvenes como a adultos; existen más de 100 tipos de cáncer, los cuales reciben, en general, el nombre de los órganos o tejidos en donde se hallan situados.

¹⁶ Psicólogo, Correo electrónico: psicologia@fundacionmariajose.org; fabianyesidgarcia@gmail.com

¹⁷ Consultora en proyectos Sociales. Correo electrónico: proyectos@fundacionmariajose.org

En el caso del cáncer infantil no se conoce la causa de la gran mayoría de las manifestaciones cancerígenas, atribuyéndose muchas veces dicha causa a las mutaciones genéticas hereditarias, sin tener una plena certeza de ello.

Según las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Salud en el 2014, se estima que a nivel mundial el cáncer infantil tiene tasas de incidencia estandarizadas por edad que oscilan entre 106 a 203 por millón de personas-año. En Colombia el cáncer es la segunda causa de muerte en la población infantil, pues se estima que sobre 17 993 muertes, 577 corresponden a aquellas relacionadas con el cáncer infantil (Instituto Nacional de Salud, 2014). Estas cifras advierten sobre el impacto negativo que tiene dicha enfermedad en la infancia y juventud colombiana, a tal punto de considerarse como un problema de salud pública.

En este contexto nace Fundación María José (FMJ), a raíz de la experiencia de una madre quien acompañó a su hija diagnosticada durante todas las etapas de la enfermedad hasta su fallecimiento. De su experiencia quedaron grandes enseñanzas; una de ellas, la importancia que tiene un espacio de escucha y orientación psicológica durante y después del proceso de la enfermedad. Es por esto que

el modelo de atención de FMJ (i.e., modelo solidario) está estructurado con base en las necesidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) diagnosticados con cáncer y sus familias, funcionando con la coyuntura de cuatro ejes de funcionamiento: caracterización, acompañamiento psicológico, capacitación y articulación. El modelo y sus ejes de actuación (en magenta) pueden apreciarse en la Figura 1.

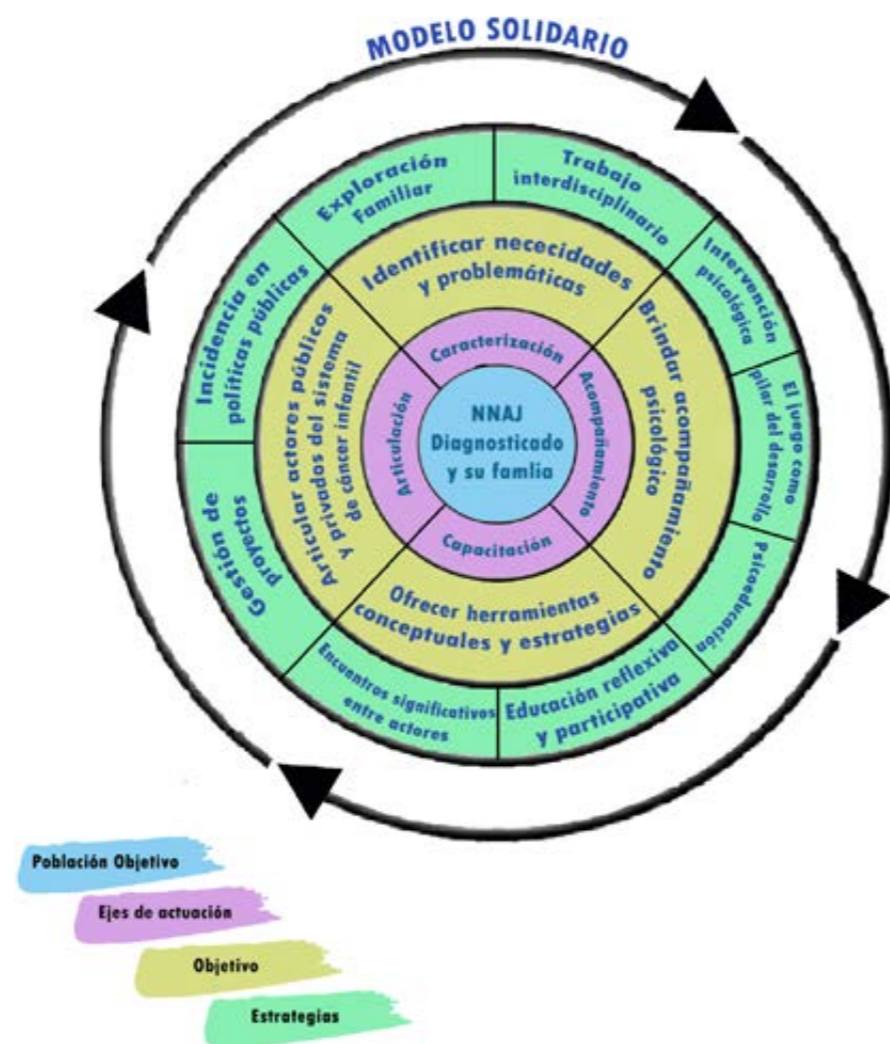


Figura 1. Modelo solidario de intervención de la Fundación María José. Fuente: elaboración propia.

Para esta ocasión se hace énfasis en el eje de acompañamiento psicológico. Al introducirse en la problemática, se encuentra que el cáncer infantil acarrea una serie de efectos negativos situados a varios niveles. Inicialmente existen dificultades en el acceso a los servicios de salud, lo cual impide tanto el diagnóstico temprano como el tratamiento oportuno. Por otra parte, al tratarse de una enfermedad de alto costo, aparecen dificultades relacionadas con los factores emocionales, sociales y económicos que son generados por las circunstancias a las que se enfrenta el NNAJ diagnosticado y su familia en las diferentes etapas de la enfermedad (i.e., diagnóstico, tratamiento, remisión y cuidado paliativo).

De esta forma, se observan distintos impactos en el estado emocional de los NNAJ, sus padres y familiares dependiendo de la etapa de la enfermedad, presentándose sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre, al ser un suceso que no saben cómo enfrentar. Lo cual llega a generar pensamientos negativos frente a la idea de la muerte, pérdida del estado de salud, necesidad de acompañamiento, entre otras. De ahí que se plantee que la intervención debe de ser tanto con el NNAJ diagnosticado como con su familia nuclear (i.e., aquellos que estén a cargo del cuidado y ven de cara la enfermedad).

Después de que el NNAJ ha sido diagnosticado inicia la etapa del tratamiento, en donde el médico debe determinar cuál es el procedimiento más adecuado para el paciente, de acuerdo con su estado de salud y enfermedad específica. Es aquí donde aparecen las consecuencias del tratamiento como la pérdida del cabello, náuseas, vómito, agotamiento, astenia, imposibilidad de realizar actividades físicas de media y alta intensidad, insomnio, pérdida del apetito, irritabilidad, tristeza, aislamiento, desinterés por el juego, sentimientos de culpa y vergüenza.

En cuanto a las familias, muchas veces se observa la necesidad de desplazamiento de sus ciudades de origen, ya que no siempre se encuentran las unidades oncológicas especializadas. Es entonces cuando se empiezan a evidenciar las dificultades económicas por el cambio del lugar de residencia a lugares donde la mayoría no cuenta



*Fotografía autor(es)

con redes de apoyo familiar. En algunos casos enfrentándose a la pérdida del empleo por parte de los padres (o cuidadores) y a la supervivencia con ingresos bajos o nulos. De igual forma, se constatan cambios en la rutina familiar, al requerirse una dedicación de tiempo completo en el cuidado del paciente. En este contexto se puede presentar confusión e incertidumbre debido a la falta de comprensión de los procedimientos y recomendaciones médicas, así como estrés por la permanencia prolongada en ambientes hospitalarios. Lo anterior da lugar a diferentes afectaciones sociales que generan riesgos en la integralidad de la familia por estas tensiones interpersonales, económicas, jurídicas y psicológicas.

Después del proceso de tratamiento, el paciente oncológico pediátrico puede pasar a una etapa de remisión en la que los controles periódicos son necesarios para confirmar el estado de la enfermedad, mediante diferentes exámenes médicos. Si bien, es una de las etapas de menor carga psíquica negativa debido a la posibilidad de recuperar la esperanza frente a una posible curación —retomando las actividades cotidianas y el regreso al hogar— puede existir la posibilidad de que se dé algún tipo de recaída; enfrentamiento a las secuelas del tratamiento por la pérdida de órganos, habilidades físicas o cognitivas; o recuerdos aversivos sobre el tratamiento y demás factores estresantes.

Si el tratamiento médico recibido por el paciente oncológico pediátrico no es efectivo; es decir, si no presenta mejoras o tiene algún tipo de recaída, se ingresa a una etapa especializada de cuidado paliativo. En este punto se hace necesario intensificar el trabajo multidisciplinar (i.e., medicina, psicología, trabajo social, enfermería, nutrición, fisioterapia, entre otros) para abordar elementos como el manejo del dolor, procesos de duelo y tanatología, y contención de manifestaciones emocionales (e.g., negación, ira y depresión). Todo esto con el fin de disminuir los efectos aversivos, mejorar la calidad del proceso de la enfermedad y, en su debido momento, permitir una muerte digna y tranquila.

Lo anterior es el abanico de posibles situaciones y necesidades en las que se pueden encontrar las familias al momento de ingresar a FMJ. Los ejes que se presentan a continuación podrán empezar su operación en cualquiera de estas situaciones o etapas de la enfermedad; igualmente la propuesta de intervención FMJ se realiza con NNAJ (de 0 a 18 años edad) diagnosticados con cáncer y su familia nuclear, en la medida que el profesional o la familia lo crea necesario. La oferta de FMJ se hace a población de todos los estratos socioeconómicos, sin ningún tipo de restricción. Dichas familias son provenientes tanto de la ciudad como de las diferentes regiones del país y zonas fronterizas.



*Fotografía autor(es)

**Caracterización:
Identificación de Necesidades
y Problemáticas**

El primer eje del sistema se orienta por la oportuna y veraz caracterización de las familias que ingresan a los programas de FMJ. Inicialmente se realiza una exploración del entorno familiar, teniendo en cuenta que este es un factor clave y determinante en el desarrollo del NNAJ diagnosticado de cáncer. Se evalúa mediante una entrevista semiestructurada la situación socioeconómica de la familia, reconociendo la dinámica familiar. De igual manera, se identifican factores de riesgo social, tales como violencia intrafamiliar, tipo de vivienda (i.e., condición habitacional), comunicación, concepto de autoridad y distribución de roles dentro de la familia, entre otros; en este punto se identifican problemáticas que pueden desembocar en conflicto para la familia, ya que por medio del análisis de sus necesidades se obtiene la información pertinente para determinar a mayor escala cuál o cuáles son aquellas prioridades para brindar atención inmediata.

Del mismo modo se hace un abordaje general sobre los datos del menor (i.e., nombre, edad, lugar y fecha de nacimiento, documento de identidad, diagnóstico y fecha del mismo, el servicio de salud y la institución prestante, entre otros datos). Igualmente, se indaga sobre gustos o preferencias del menor, teniendo en cuenta que

esta información será utilizada posteriormente para la búsqueda de un padrino, quien apoyará mediante un aporte económico mensual al NNAJ y su familia. Dicho aporte costeará los beneficios de mercado básico familiar (i.e., apoyo nutricional), auxilio de transporte, acompañamiento psicosocial y asesoría jurídica.

En general, en este eje se realiza una constante investigación que busca la adecuada orientación de los recursos, estableciendo con claridad con cuáles cuenta la familia y con cuáles no (tanto económicos como de ayuda social) con el fin de direccionar las acciones de FMJ dentro del proceso. Es importante aclarar que no todas las familias requieren ingresar al plan padrino, su ingreso depende de que exista la necesidad socioeconómica. Sin embargo, el hecho que la familia no esté en el plan padrino no indica que no pueda asistir al acompañamiento psicológico, pues dicho apadrinamiento es complemento a este acompañamiento.



*Fotografía autor(es)

“ De igual manera, se identifican factores de riesgo social, tales como violencia intrafamiliar, tipo de vivienda (i.e., condición habitacional), comunicación, concepto de autoridad y distribución de roles dentro de la familia ”

Acompañamiento Psicológico: de la Orientación a la Intervención

La intervención psicológica propuesta por FMJ se sitúa a varios niveles. El primer nivel es el del acompañamiento psicológico propiamente dicho, el cual es un trabajo psicoterapéutico que busca en un momento inicial la catarsis y expresión emocional, que tanto el NNAJ diagnosticado como su familia no pueden expresar en otros contextos (e.g., casa, colegio, hospital o trabajo); pues existe una representación familiar y social que prohíbe el llanto y las manifestaciones emocionales negativas, con el fin de que el niño o los padres no se vayan a sentir culpables. Este fenómeno ha sido denominado por Pedreira y Palanca (2001) como “conspiración del silencio”; así en palabras de Méndez (2005):

... en muchos casos, no quieren que ellos se enteren, lo que les lleva a disimular u ocultar lo que ellos van captando, produciéndose un fenómeno denominado como «pretensión mutua» o «conspiración del silencio» mediante el que se impide que el niño pueda comunicar sus temores, ocasionándole sentimientos de soledad y aislamiento. La creencia en esa necesidad de tener que aparentar «normalidad»,

se incrementa conforme se produce el deterioro del niño, aumentando por una parte la ansiedad de los padres de decir algún inconveniente o «meter la pata», haciendo la relación más tensa y difícil y provocando por otro lado mayor aislamiento, ansiedad y desconfianza en el niño (p. 36).

De este modo se propicia la contención emocional que facilita la manifestación controlada de los afectos asociados a la situación, en lugar de prohibir la expresión de los mismos.

En un momento posterior del proceso de la intervención, se evalúa a través de la entrevista, qué lugar ocupan los efectos del cáncer en la vida de cada sujeto, pues los consultantes pueden percibir el cáncer de diferentes maneras, no siempre adversas. Se sabe que no todo aquel que experimenta una situación de idoneidad traumática despierta un trauma (Freud, 1896/1991). De ahí que el profesional no deberá tener ningún tipo de prejuicio al momento de escuchar al paciente oncológico o a su familiar, para así no predisponerse al momento de su intervención. Aunque esto parece una indicación ética muy simple, es de gran importancia para evitar algún tipo de estigmatización hacia el paciente.

Entre los fenómenos comportamentales (a nivel



*Fotografías autor(es)

emocional, conductual y cognitivo) que presentan los NNAJ y sus familias dentro del contexto oncológico se resaltan: dificultades en el reajuste a su nuevo estilo de vida (tanto para NNAJ como para el cuidador), ideas negativas frente a la posibilidad de la muerte, inconvenientes económicos acarreados por una enfermedad de alto costo como el cáncer, duelo ante la pérdida de alguna parte del cuerpo producto del tratamiento, miedo a la estigmatización y otras problemáticas cotidianas que se escuchan incluso fuera del contexto oncológico.

En últimas, la tarea del profesional está en escuchar y situar junto con el paciente todas aquellas pérdidas que acarrea la enfermedad (e.g., caída de cabello, deterioro del estado de salud, disminución de habilidades, limitación de posibilidades, entre otras). Esto con el fin de tramitar estas pérdidas a través de un adecuado proceso de duelo, el cual no puede hacerse sino por medio de palabras; ponerle palabras a eso indecible, doloroso y angustiante. Disciplinas afines como el psicoanálisis han enseñado la efectividad de la palabra dentro de los procesos psicoterapéuticos: "Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico" (Freud, 1890/1991, p. 115).

La función está en ubicar la queja real del consultante con el fin de movilizar al paciente de una simple orientación a un proceso psicoterapéutico. El cual permita encontrar el sentido y el mensaje oculto que traen sus síntomas psíquicos (De Castro, 2014). Así, situando al sujeto como responsable de su malestar, este puede movilizarse y tomar una posición distinta frente a su padecer.

Otra situación que se presenta a menudo es la ineffectividad del tratamiento médico que da lugar a la recaída en la enfermedad. En este momento se intensifica el cuidado paliativo —concepto que ha sido reevaluado por la OMS— en el cual ya no se considera únicamente como los cuidados que deben ofrecerse en los estadios últimos de la enfermedad: "en la actualidad se reconoce ampliamente que los principios de los cuidados paliativos deben aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y en última instancia mortal" (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 87). En esta etapa, el NNAJ diagnosticado desea tener sus últimos momentos de vida en ambientes más familiares y no hospitalarios, como la casa. Frente a este hecho FMJ ha implementado un programa de atención psicológica domiciliaria para asistir al NNAJ y su familia en su hogar, para así poder contrastar los efectos negativos

“
En la actualidad se reconoce ampliamente que los principios de los cuidados paliativos deben aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y en última instancia mortal
 ”

que acarrea la transición hacia la muerte, a través de actividades que permiten realizar un proceso de separación y duelo más elaborado, donde se resignifique la fase tanatológica, de una visión negativa y dolorosa a un espacio de reflexión y comprensión.

No obstante la experiencia enseña que no todos los pacientes pueden y desean sostener un espacio psicoterapéutico, por muchas razones: desinterés en el proceso, mala relación terapéutica, dificultades para expresar eventos o sentimientos cruciales en su historia de vida, bajo nivel intelectual, o simplemente están en un óptimo estado emocional donde no necesitan un acompañamiento psicológico. Frente a estos hechos se promueven otro tipo de estrategias para dichos pacientes. Los encuentros grupales es una de estas estrategias. Esta hace parte del segundo nivel de intervención; en donde a través de grupos

focales se ofrecen herramientas conceptuales que permiten disminuir el impacto negativo frente a los posibles eventos que se pueden vivenciar durante el proceso de la enfermedad oncológica infantil a nivel social, personal y familiar.

En dichos encuentros se promueve la psicoeducación, entendida como el proceso de información o educación que se brinda a aquellos sujetos que padecen algún tipo de trastorno, el cual tiene efectos en sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual; con esta técnica de intervención se busca que el paciente (o su núcleo familiar) logre comprender y manejar los efectos de su enfermedad. De igual manera, se busca reforzar las fortalezas, los recursos y las habilidades propias de cada familia para hacer frente a la enfermedad del niño diagnosticado, evitando así el abandono del tratamiento y una posible recaída.



*Fotografía autor(es)

Estos encuentros grupales están compuestos por una parte instructiva, en donde el profesional presenta un material guía, el cual se expone y socializa resolviendo dudas y escuchando los comentarios y construcciones de los participantes. Se utilizan como herramientas didácticas los juegos de roles, la pintura, el dibujo, la escritura, entre otros. Esta estrategia al ser puente conector con el tercer eje de funcionamiento del sistema solidario, se explica más adelante.

Por último, el juego es un recurso muy valioso al momento de la intervención, es una actividad que ha acompañado desde siempre al ser humano, la cual ha sido analizada por grandes pensadores de lo psicológico como Piaget, Vygotsky, Bruner y Winnicott. Estos autores consideran al juego como una actividad pilar y estructural en el desarrollo. A pesar de que en esta oportunidad no se profundiza la utilidad de esta estrategia al momento de la intervención clínica y sus efectos terapéuticos, sí se hace la siguiente observación: el juego permite transportar al jugador del contexto aversivo en el que se encuentra, lo cual facilita la disminución de la tensión subjetiva; por este motivo FMJ propone realizar periódicamente actividades lúdicas y recreativas (e.g., en parques, centros recreativos, cine, teatro, etc.) que sacan tanto al NNAJ como a su cuidador del contexto hospitalario, lo cual alivia temporalmente el malestar que acarrea el proceso.

Capacitación: Ofrecer Estrategias y Herramientas

El tercer eje es una estrategia que ofrece al usuario diferentes herramientas que le permitan obtener un abordaje más objetivo del padecimiento. Una de las estrategias importantes de la Fundación en temas de capacitación son los grupos focales. Estos ofrecen a través de la educación reflexiva y participativa la posibilidad de establecer unos vínculos de apoyo alrededor de una temática en particular. Algunos ejemplos de lo trabajado son cambios emocionales en niños y adolescentes oncológicos, nutrición, adherencia al tratamiento, comunicación asertiva y resolución de conflictos, orientación en oncología pediátrica y manejo del duelo. Estos grupos tienen como objetivo proporcionar a los cuidadores información respecto al impacto emocional generado por los tratamientos oncológicos, brindar a los cuidadores información acerca del manejo emocional de los menores con diagnóstico de cáncer, orientar a los cuidadores sobre los posibles cambios que pueden aparecer en un diagnóstico oncológico, sus causas y el manejo del mismo, entre otros.

Dentro de este eje también se encuentra el Congreso Nacional e Internacional de Cáncer Infantil para Cuidadores, único a nivel latinoamericano, cuyo objetivo es capacitar a las familias frente a aspectos biopsicosociales que



*Fotografía autor(es)

influyen en el tratamiento del niño, para mejorar su calidad de vida y la de los cuidadores; en aquellos aspectos en los que se presentan dificultades como los espirituales, psicológicos, médicos, sociales y legales. Las capacitaciones son dirigidas por expertos profesionales en cada uno de los temas a través de espacios magistrales, de diálogo y participación, en los cuales se procura utilizar un lenguaje claro y comprensible para los asistentes.

Articulación: Enlaces con Actores Públicos y Privados

El cuarto eje corresponde a la articulación con los actores públicos (i.e., Ministerio de Salud y Secretaría Distrital de Salud), privados (e.g., entidades prestadoras del servicio de salud u hospitales), de la sociedad civil (e.g., ONGs del sector, hogares de paso o asociaciones de pacientes) que hacen parte del sistema de cáncer infantil en Colombia, ya que para FMJ el trabajo con estos es indispensable para garantizar

la sostenibilidad de las acciones realizadas en el ciclo del modelo. Frente a la realidad del cáncer infantil, la falta de articulación entre actores es una de las causas que afecta las oportunidades en el tratamiento en Colombia. Lo cual, para FMJ, es un escenario para el fomento de relaciones de confianza, establecer planes conjuntos y fortalecer todos roles a través de capacitaciones a hogares de paso y reuniones de trabajo con el Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud. Todo lo anterior con el fin de incidir gestionando proyectos que buscan la articulación con políticas nacionales en cáncer infantil y alianzas interinstitucionales estratégicas.

Conclusiones

El material aquí presentado se soporta tanto en la constante revisión y actualización bibliográfica, como en los años de experiencia de FMJ. Quedan muchas experiencias y enseñanzas que muestran qué hace falta mejorar en el proceso. La práctica permite demostrar que el modelo de FMJ tiene muchas características que le permiten sobresalir frente a otras propuestas metodológicas. Entre las cuales se resaltan su enfoque de intervención familiar, donde se plantea el trabajo tanto con el NNAJ como con su familia, y la posibilidad de ser flexible con el número de sesiones mensuales que se pueden tener durante el proceso. Incluso se puede llegar a

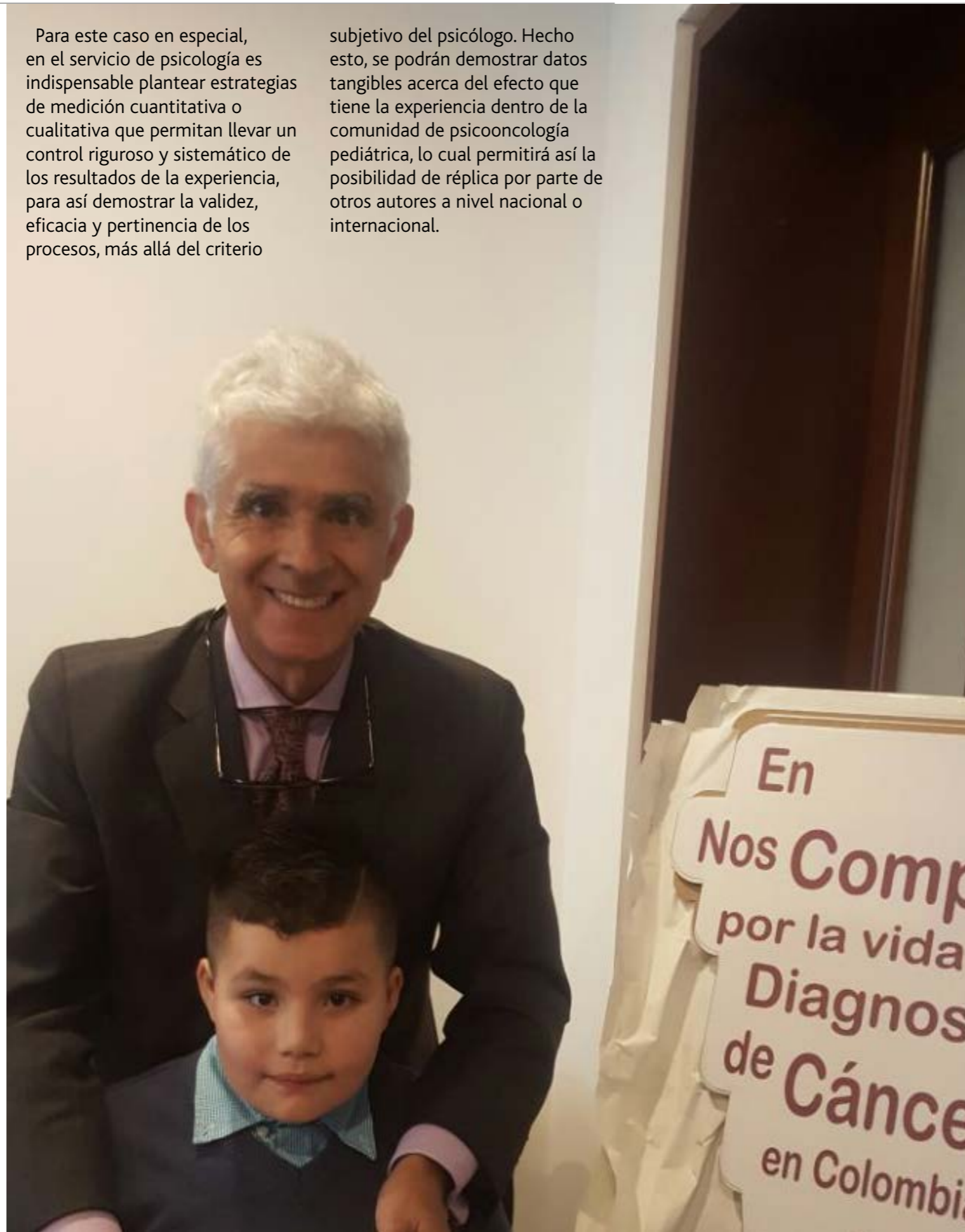
“ Las capacitaciones son dirigidas por expertos profesionales en cada uno de los temas a través de espacios magistrales, de diálogo y participación, en los cuales se procura utilizar un lenguaje claro y comprensible para los asistentes. ”

tener una periodicidad de más de una sesión por semana con una familia en caso que la situación lo requiera. Siempre se respetan la subjetividad del paciente, su decir y su saber, se rompe con el esquema en el que se pretende que el terapeuta asuma una postura de conocimiento y entendimiento total del sufrimiento del consultante.

Ha existido en FMJ y en las ciencias humanas en general, una discusión frente a las implicaciones éticas y epistemológicas de la medición. Algunos argumentan a favor del uso de herramientas como las pruebas psicométricas para la evaluación de los efectos que tiene la intervención en el individuo; algunos otros afirman que en este proceso se desconoce la subjetividad, poniendo de presente la imposibilidad de atrapar lo psicológico a través de estadísticas. El hecho es que existe la necesidad de evaluar y medir los indicadores de todos los programas de FMJ.

Para este caso en especial, en el servicio de psicología es indispensable plantear estrategias de medición cuantitativa o cualitativa que permitan llevar un control riguroso y sistemático de los resultados de la experiencia, para así demostrar la validez, eficacia y pertinencia de los procesos, más allá del criterio

subjetivo del psicólogo. Hecho esto, se podrán demostrar datos tangibles acerca del efecto que tiene la experiencia dentro de la comunidad de psicooncología pediátrica, lo cual permitirá así la posibilidad de réplica por parte de otros autores a nivel nacional o internacional.



Referencias

- De Castro, S. (2014). El síntoma como metáfora entre sentido y mensaje. En C. L. Díaz (Editora), *Imaginario, simbólico y real. Aporte de Lacan al psicoanálisis*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Freud, S. (1991). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma; J. L. Etcheverry & J. Strachey, traducción directa del alemán). En A. Freud, A. Strachey, & A. Tyson (Cols.), *Obras Completas Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu editores (Original publicado en 1890).
- Freud, S. (1991). La etiología de la histeria (J. L. Etcheverry & J. Strachey, traducción directa del alemán). En A. Freud, A. Strachey, & A. Tyson (Cols.), *Obras Completas Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu editores (Original publicado en 1896).
- Instituto Nacional de Salud. (2014). *Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública: cáncer infantil* [República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social; junio 11, 2014; PRO-R02.051].
- Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: Situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 33-52.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión* (Organización Panamericana de la Salud, traducción al castellano). Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-nccp.pdf
- Pedreira, J. L. & Palanca, J. (2001). Psicooncología Pediátrica. En J. L. Pereira & J. Tomás (Eds.), *Condicionantes psicossomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia: agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicación, SIDA* (pp. 207-222). Barcelona: Laertes.

Herramientas para Optimizar la Salud Mental y Emocional de Niñas y Niños



María Isabel Valencia Rincón¹⁸
Colegio El Pinar, Cali

Contextualización

En el año lectivo entre 2010 y 2011 el equipo de apoyo interdisciplinario del Colegio El Pinar decidió crear el programa denominado Escuela Saludable. El objetivo general del mismo fue generar conciencia en la comunidad educativa frente a la importancia del pleno ejercicio de su proceso vital y el favorecimiento de las condiciones que proporcionan bienestar físico, mental y emocional. Específicamente, el área de psicología se dedicó a potenciar una cultura mental y emocional saludable, generando un programa de prevención y promoción y destacando el papel de estudiantes y docentes como gestores de su propia salud. La experiencia se aplicó en los niveles de preescolar y básica primaria. El proyecto educativo institucional (PEI) del Colegio se fundamenta en tres aspectos: educación personalizada, enseñanza por procesos y el programa de estimulación de áreas de desarrollo (DAI). El DAI es concebido como una asignatura, ya que cuenta con clases asignadas en el horario semanal. Este espacio fue aprovechado para aplicar la experiencia.

Es importante destacar que el Colegio El Pinar es una institución de enseñanza regular, pero cuenta con estudiantes con diagnóstico de déficit atencional asociado a hiperactividad, también trastorno de conducta oposicional-desafiante, del estado de ánimo (i.e., depresión), de ansiedad (i.e., ansiedad generalizada), de personalidad, del control de los impulsos, y asociado al aprendizaje (i.e., dislexia, discalculia, disgrafia y fallas en procesos de lecto-escritura). A su vez, cuenta con estudiantes que tienen capacidades intelectuales diversas como coeficientes de inteligencia altos, medios (o normales) y bajos. Por lo anterior, promover el fortalecimiento de la inteligencia emocional es fundamental al interior de nuestro sistema.

Muchos de las niñas y niños han vivenciado fracaso escolar en otras instituciones, lo que en múltiples oportunidades incrementa la sensación de incapacidad, inhabilidad para desarrollar procesos escolares, desadaptación y malestar subjetivo frente a las comunidades educativas. Es por esto que se pensó en la implementación del programa Escuela Saludable y en el abordaje de las conductas problema, al ofrecer herramientas para su control y modificación a las niñas y niños. Es de anotar que el entrenamiento en las habilidades para optimizar la salud mental y emocional abarca dos frentes de gran relevancia en la institución.

Los cuales son el desarrollo de comportamientos que favorezcan la convivencia e integración escolar, social y el aprendizaje.

Fundamentación Teórica

Para el desarrollo de los contenidos teóricos del programa se utilizaron dos libros base *La inteligencia emocional de los niños: una guía para padres y maestros* de Lawrence Shapiro (1997) y *El niño sano* de Álvaro Posada Díaz, Juan Fernando Gómez Ramírez y Humberto Ramírez (2010). Ambos textos se fundamentan en el acompañamiento que deben dar padres, madres y docentes en la formación y crianza de niñas, niños y jóvenes al crear un ambiente favorecedor ofreciendo conocimientos, fortaleciendo la autoestima, la creatividad, la autonomía, la solidaridad, la salud y las competencias emocionales. Lo cual les permite vivir adaptativamente en las realidades propias de su país, y en sistemas familiares, sociales y educativos. También, buscan prevenir el acercamiento de los menores a situaciones de peligro (e.g., violencia, adicciones, enfermedades mentales, físicas o emocionales, etc.). Por lo tanto, los contenidos conceptuales de las herramientas tienen sus raíces en el área de la puericultura, que se traduce en el verdadero arte de participar activamente en la crianza.

Objetivos

Como objetivo general, se propuso favorecer la implementación de habilidades, pautas de comportamiento y condiciones en la comunidad educativa que proporcionen bienestar mental, físico y emocional en las niñas, niños y docentes. Conocer y usar las herramientas genera una cultura saludable, promueve bienestar y previene trastornos y problemas. La experiencia fue dirigida a niños de grado kinder hasta quinto de primaria, entre los 4 y los 12 años de edad y a sus docentes titulares. Los resultados obtenidos en el instrumento de autoevaluación evidenciaron promedios de medición de salud mental por encima de 3.7, en una escala de 0 a 5. Igualmente, en los directores de esos grupos bajaron significativamente los problemas disciplinarios y por comportamientos desadaptativos. Se modificaron algunos hábitos alimenticios. El aprendizaje de las herramientas fue relevante pues aun hoy, el programa y lo aprendido es de amplia recordación e implementación, las herramientas son usadas con adolescentes y personas que las requieren.

Más en detalle, el programa buscó: (a) promover una visión optimista y de aprendizaje de cada experiencia; (b) conocer e implementar los buenos modales en diferentes contextos; (c) desarrollar una conducta empática

que promueva la responsabilidad social, el trabajo gregario o en equipo, el mejoramiento en las relaciones interpersonales y la pertenencia a diversos sistemas (escolares, sociales y culturales); (d) fortalecer el uso de la verdad y el desarrollo de valores como honestidad, lealtad, confianza y fidelidad que favorecen las relaciones interpersonales y un comportamiento íntegro; (e) conocer, pertenecer y adaptarse según los sistemas morales y sociales que rigen la comunidad educativa y social en la que viven los menores y docentes; (f) tener una nutrición saludable de los menores, previniendo así el desarrollo de enfermedades; (g) afrontar la realidad, adaptándose a la misma y generando habilidades de resiliencia, supervivencia y resolución de conflictos en los participantes; (h) generar diálogos internos que ayuden a regular las emociones y la conducta; (i) idear y aplicar acciones que den soluciones efectivas a una situación; y (j) relacionar cada herramienta con un símbolo que favorezca la fácil recordación de la misma.

Metodología para el Desarrollo de la Experiencia

Se utilizó la hora semanal que tiene la asignatura, durante un trimestre se enseñó y trabajó cada una de las herramientas con su respectiva ficha. El método fue enseñanza por procesos (Tabla 1). Se hizo una formación inicial en la cual se trató de observar

conceptos previos, generar motivación para el tema y expectativas. Luego se efectuó la formación cognitiva (i.e., aprendizaje del concepto a transmitir), se hizo la formación psicomotriz de actividades específicas y la evaluación, que se realizó al final del trimestre y en la que el estudiante debió construir la caja de herramientas con sus símbolos correspondientes.

Tabla 1
Cronograma de actividades y recursos por etapa para el desarrollo de la experiencia

Etapa	Actividades	Recursos
Inicio Identificación de un ser saludable (SS): "¿quién es un SS?". Persona que tiene el pleno ejercicio del proceso vital humano y la adaptación a distintas situaciones, contando con bienestar físico, mental y emocional	1. Estudio del ciclo vital: fecundación, "el milagro de la vida"; niñez "aprendizaje"; adolescencia, "las señoras hormonas"; adultez, "elecciones, decisiones y hobbies"; vejez, "relajación, sabiduría y experiencia"; y muerte, "regresar a casa" 2. Definir a un SS: se estudió la canción <i>Hakuna Matata</i> y se analizó el concepto de enfermedad a través de las aflicciones de los personajes de <i>Cartoon World</i> (videos)	Se elaboró material físico: fichas, videos, juegos de mesa. Se realizaron actividades motrices (i.e., mascarillas), visitas al Parque de las Garzas, situaciones de juego de roles y análisis de canciones
Desarrollo Se efectuó el entrenamiento en las herramientas para optimizar la salud física, emocional y mental de los menores y docentes	Cada herramienta, tuvo su ficha y sus actividades específicas. Se relaciona cada una con un símbolo físico para fortalecer su recordación	Ficha de cada herramienta, test, videos, ejercicios motor "ponerse en los zapatos de otros", cuentos infantiles, rompecabezas, cuestionarios, laberintos, viñetas y película "Cadena de favores"
Finalización Cada estudiante debió elaborar en casa su caja de herramientas como tarea, traerla al colegio, sustentarla y efectuar el proceso de autoevaluación (implementación de la misma)	Elaboración de la caja con los 9 símbolos	Cada estudiante creó su caja con diversos materiales: plastilina, papel, objetos, foamy y juguetes

Nota: Para todas las etapas los responsables fueron María Isabel Valencia Rincón como orientadora, y los alumnos y docentes como participantes de las actividades.

Beneficiarios de la Experiencia y Sostenibilidad

Los beneficiarios directos fueron los grupos de transición hasta quinto de primaria (hubo 2 cursos de grado cuarto). Es decir, un total de 82 alumnos, 7 docentes titulares, 1 coordinador académico y 1 coordinadora de equipo de apoyo, fueron los participantes organizados en 7 grupos intervenidos. Toda la comunidad educativa fue beneficiaria indirecta: padres, docentes e incluso en la actualidad continúan utilizándose las herramientas en menores que no recibieron el entrenamiento. En este momento, el programa se está implementando en el Jardín Infantil Montessori de la Ciudad de Cali.

Monitoreo, Evaluación de la Experiencia y Resultados

Para el monitoreo y la evaluación se tuvo en cuenta:

- El aprendizaje conceptual y la implementación individual de cada herramienta
- El uso de las fichas asignadas a las herramientas
- El indicador de convivencia escolar de cada grado
- La nota cuantitativa de disciplina
- El seguimiento mensual a través del observador del estudiante

- La nota general de salud mental dada a los padres en el informe evolutivo final de los niños que asisten a apoyo específico y las sugerencias de áreas para reforzar

En cuanto a los resultados a nivel general, al finalizar el proceso de conocimiento e implementación de las herramientas se hizo una evaluación con los menores y docentes titulares, cada uno autoevaluó cómo las estaba usando en su vida cotidiana. Se efectuó un análisis de sus apreciaciones para determinar la salud mental de cada grupo y de los profesores participantes.

La Figura 1 revela los resultados de los puntajes promedio de la autoevaluación de cada una de las herramientas; a saber, optimismo, buenos modales, empatía, verdad e integridad, vergüenza, culpa y moral, nutrición saludable, principio de realidad, autorregulación y regulación de problemas.

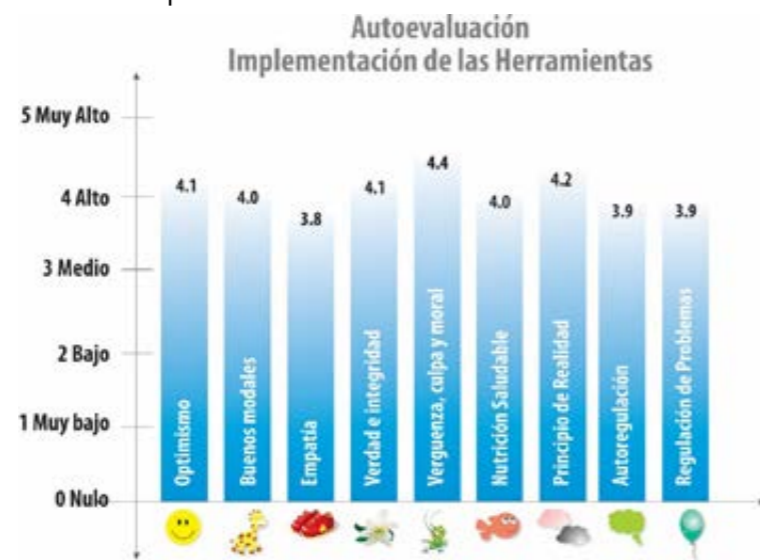


Figura 1. Autoevaluación de la implementación de herramientas del programa Escuela Saludable.

Conclusiones y Proyecciones

El promedio en la autoevaluación fue de 4.04 incluidos los 7 grupos. El 80% de la población intervenida de estudiantes tiene adecuados niveles de salud mental y emocional. Lo anterior arroja un pronóstico favorable de comportamiento, adaptación, convivencia comunitaria, ambientes de aprendizaje positivos, relaciones personales adecuadas, adultos competentes y con altos niveles de inteligencia emocional.

El promedio de los docentes en la autoevaluación fue de 4.5. El 90% del profesorado tienen niveles adaptativos de salud mental y emocional. Lo que permite que tanto profesores como profesoras desempeñen su labor adecuadamente y sean modelos de comportamientos emocionalmente inteligentes. Se logró desarrollar una sensibilización en la población de pre-escolar y primaria basada en una conciencia moral. Se destaca que esta herramienta tuvo la mayor nota promedio 4.4. Los estudiantes diferencian entre acciones positivas y negativas, adaptativas y desadaptativas, sanas e insanas, actos de bondad y mezquindad. Además, pueden asumir sus errores y tratar de restaurarlos.

Se destaca que la población es de menores con una tendencia marcada a vivir, enfrentar y asumir la realidad. Lo cual les permite escalar en un futuro los peldaños de una adultez madura, evidencian también una visión optimista de las situaciones, utilizan la verdad con alta frecuencia, tienen una fuerte oposición y rechazo frente al uso de la mentira. A su vez, han aprendido y tratan de ajustar sus acciones en un contexto de buenos modales. Se refirieron cambios de hábitos alimenticios: mayor consumo de agua, de pescado y carnes blancas; sustituyendo las gaseosas y alimentos procesados y con altos contenidos de grasas (e.g., comida chatarra y de paquetes).

Se orientó el refuerzo en los siguientes años, este se enfocó principalmente a aprender y desarrollar la habilidad personal de empatía, la autorregulación de las emociones y enseñarles diversos conceptos relacionados con la inteligencia emocional, la madurez, conductas de equilibrio, desarrollo de procesos secundarios de pensamiento (y contribuir a un desarrollo óptimo del neocórtex), responsabilidad personal y conducta empática. La asociación entre cada herramienta y el símbolo visual

fue altamente efectiva, aun los menores que recibieron el entrenamiento recuerdan las herramientas y la elaboración de la caja que las representaba. Los recursos físicos creados para la aplicación del programa, actualmente son utilizados y siguen vigentes, incluso en población de edades superiores (adolescentes y adultos) y en niños que no recibieron el entrenamiento.

Es un programa que fácilmente es aplicable en cualquier institución educativa, de salud u organizacional que quiera prevenir y promover el bienestar mental y emocional de sus miembros. Incluso podría apoyar la generación de campañas a nivel de ciudad o de estado con el mismo fin. El programa alienta el trabajo interdisciplinario y evidencia que tanto estudiantes como docentes deben ser vistos como seres integrales, y no solo enfocarse en el quehacer académico y pedagógico. Se logró en un primer momento un acercamiento con el Dr. Lawrence Shapiro, quien recoge experiencias a nivel mundial. El programa Escuela Saludable podría contribuir en investigaciones nacionales e internacionales sobre el tema de inteligencia emocional.

Referencias

Posada Díaz, A., Gómez Ramírez, J. F., & Ramírez, H. (2010). *El niño sano*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
 Shapiro, L. (1997). *La inteligencia emocional de los niños: una guía para padres y maestros* (A. Tiscornia, traducción al castellano). Buenos Aires: Javier Vergara Editor S.A.

Proyecto de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes de Intento Suicida en la Sala de Hospitalización de Salud Mental



Ángela María Gómez Vélez¹⁹
*Hospital Universitario del Valle, Cali*²⁰

Este proyecto tuvo como objetivo general realizar una intervención psicoterapéutica a pacientes con intento suicida orientada a la creación de un protocolo de evaluación. La teoría psicoanalítica es el marco conceptual referencial a lo largo del proyecto, así como en la creación del protocolo de evaluación. El presente estudio cualitativo e interpretativo pretende arrojar como resultado un nuevo protocolo de evaluación de intento suicida.

¹⁹ Psicóloga clínica. Correo electrónico: angelaagomez@hotmail.com

²⁰ El HUV está ubicado al sur de la ciudad de Santiago de Cali, su dirección es Cl 5 No. 36 – 08 barrio San Fernando

*Fotografía Colombia 123rf

Los destinatarios del proyecto son los pacientes de la Unidad Salud Mental (USM) del Hospital Universitario del Valle (HUV), personas en condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad, la mayoría de ellos habitan en la ciudad de Cali. Sin embargo, también existe una población importante que habita el occidente colombiano; es decir, pacientes de ciudades, pueblos y corregimientos aledaños a la ciudad y pertenecientes a los departamentos de Nariño, Chocó, Cauca y Valle pues el HUV es el hospital más grande de estas regiones.

El trabajo se efectuó entre el 21 de julio del 2015 y el 21 de agosto del 2016. Dadas las condiciones especiales del Hospital, al ser categoría 3 de alta complejidad y al prestar sus servicios a las personas pertenecientes del régimen subsidiado, ha aparecido la necesidad de alimentar su grupo de profesionales con la vinculación de practicantes en las diferentes áreas del saber. De ahí que particularmente en salud mental se requieran practicantes de psicología clínica, terapia ocupacional, residentes de psiquiatría y medicina familiar e internos de medicina para que aporten en la atención de pacientes en el área de

hospitalización y de consulta externa. Dicho grupo profesional trabaja en pro del bienestar no solo de los pacientes, sino también de sus familiares, quienes llegan a ser muy importantes en el tratamiento del paciente ofreciendo un acompañamiento integral.

Con el propósito de realizar el diagnóstico acerca de las situaciones que necesitan mejorar en la Unidad, se realizó una conversación entre la trabajadora social encargada y las psicólogas de la USM. También se empleó la observación, realizada en el transcurso del primer mes, teniendo especial énfasis en las dos semanas de capacitación en las cuales se evidenciaron variadas situaciones consideradas como aspectos a mejorar.

Problemáticas Identificadas

A partir de la observación en la sala de hospitalización de la USM —de las conversaciones y entrevistas con pacientes, equipo médico, cuidadores y las supervisoras académica e institucional— se encontraron las siguientes brechas:

El aislamiento²¹ que en sí mismo implica la hospitalización, en algunos casos no favorece la dirección de la cura (Escobar-Córdoba, Hernández-Yasnó, y Pedreros-Velásquez, 2009).

21 Según la **American Psychiatric Association** (APA), el aislamiento es definido como "aislamiento a puerta cerrada con llave" o como "confinamiento involuntario de una persona en una habitación a solas para impedir físicamente la salida de ésta (sic)". Otros autores lo definen como la reclusión supervisada de un paciente aislado en un cuarto por un periodo determinado de día o de la noche para su protección y salud o evitar daños serios (Escobar, et al., 2009)

“ De ahí que particularmente en salud mental se requieran practicantes de psicología clínica, terapia ocupacional, residentes de psiquiatría y medicina familiar e internos de medicina para que aporten en la atención de pacientes en el área de hospitalización y de consulta externa. ”



*Fotografía autor(es)

Figura 1. Porcentaje de pacientes que ingresaron por intento suicida a la USM del HUV en el año 2014. Fuente: elaboración propia.

La falta de actividades diarias para los pacientes como ver televisión, escuchar música, pintar, cantar, colorear los inquieta y los lleva a la angustia, ya que la sala al momento de la observación no contó con tales condiciones.

Una vez los pacientes salen de hospitalización, bien sea por orden del equipo médico o por alta voluntaria, son remitidos a otro profesional (i.e., psiquiatra o psicólogo) de consulta externa, lo que entorpece el encuadre terapéutico, pues no es posible la continuidad con el mismo profesional. En algunos casos entorpece la adherencia al tratamiento.

La falta de comunicación interna entre el personal de salud.

La falta de recursos físicos que favorezcan el bienestar del paciente.

El formato suministrado por el *Protocolo de vigilancia epidemiológica* en Intento Suicida —establecido por la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Santiago de Cali (s. f.) para ser aplicado a pacientes que ingresan al área de hospitalización de la USM del HUV, que corresponde al 19% de la población total que ingresa a esta Unidad— no es suficiente para la evaluación psicológica, pues da cuenta de aspectos muy limitados de la condición del paciente.

Cerca del 19% de pacientes ingresa a la USM por intento suicida. La Figura 1 da cuenta de ello en un estudio realizado por el personal asistencial de la unidad en el año 2014.



Problemática Seleccionada y Justificación

Dado que el inicio de la práctica profesional se dio en el área de hospitalización de la USM, se pudo identificar que cerca del 19% de los casos que consultan y que requieren de hospitalización son por intento suicida. Para la evaluación de estos casos se dispuso del *Protocolo de vigilancia epidemiológica en Intento Suicida* (Alcaldía de Santiago de Cali, s.f.). Este protocolo presenta algunos vacíos a la hora de realizar una indagación a profundidad del suceso, la vida del paciente y sus cuidadores. Se tuvo en cuenta que dicho protocolo era el único mecanismo técnico disponible al que el profesional de la salud podía acceder con el fin de evaluar el intento suicida. Esto generó que los profesionales de psicología acudieran a otros mecanismos de evaluación más rigurosos y profundos que lograran dar cuenta de aspectos fundamentales (i.e., enfermedad actual, vida del paciente y vida de los cuidadores) para el tratamiento a llevar a cabo.

De esta manera, en este proyecto se diseñó un nuevo protocolo adicional que busca dar cuenta de manera integral sobre la historia de la enfermedad, la vida del paciente y el vínculo que ha construido con sus familiares. No se pretende sustituir el protocolo existente, sino que se aspira a complementar el protocolo entregado por las autoridades de salud.

El proyecto de práctica también se centró en analizar la actual manera de proceder del equipo médico frente a un paciente que ha realizado un intento suicida. Para esto, se llevaron a cabo entrevistas no estructuradas con los pacientes que han intentado suicidarse y sus respectivos cuidadores sobre temas relacionados con el tratamiento que han recibido por parte del equipo de psicólogos. Del mismo modo, se realizó una serie de entrevistas al equipo de psicólogos sobre la manera en la que procedieron o llevaron a cabo el tratamiento. Así mismo, se tuvieron en cuenta las estadísticas que dan cuenta de la afluencia de la gente que consulta a la USM por intento suicida.

Objetivo General

Diseñar un protocolo de evaluación que facilitó la lectura inicial del paciente con intento suicida; se tuvo presente la singularidad del caso, se evaluaron la enfermedad actual, la dinámica familiar y los antecedentes de salud mental.

Objetivos Específicos

Como objetivos específicos se pretendió: (a) recopilar en pacientes y cuidadores las brechas que ellos mismos identifican en el encuadre inicial con el equipo asistencial, para lo cual se aplicó el *Protocolo de vigilancia epidemiológica en Intento Suicida* (Alcaldía de Santiago de Cali, s.f.); (b) realizar entrevistas semiestructuradas



*Fotografía autor(es)

al equipo de psicólogos que den cuenta de cómo tuvieron que llevar a cabo la evaluación al paciente con intento suicida; (c) extraer a partir de la psicoterapia individual —con pacientes ingresados por intento suicida— la dinámica familiar, los factores de riesgo y de protección que se pueden incluir en el protocolo de evaluación; y (d) verificar la idoneidad del protocolo de evaluación, a partir de entrevistas realizadas al mismo equipo de psicólogos posterior a su aplicación.

Los recursos tuvieron que ver con el uso del espacio físico en el Hospital. En todos los casos las consultas clínicas con los pacientes se llevaron a cabo en los consultorios del área de Consulta Externa y en las camillas de los pacientes que se encontraban hospitalizados. Las capacitaciones se llevaron a cabo en un auditorio del que dispone la misma Unidad. Este proyecto se hizo en un marco de práctica profesional, no existió una remuneración. Además, también se tuvo en cuenta la situación de déficit financiero del HUV presente en la actualidad, por lo que todos los recursos económicos fueron asumidos por la persona realizadora de este trabajo. En la Tabla 1 se muestran los momentos con los que contó el proyecto de práctica profesional.

Tabla 1
Planes de acción y objetivos del proyecto de práctica profesional

Plan de acción	Objetivo
Revisión bibliográfica sobre protocolos de intervención	Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva que permita identificar la metodología empleada para la construcción del protocolo, así como el estado del arte sobre modos de intervención en el paciente suicida
Psicoterapia individual a pacientes	Realizar psicoterapias individuales orientadas a identificar la dinámica familiar, los factores de riesgo y de protección en pacientes con intento suicida. Esto con el fin de extraer datos que puedan incluirse en el protocolo de evaluación
Aplicación de pruebas psicológicas: Test de la Familia y uso del dibujo	Identificar redes de apoyo y dinámica familiar, así como el lugar y el rol que ocupa el paciente dentro de su dinámica familiar
Entrevista no formal a padres y cuidadores del paciente	Contrastar la información brindada por el paciente con el relato familiar, así como recopilar aquellas falencias que ellos mismos identifican en el encuadre establecido por el equipo asistencial
Entrevista estructurada a equipo de psicólogos de la unidad	Investigar sobre el quehacer del psicólogo en la evaluación del intento suicida en sus pacientes y las herramientas psicoterapéuticas adicionales a las que han tenido que recurrir para tal fin
Confección del Protocolo de Evaluación del Intento Suicida	Crear el protocolo de evaluación a partir de la información recopilada en las entrevistas, el contacto directo con los pacientes y cuidadores y la revisión bibliográfica
Aplicación del Protocolo de Evaluación creado	Verificar la idoneidad del protocolo por medio de la aplicación del mismo a pacientes hospitalizados



*Fotografía autor(es)

Durante el año de práctica, los primeros cuatro meses el practicante está en el área de hospitalización; posteriormente, cuatro meses en consulta externa; y los dos últimos meses en hospitalización de nuevo. Debido a que esta rotación permite utilizar los cuatro primeros meses en la realización del proyecto, los seis siguientes para la rotación con pacientes en consulta externa y los dos últimos meses de nuevo en hospitalización, es posible verificar la idoneidad del protocolo.

El protocolo permite que el equipo de psicólogos obtenga resultados cuantitativos de la evaluación que hacen de sus pacientes, quienes han llevado a cabo un intento de suicidio. Igualmente, el Protocolo de Evaluación Para Intento suicida se continuó utilizando en la USM del Hospital por parte de los psicólogos que hacen parte del equipo multidisciplinar que

atiende a los pacientes que a diario consultan.

La toma de datos y aplicación del *Protocolo de vigilancia epidemiológica en Intento Suicida* inició en el mes de abril del 2016. Desde entonces han ingresado únicamente a hospitalización dos pacientes cuyo diagnóstico está relacionado con el intento suicida.

Debido a los fines evaluativos de este trabajo, se reconoce que la muestra poblacional, hasta la fecha de entrega final del proyecto de práctica, es reducida para la evaluación completa del último objetivo específico que corresponde al plan de acción Aplicación del Protocolo de Evaluación creado en la Tabla 1. Como ejercicio académico, se muestran en este reporte los dos protocolos aplicados que han sido mencionados con anterioridad y que hasta el momento han arrojado los siguientes resultados:

1. Según los psicólogos que han aplicado el protocolo, este cumple su propósito ya que permite la evaluación de la historia del paciente, la historia de la enfermedad y la historia familiar de los pacientes que ingresan por intento suicida a la USM del HUV.
2. Se hace necesaria la modificación de una de las preguntas que incluye el protocolo en el área que evalúa la "Caracterización del Intento Suicida (cada uno o los más relevantes)" que incluye "Mecanismo y justificación de por qué este método y no otro", se modifica en el protocolo final por: "Mecanismo", debido a que en el momento de la aplicación, preguntarle al paciente acerca de por qué ese mecanismo y no otro, es una pregunta que puede resultar como llamado a la angustia pues el paciente podría llegar a confrontarse a sí mismo o entrar en conflicto entre la idea de, por ejemplo, haber usado un cuchillo, y uno una cuchilla de afeitar para los cortes que se haya realizado.

3. Se requiere capacitar al entrevistador en el modo en el cual se debe aplicar el protocolo, pues aparece la necesidad de que algunas de las preguntas se completen en el formulario en un espacio alejado del paciente donde el psicólogo pueda llevar a cabo el análisis del Intento suicida.

Respecto a la calidad de vida de los pacientes, se podría considerar que el efecto fue positivo ya que aparentemente las autolesiones y comportamientos de riesgo suicida cesaron y, en el periodo de la experiencia, no reincidieron. A su vez, se intuye que la incidencia en las familias fue directa. Como sistema de relaciones, el hecho de que un miembro de la familia presente un problema de salud mental hace *tambalearse* al sistema completo. Por ello, y debido a características propias del ejercicio del control y la demanda al interior de la familia, una de las estrategias utilizadas fue remitir a la familia completa a terapia. Además, en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta que el problema del paciente es con la madre, se remitió a ellas a consulta individual para tratar temas propios del desarrollo del ciclo vital en el que se encontraban sus hijas y temas relacionados con ellas mismas que tenían incidencia en la crianza de sus hijas adolescentes.

A partir de la implementación del protocolo de evaluación del riesgo suicida, se detonaron cambios en la organización. Se logró una mejor gestión de la información recopilada con cada paciente, porque el protocolo obliga a explorar ámbitos de vida específicos y a consignarlos en la historia. De forma que se mejoró la formulación clínica de los casos y la comunicación de información relevante en el contexto hospitalario. Además, debido a que se evidenciaron las capacidades de orden técnico de los psicólogos en la evaluación y diagnóstico se logró posicionar su labor frente a los pacientes y los otros profesionales del equipo de salud, ya que tradicionalmente la labor de la psicología se encontraba subordinada a la medicina.

Esta experiencia es demostrativa ya que puede plantearse como una innovación en la evaluación, diagnóstico e intervención de pacientes con conducta suicida que puede ser transferida a otros contextos sociales y de intervención y que al implementarse cuenta con beneficios expandidos.



*Fotografía autor(es)

Referencias

Alcaldía de Santiago de Cali. (s.f.). *Intento suicida. Protocolo de vigilancia epidemiológica* Documento inédito: Grupo de Epidemiología y Salud Pública].

Escobar-Córdoba, F., Hernández-Yasnó, M. A., & Pedreros-Velásquez, J. (2009). Aislamiento en pacientes psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [internet], 31.

Alzando el Vuelo. Experiencia del Proyecto Ícaro para la Promoción de Resiliencia y Cuidado de la Salud Mental en Jóvenes de Medellín



Esteban Páez Zapata²², Eneida Puerta Henao²³, José Camilo Botero Suaza²⁴, Marta Martínez Gómez²⁵, Atanael Barrios Loaiza²⁶, Daniel Alfonso Montoya Vásquez²⁷, Eliana Londoño Gómez²⁸, & Juliana Colorado Duque²⁹
Universidad de Antioquia, Medellín

Presentación

Usted —sí, usted que está sentado— en algún momento ha pensado en las cosas que debieron haber sucedido para que pueda estar leyendo este texto en su dispositivo. Hagamos un breve ejercicio mental sobre lo que fue necesario para que usted haya aprendido a leer; y es que este proceso, el cual abre las puertas al conocimiento y que no es sencillo, requiere de una disciplina constante y de un talento excepcional. ¿Cómo fue posible que siendo apenas un niño (o un adulto en cuyo caso es aún más loable) haya podido aprender a leer? ¿Quién pudo estar cerca para alentarle, corregirle o discutir aquello que las palabras iban revelando? ¿Una madre, un padre, una abuela, un tío o tía, un profesor, una enfermera, un amigo, una señora muy querida, un policía, un sacerdote, o un psicólogo?

La cooperación y empatía de otros con respecto a lo que podemos hacer, nuestras capacidades y nuestras potencialidades es en gran medida lo que nos ha permitido ser las personas que somos, y más importante aún, estar *resilientes* ante los retos que la vida impone. Bajo esta premisa, entendida como una relación recíproca entre las potencialidades y competencias de una persona, y las posibilidades y ofertas que tiene el contexto (e.g., familia, barrio, servicios o ciudad) son las que marcan el proceso de promoción de la resiliencia. En la lógica de la resiliencia ecológica (Ungar, 2008), el superar adversidades solo es posible si se ponen en comunicación los recursos personales con los recursos que ofrece el contexto.

Y es que el desarrollo positivo en el joven, es el resultado de la conjunción entre unos recursos personales y otros contextuales (Lerner, 2008). Saber leer, como hemos dicho, es el resultado de orientar unos recursos personales, como las conexiones neuronales, que permiten el proceso cognitivo de la lectura, la motivación intrínseca y otra serie de procesos psicológicos de percepción y memoria; estos a su vez conectados con la oferta del contexto. Ahora bien, en el paradigma de la resiliencia un concepto aflora con ímpetu y es el de *tutor de resiliencia* término acuñado por Cyrulnik (Puig & Rubio, 2011). Este por lo general (aunque no exclusivamente), es una persona que sirve de enlace entre

22 Psicólogo. Correo electrónico: jestebanpaezz@gmail.com

23 Psicóloga. Correo electrónico: puertaeneida@gmail.com

24 Psicólogo. Correo electrónico: jcamilo.botesua@gmail.com

25 Psicóloga. Correo electrónico: maramar07@gmail.com

26 Psicólogo. Correo electrónico: tanabarrios@gmail.com

27 Psicólogo y estudiante de Física. Correo electrónico: daniel.montoyav@gmail.com

28 Trabajadora Social. Correo electrónico: elianalg89@gmail.com

29 Trabajadora Social. Correo electrónico: julicolo5@gmail.com

“
Bajo esta premisa,
entendida como
una relación
recíproca entre las
potencialidades y
competencias de
una persona, y
las posibilidades y
ofertas que tiene
el contexto
”

las potencialidades del individuo, sus talentos, aptitudes y actitudes y las oportunidades del contexto entendido como organizaciones, instituciones, programas, proyectos, servicios, entre otros.

En este texto se presenta en detalle una experiencia de intervención en salud mental que ató estos conceptos de forma coherente y programática con el ideal de mejorar las condiciones de vida, el goce efectivo de derechos y el ejercicio de la ciudadanía en jóvenes que viven en contexto de vulnerabilidad social en la ciudad de Medellín, Colombia.

Población o poblaciones participantes. El proyecto Ícaro se llevó a cabo en 10 comunas de Medellín y trabajó con jóvenes en riesgo de vulnerabilidad social, entendida como estar expuesto a condiciones de fragilidad en ambientes y situaciones socio-económicas tensas; como por ejemplo, situaciones de marginalidad y delincuencia, discriminación racial o de género, exclusión socio-laboral, problemas de salud mental, baja cohesión social o familiar, o pocas oportunidades de participación.

El grupo de profesionales del proyecto Ícaro, del cual más de la mitad de sus integrantes eran jóvenes, reflexiona sobre las deudas sociales que tenemos con la ciudad y su gente. Deudas que

no son solo por los muertos, son por las familias, madres, padres, hijos y nietos que sobrevivieron a una época de intensa violencia en el pasado, que padecieron sus consecuencias y que esperan no volver a repetir historias pese a las dificultades para sortear la salud mental.

En total el proyecto trabajó con 700 jóvenes entre los 14 y 28 años de edad en situaciones de riesgo y vulnerabilidad social³⁰ habitantes de las comunas 2, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 16, 60, y 80. En cuanto a género, las mujeres presentan ligeramente mayor representatividad en el análisis con un porcentaje cercano al 54%. A pesar de tener un enfoque diferencial y de la participación de personas con género diverso, estas condiciones no fueron tomadas en cuenta para el análisis de condiciones sociodemográficas.



Fotografía autor(es)

30 La vulnerabilidad social entendida como la existencia de condiciones contextuales como violencia, conductas de riesgo, y dificultades para el goce de derechos como la educación, la salud, el trabajo y la recreación.



En la mayor parte de la población joven intervenida, el estrato socioeconómico de su vivienda tiene nivel 1, 2 o 3 (95%); además hubo una participación, aunque baja, de personas con alguno tipo de condición especial como discapacidad, entre otras (2.5%).

Situación espacio-temporal. El proyecto Ícaro se implementó durante los años 2014 y 2015,

tiempo en el cual simultáneamente se materializó la creación de la Secretaría de la Juventud mediante la formulación de la política pública de juventud de Medellín y su posterior plan de implementación (Plan estratégico de juventud 2016-2027 (Alcaldía de Medellín, 2015)); esto acompañado de una administración municipal que priorizó a los jóvenes dentro de su plan de desarrollo. Para la formulación del proyecto, se realizaron dos investigaciones

durante los años 2012 y 2013, una de carácter cualitativo con 47 entrevistas siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada y una investigación de carácter cuantitativo con la participación de cerca de 2000 jóvenes en un estudio de caracterización de las condiciones de violencia y resiliencia.

Los resultados del proyecto han permitido plantear formas de intervención en jóvenes y proponer esquemas de trabajo en los cuales se combinan el fortalecimiento individual con la oferta de servicios de la ciudad y que en la actualidad, durante el 2017, se materializan en otros proyectos de la administración municipal dirigidos a promover la asociatividad y participación juvenil y la prevención de la violencia.

Antecedentes

Qué Sabemos. Medellín es un ejemplo claro de tensiones, pues a pesar de su crecimiento económico y sus reconocimientos como ciudad innovadora y transformadora sigue siendo una de las ciudades más inequitativas del país, con uno de los índices de desempleo juvenil más alto y con una importante participación de jóvenes en medio del conflicto; en Medellín, de manera histórica, la mitad de los muertos por homicidio ha de sido personas entre los 14 y los 28 años (Alcaldía de Medellín & Secretaría de la Juventud, 2015).

Qué Intuimos. Ahora bien, es sabido que la mayoría de programas dirigidos a jóvenes se han centrado en la prevención y en la mitigación de sus problemáticas. En sí, el joven ha sido percibido como un sujeto problematizado al que hay que atender, controlar o recuperar; sin embargo la intuición es que nuevos programas aparecen con



*Fotografía autor(es)

una visión más positiva del joven, en la cual este se entiende como un sujeto crítico, transformador y con potencialidades para mejorar su vida y la de su entorno.

Qué pretendemos. Las investigaciones adelantadas por la línea de investigación en resiliencia, y los resultados de las revisiones de evidencia científica en el tema de promoción del desarrollo positivo en jóvenes y promoción de resiliencia, han mostrado cómo una figura significativa permite el encuentro entre las potencialidades del individuo con los recursos del contexto (Hernández-Holguín, Sánchez, Páez, & Montoya-Vásquez, 2016; Montoya Vásquez, Puerta Henao, Hernández

Holguín, Páez Zapata, & Sánchez Gómez, 2016). Este proyecto surge entonces tras el trabajo riguroso de años recuperando y levantado evidencia científica. También, surge en una lógica de generar programas guiados por el conocimiento científico y estableciendo una tecnología social para las intervenciones en salud mental, vinculando de cerca la participación y validación de expertos en los temas de atención, y a los jóvenes quienes han sido constructores de manera conjunta de este proyecto.

Propósitos

El proyecto Ícaro tuvo como objetivo promover capacidades resilientes en jóvenes de 14 a 28 años que se encuentran en riesgo y vulnerabilidad social mediante la apropiación de ciudad, el fortalecimiento de habilidades, el trabajo intersectorial, y la gestión social del conocimiento contribuyendo a su desarrollo positivo.

Recursos

El proyecto Ícaro contó con financiación tripartita entre la Universidad de Antioquia, la Alcaldía de Medellín y cooperación internacional por parte del Instituto para el desarrollo de la investigación de Canadá y la Universidad de Dalhousie, Canadá.

Durante su desarrollo participaron alrededor de 60 profesionales de diversas áreas sociales y de la

salud, en su mayoría psicólogos pero también participaron trabajadores sociales, politólogos, sociólogos, abogados, enfermeras, administradores de salud, gerentes en sistemas de información en salud, entre otros. Muchos de ellos jóvenes recién egresados con el ánimo de fortalecer sus propias posibilidades de empleabilidad a futuro. El costo total del proyecto por 10 meses de operación fue cercano a los dos mil cuatrocientos millones de pesos.

Metodología

El proyecto tiene cinco componentes que están alineados con los postulados de la resiliencia ecológica: fortalecimiento individual y social, intersectorialidad, gestión social del conocimiento, investigación evaluativa, y formación en resiliencia y mediación juvenil.

El componente de fortalecimiento individual y social del proyecto Ícaro se constituye como la estrategia central. Implica un proceso de atención psicosocial a grupos de 25 jóvenes acompañados por un profesional llamado tutor de resiliencia en al menos dos ciclos de trabajo, de una duración de cuatro a cinco meses por ciclo. Un primer ciclo se desarrolla con las estrategias simultáneas de encuentros experienciales grupales y seguimientos individuales, y un segundo ciclo con las estrategias de laboratorios experienciales y seguimientos individuales.

“ Durante su desarrollo participaron alrededor de 60 profesionales de diversas áreas sociales y de la salud, en su mayoría psicólogos ”

Los encuentros experienciales grupales son espacios de trabajo grupal con los y las jóvenes que transcurren por tres momentos progresivos de fortalecimiento (i.e., reconocimiento de sí y de los otros, el fortalecimiento del plan a futuro de los jóvenes, y el uso de ciudadanía). Los seguimientos individuales son espacios de consejería, asesoría y escucha activa individual y acompañamiento personal que realiza el tutor de resiliencia. Por otra parte, los laboratorios experienciales son actividades estratégicas que se diseñan de manera vivencial, cuya finalidad central es la motivación y orientación ocupacional o vocacional de los y las jóvenes. Cada laboratorio es dirigido a un núcleo temático de inmersión en experiencias reales, entre los núcleos priorizados se consideraron las ciencias sociales, las ciencias de la salud, las estrategias comunicacionales (i.e., ciencias de la comunicación), la ciencia y tecnología, las ocupaciones y oficios, el arte y la cultura, y el deporte y la recreación.

El componente de intersectorialidad busca acercar la oferta de la ciudad a las necesidades e intereses de los jóvenes, y maneja cinco líneas de acción: salud, restitución de derechos, educación, deporte, arte y cultura, y trabajo y emprendimiento.

El componente de investigación evaluativa busca establecer hasta qué punto el proyecto Ícaro alcanza sus objetivos mediante

una evaluación cuantitativa de resultados, y al mismo tiempo busca analizar cómo los involucrados viven subjetivamente el proceso de participación en el proyecto mediante una evaluación cualitativa de procesos y resultados. Por su parte, el componente de gestión social del conocimiento se orienta a promover la apropiación social del conocimiento generado en el proyecto, produciendo contenidos comunicativos para visibilizar los aprendizajes y resultados generados en el mismo, de modo que otros actores se puedan beneficiar de estos.

El componente de formación busca que jóvenes que muestran actitudes y capacidades de



*Fotografía autor(es)

liderazgo pasen por un proceso de formación que les permita fortalecer sus conocimientos en cuanto a la resiliencia y la apropiación de servicios de ciudad, y de este modo construyan y desarrollen una propuesta de trabajo en su comunidad que los convierta en multiplicadores de los conocimientos adquiridos.

Resultados

Para la evaluación de resultados se planteó un diseño mixto de investigación, el cual se hizo secuencial. Para la evaluación de efectos se realizó un pre-experimento en el que se compararon los resultados del pre-post versus el ex-post sin comparación con grupo control; además la selección de los participantes no fue aleatoria puesto que esta se hizo por convocatoria pública a la cual asistieron, a las citas para la selección de participantes, aquellos jóvenes más interesados. Para el análisis de los resultados se utilizó el método de diferencia de varianza por el cual se pudo determinar las diferencias significativas en las escalas psicosociales utilizadas en el estudio.

Los instrumentos y escalas utilizados se listan en la nota al pie,³¹ esta batería de instrumentos permitió establecer una medida general de las condiciones con las que ingresaron los sujetos al programa y poder establecer comparaciones al finalizar. Los jóvenes pertenecientes al proyecto y que participaron en al menos el 80% de la intervención perciben mayores probabilidades y oportunidades para alcanzar metas, incrementaron el uso de servicios de ciudad, restitución de derechos, actividades culturales, servicios de acceso al empleo y emprendimiento, servicios de salud y oportunidades de educación.

La Figura 1 muestra las diferencias en cuanto al desarrollo positivo de los jóvenes a través de 4 mediciones que tuvo el proyecto, al inicio y final del 2014 y de igual manera en el 2015. Los cambios en el puntaje general de desarrollo positivo así como los cambios en sus dimensiones (i.e., confianza, competencia, conexión, carácter y cuidado) fueron positivos con representación estadística para las aplicaciones pre y post realizadas.

31 Baessler, J., & Schwarzer, R. (1993). Escala de autosuficiencia generalizada EAG Delgado, et al., (2011) Escala para la planificación y toma de decisiones; Lozano, S. (2006). Escala de autosuficiencia para la toma decisión de carrera; Montoya, Restrepo, & Duque, (2011). Child and youth resilience measure (cyrm) version validada para población colombiana Lerner R. , y otros, (2005) Test de las 5 competencias diseñado por Lerner, et al y que hace parte del 4-HSQ Alcaldía de Medellín. (2011). Dimensión del desarrollo del ser joven (indic de desarrollo juvenil); WHO ASSIST Working Group, (2002) Alcohol smoking and substance involvement; y Screening tst Assist

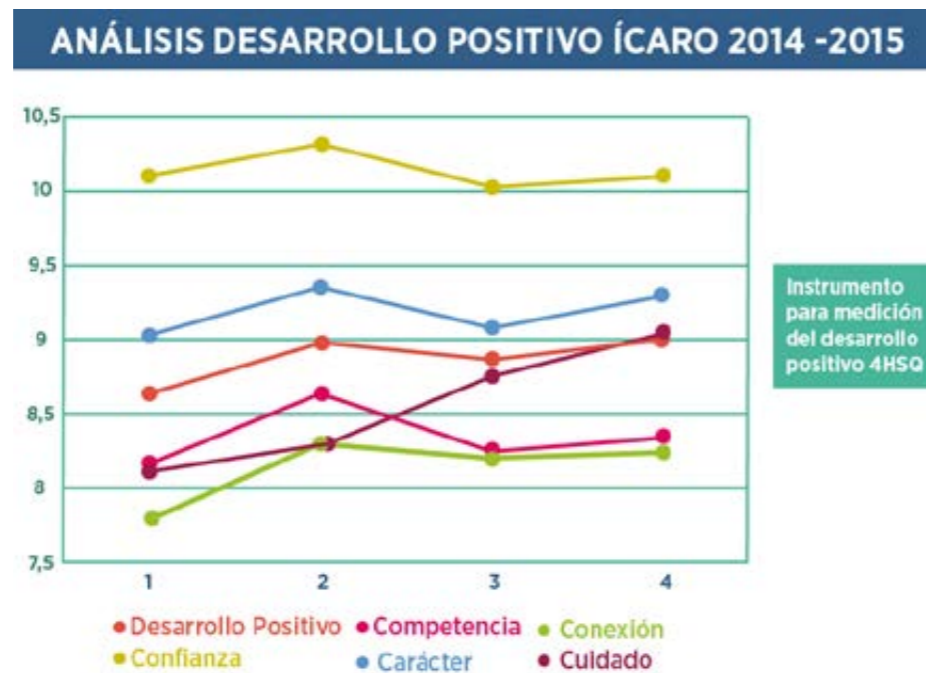


Figura 1. Resultados del instrumento para la medición del desarrollo positivo 4HSQ.

Para la fase cualitativa se hizo un diseño basado en la teoría fundamentada para el análisis y un diseño basado en la evaluación de programas de Stufflebeam de contextos, insumos procesos y resultados, la cual permitió conocer las diferentes percepciones en relación al proceso de implementación y los cambios que este iba generando en los participantes, los profesionales del proyecto y sus familias.

El análisis de la información cualitativa posibilitó la emergencia de mensajes centrales que sintetizan las siguientes conclusiones más relevantes

del diseño del proyecto, de su implementación y de sus resultados:

Las relaciones significativas que se logran construir entre los diferentes actores del proyecto (i.e., jóvenes, profesionales, aliados y administración municipal) construyen caminos para el aprendizaje de la resiliencia, promueven la esperanza y posibilitan la construcción de tejido social en la ciudad y en sus jóvenes.

El joven logra reflexionar sobre sí mismo y su contexto, conformar redes de apoyo, fortalecer habilidades, reconocer oportunidades y sentirse reconocido y

valorado en su individualidad; a través del enganche con una metodología vivencial de reconocer y compartir con otros jóvenes de su comunidad y de la ciudad, y del encuentro con un profesional (i.e., tutor de resiliencia) que le brinde confianza, motivación, escucha atenta y diálogo abierto.

Los espacios de confianza entre el tutor y el joven son vitales para facilitar y consolidar los procesos de formación de los participantes del proyecto.

La metodología experiencial logra ser exitosa en el proceso de formación de los jóvenes cuando hay una interacción constante de ella con las capacidades, cualidades y creatividad de los tutores de resiliencia al momento de implementarla.

Los asuntos administrativos y académicos deben ser flexibles a las necesidades propias de los contextos y realidades donde se trabaja, sin perder la rigurosidad que exigen las intervenciones psicosociales.

Sostenibilidad

La estructura del proyecto, los resultados encontrados, la acogida por parte de la comunidad, la mirada sobre los jóvenes y el enfoque utilizado hacen de esta propuesta una estrategia digna de sostenerse en el tiempo para responder a los problemas de los

jóvenes de la ciudad y para este tipo de dificultades es necesario intervenciones sostenidas.

A la fecha el proyecto hace parte del actual plan de desarrollo de la municipalidad y está en proceso de preparación para su implementación en el 2017. Unido a lo anterior, el proyecto hace parte de los programas de la línea de salud pública del *Plan estratégico de juventud 2016-2027* (Alcaldía de Medellín, 2015).



*Fotografía autor(es)

Ícaro es un proyecto social basado en evidencia, que ofrece un modelo para la intervención de sujetos (desde su ser y de forma rigurosa) para la construcción de paz y convivencia con un sistema de seguimiento, una comprensión de los procesos una intervención bien establecida y una evaluación de efectos y resultados.

Conclusiones

Cinco son los aprendizajes que se han construido en el marco del proyecto Ícaro y se han consolidado gracias a los encuentros continuos entre profesionales y jóvenes, entre academia y Estado, y entre instituciones, proyectos y comunidad.

Generamos pequeños espacios de esperanza en medio de la vasta soledad. Más allá del territorio que habitan los jóvenes, las diversas necesidades y problemáticas sociales generan desenlaces similares: la soledad, la angustia, la tristeza y la desesperanza. El proyecto Ícaro genera espacios de confianza, motivación, escucha y diálogo, promueve la convivencia y socialización sembrando esperanza en medio de la desesperanza.

Construimos redes de trabajo para responder juntos a las necesidades de los jóvenes. Los procesos intersectoriales son producto de las relaciones con diferentes organizaciones, que posibilitan la construcción social de la realidad de los jóvenes de Medellín. Ícaro propone a partir de este aprendizaje construir redes de trabajo que trascienden los límites de lo institucional y den origen a relaciones de confianza mutua y relaciones interpersonales armónicas.

Necesitamos una ciudad equitativa para jóvenes que buscan diversas respuestas. Los jóvenes habitan una misma ciudad, con territorios diversos que requieren respuestas diversas.

El proyecto Ícaro responde a las necesidades de los jóvenes según su contexto y condición, indagando cuáles son las preguntas de cada individuo y encaminando la oferta hacia los intereses del participante.

No necesariamente mayor inversión económica implica mayor construcción de tejido social. Uno de los mensajes clave con los que la Secretaría de la Juventud ha querido dejar impronta es que, mientras capturamos y penalizamos jóvenes, disponemos de muy pocos mecanismos para reintegrarlos a la vida social y superar la estigmatización. Al respecto, los resultados de investigación del Proyecto Ícaro discuten sobre como promover la salud mental es más efectivo en términos costo-beneficio que intervenir trastornos y problemas mentales ya establecidos. Ícaro ha logrado construir mayor capital humano y tejido social a partir de la promoción de la resiliencia en jóvenes en la medida en que estos se conecten con personas e instituciones resilientes y con oportunidades concretas de desarrollo positivo.

La investigación como punto de encuentro para la discusión. Decimos que la investigación es un punto de encuentro para la discusión dado que todo los proyecto de intervención deben considerar en su diseño antecedentes que sean producto de investigaciones, en los que se recoja la evidencia que permita orientar las discusiones y los temas de trabajo, al mismo tiempo se requiere y exige que las intervenciones den a conocer los aprendizajes que han obtenido en el proceso mismo de la implementación. Se trata de dos asuntos que deben caminar paralelamente en la que tanto la intervención como la investigación se retroalimenten mutuamente.

Hemos finalizado esta reflexión con el mensaje sobre la importancia de la investigación. No es fortuito dejar este aprendizaje de último, con el queremos decir que la investigación es un punto de encuentro, no para empezar, ni para terminar, sí para ampliar la discusión. Y por eso la invitación para el lector es continuar avanzando y recorriendo este camino porque sigue siendo desafiante gestionar conocimiento en temas sobre salud y bienestar para los jóvenes.

Referencias

Alcaldía de Medellín. (2011). Índice de desarrollo Juvenil. Así viven los jóvenes de Medellín. Recuperado el 17/05/2017, de https://issuu.com/medellinjuven/docs/indice_de_desarrollo_juvenil

Alcaldía de Medellín & Secretaría de la Juventud. (2015). *Carrera de obstáculos. Crecer y resistir. Relatos sobre seguridad y convivencia juvenil en Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín. Recuperado de <https://issuu.com/medellinjuven/docs/digital>

Alcaldía de Medellín. (2015). *Plan estratégico de juventud Medellín 2016-2027*. Medellín: Alcaldía de Medellín. Recuperado de https://issuu.com/medellinjuven/docs/plan_estrategico_juventud

Baessler, J., & Schwarzer, R. (1993). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.

Delgado, A., Suárez, L., Pertegal, M., Bermúdez, M., Jiménez, A., Gómez, A., & Reina, M. (2011). Junta de Andalucía. Recuperado el 13 de septiembre de 2014, de Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/desarrolloPositivo_instrumentos.pdf

Hernández-Holguín, D. M., Sánchez, I. C., Páez, E., & Montoya-Vásquez, E. M. (2016). El desarrollo personal de los jóvenes de Medellín, Colombia: más allá de las conductas de riesgo y de resiliencia. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(11). doi: 10.1590/0102-311x00103614

Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3rd Ed.). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., Thomas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., . . . von Eye, A. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17-71.

Lozano, S 2006. Validación de un modelo de medida de la auto-eficacia en la toma de decisión de la carrera, *Revista de Investigación Educativa*, 2006, Vol. 24, n.º 2, págs. 423-442

Montoya, N., Restrepo, A., & Duque, L. F. (2011). Predicting Resilient Adolescents and Youths: Validation of a Screening tes in Colombia. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 34, 167-188.

Montoya Vásquez, E. M., Puerta Henao, E., Hernández Holguín, D. M., Páez Zapata, E., & Sánchez Gómez, I. C. (2016). Disponibilidad y efectividad de relaciones significativas: elementos claves para promover resiliencia en jóvenes. *Índex de Enfermería*, 25(1-2), 22-26.

Puig, G. & Rubio, J. L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa S.A.

Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218–235. doi:10.1093/bjsw/bcl343

WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97 (9): 1183-1194.



El Duelo Colectivo en Emergencias y Desastres en el Municipio de Salgar, Antioquia



Edit Oleiva Salazar Gómez³²
Funeraria La Esperanza, Medellín

Aprender nuevas historias, admitir lecciones de vida y enfrentar nuevos retos conlleva a reflexionar sobre la vida misma. A continuación, se realiza una descripción ontológica y existencial sobre la experiencia de pérdidas colectivas, que dejan una marca histórica en el entorno donde acontecen y en quienes están forjados recuerdos de espacios de siniestros por razones de emergencias y desastres naturales (Marskey, 1993).

Una emergencia ocurrida el 18 de mayo del 2015 en el municipio de Salgar, Antioquia, por una avenida torrencial, generó en la población múltiples afectaciones de tipo económico, emocional, familiar y social, lo cual propició un despliegue de múltiples estrategias de acompañamiento por parte de diferentes instituciones (públicas y privadas) a nivel municipal, departamental y nacional, con el fin de dar respuesta a la tragedia. Por tal motivo, se activó el protocolo de Intervención en Emergencias y Desastres que tiene Funeraria La Esperanza para desplegar la logística necesaria.

Una vez activados todos los dispositivos, se dio inicio a un trabajo humano que traspasa las fronteras de dolor en un pueblo que queda desolado y destruido por la avalancha de la quebrada La Liboriana; un pequeño riachuelo que se transformó en un monstruo que devoró todo lo que encontró a su alrededor. Para comprender el proceso de atención es relevante señalar los siguientes momentos: (a) apoyo logístico y operativo en el rescate de heridos y víctimas en la tragedia, (b) acompañamiento psicosocial a la población en el reconocimiento de cuerpos en el cementerio de Salgar y en la Regional Noroccidente del Instituto Nacional de Medicina Legal en Medellín, (c) asesorías frente al proceso de documentación exequial e

intervención de las personas y familias que fueron afectadas directamente en la emergencia (i.e., familiares de fallecidos) y (d) trabajo terapéutico con familiares de desaparecidos.

Recordar los hechos de dolor lleva al recuerdo de un momento imprevisto que desde la psicología guía una fuente de acción para la intervención. Esa es la dirección de atención en salud inmediata para hacer procesos de contención y permitir respuestas efectivas en el momento de la emergencia. *En días secuenciales un equipo de cinco psicólogos acompañó permanentemente la población.*

Para guiar los procesos de la comunidad, fue necesaria la cualificación de la emergencia como un accidente o suceso que aconteció de forma imprevista. Es decir, una situación fuera de control como consecuencia de un desastre que irrumpe la tranquilidad de los Salgareños. Aunque en algunas ocasiones los desastres se deben a la actividad humana. En la mayoría de los casos, los accidentes y desastres generan daños materiales y víctimas fatales. Tanto las emergencias como los desastres afectan el tejido social y económico; por lo tanto, es importante una respuesta inmediata y que esté en correspondencia con el tiempo para minimizar los efectos nocivos.

“**Una vez activados todos los dispositivos, se dio inicio a un trabajo humano que traspasa las fronteras de dolor en un pueblo que queda desolado y destruido por la avalancha de la quebrada La Liboriana**”

A modo de clasificación se tienen las emergencias ecológicas, derivadas de actividades humanas o fenómenos naturales que ponen en riesgo el ecosistema; también, las emergencias sanitarias, provocadas por epidemias o pandemias; y las emergencias por intervenciones antropogénicas, desarrolladas como respuesta a fenómenos hidro-meteorológicos extremos en construcciones hechas por las personas. Estimar la duración de una emergencia y qué tan oportuna es la respuesta a la misma es un tema difícil, cada acción es trascendental y está en concordancia con el tipo de emergencia.

La experiencia de atención en la emergencia del municipio de Salgar se recuerda como un amanecer trágico que quedará en la vida y

consciencia de sus habitantes, especialmente por el sentimiento de impotencia de querer rescatar con vida a quienes finalmente perecieron. Fue un día de dolor, angustia y de incertidumbre; se luchó por recuperar vidas de quienes quedaron atrapados entre escombros clamando auxilio o pidiendo ayuda (“sáquenme de aquí”, “ayúdenme” o “auxilio...”). Se encontraron seres sobrevivientes y personas sin vida; a quienes se rescataron para proceder a la asistencia médica y al cotejo judicial para la identificación. Las entidades públicas, privadas y benefactoras se unieron a la causa de contribuir en el rescate de las personas vivas, heridas y fallecidas con el fin de acompañar a Salgar durante la catástrofe.



*Fotografía autor(es)

Se presentaron diferentes entidades para ayudar; desde Presidencia de la República se delegó un comité para encargarse de toda la operación -El Puesto de Mando Unificado-, hasta allí se desplegó la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo y Desastres. También el Departamento Administrativo del Sistema para la Prevención, Atención y Recuperación de Desastres de la Gobernación de Antioquia; la Secretaría de Salud de Antioquia; Secretaría de Planeación; Ejército; Policía; Bomberos; Defensa Civil; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Cruz Roja, entre otros. A su vez, entidades y centros benefactores como voluntariados y Funeraria La Esperanza representaron un papel trascendental en todo el proceso. Estos agentes consolidaron las directrices de operación en cuanto al rescate, reconocimiento y entrega de cadáveres. El conjunto de entidades, junto con Medicina Legal, formó un dispositivo de seguridad y acciones de cooperación para proceder con la entrega de cuerpos y realizar funerales colectivos. El saldo trágico en Salgar incluyó 93 personas que perdieron la vida, 11 desaparecidas y más de 450 familias afectadas.

Desarrollo teórico

De Nicolás y Martínez (1997) plantean que un desastre es un evento que ocurre de repente afecta negativa e intensamente el funcionamiento de la comunidad y causa pérdidas humanas y materiales que desbordan las capacidades estructurales, sociales y personales. No obstante, Britton (1986) hace la aclaración sobre la diferencia entre desastre, emergencia y accidente; un desastre es una ruptura de procesos sociales y destrucción de infraestructuras funcionales; una emergencia es de carácter localizado que interfiere sobre las actividades en curso; y un accidente es la ruptura localizada en un grupo de víctimas. Del mismo modo, Britton (1986) señala que la magnitud del evento varía de acuerdo al número de afectados implicados, la afección en el sistema social y la destrucción ocasionada por el agente inductor del estrés.

Respecto al desastre que marcó la historia del municipio de Salgar, se vivieron momentos de angustia y de dolor. El primer sepelio colectivo de 33 víctimas fue cuatro días después de la avalancha, en una ceremonia solemne y respetuosa donde se dio el último adiós en el parque principal del pueblo. Fue un día de luto y se realizó el desfile al cementerio de las primeras víctimas en las carrozas fúnebres,

“
La experiencia de atención en la emergencia del municipio de Salgar se recuerda como un amanecer trágico que quedará en la vida y consciencia de sus habitantes, especialmente por el sentimiento de impotencia de querer rescatar con vida a quienes finalmente perecieron.”

”

acompañadas de los familiares y la comunidad. Sin embargo, los equipos de rescate continuaban la búsqueda de más personas.

Ocurrieron días de nunca olvidar. Luego, se realizó el segundo sepelio tres días después del primero, el 25 de mayo. Esta vez se realizó para 17 fallecidos y fue al interior de la Iglesia. Fue un momento difícil, el pueblo estuvo consternado por estos momentos. El desarrollo era desesperanzador, mientras se despedía a algunos se luchaba del otro lado por encontrar a quienes faltaban. Se hizo un momento de silencio y se desplegó todo un equipo psicosocial de atención, psicólogos y profesionales afines a la salud mental y física quienes apadrinaron a cada una de las familias para acompañar este paso de despedida final a los familiares.

Metodología

Al abordar el duelo colectivo se debe contar con la participación mutua de víctimas afectadas y profesionales. Según Uribe (2008) es imprescindible el uso de la palabra y la apertura a la escucha activa desde diferentes escenarios vividos. Puede presentarse quien emite información exacerbada, otros se sumergen en el silencio y otros dan cuenta de su sentir. En algunos casos el silencio se rompe al momento en que las personas se incluyen en grupos o colectividades, en las que se comparten sentimientos y recuerdos que generan un lazo tan fuerte que las víctimas

probablemente se sanen mutuamente.

Desde Funeraria La Esperanza, en el programa “Caminos de Esperanza” se ofrece un conjunto de atenciones en psicología. Se establecen las directrices de trabajo desde la contención, atención terapéutica, apoyo psicosocial y manejo de duelo; también desde talleres vivenciales y reflexivos, rituales emblemáticos, conversatorios, escenificación de lugar, gráficos y trabajos artísticos a nivel individual y grupal.

Reconocer el duelo como fenómeno necesario, ante una emergencia y desastre, es descubrir que el colectivo se ciñe a una angustia desbordante por el hecho de perder múltiples personas; 104 vidas como sucedió en Salgar. Allí, donde más de 1500 personas fueron afectadas y queda un pueblo temeroso un pueblo temeroso a la lluvia, sienten pánico de las noches de agua fuerte, consideran que podría volver a



*Fotografía autor(es)

despertar ese león rugiente o sentir la angustia porque suceda algo más. Se preguntan que seguirá de aquí en adelante, buscan en sus recuerdos momentos memorables para entender el nuevo lugar al que deben llegar, porque de aquel espacio en el que compartieron solo queda desolación.

Ante el panorama de la emergencia se requiere un proceso de intervención psicosocial para dar atención en salud mental a la comunidad. Es por esto que en Salgar se consolidan las fuerzas principales para la intervención, creando un comité técnico para gestar un plan operativo y así poder asistir a todos los afectados. Es una alianza entre la Gobernación de Antioquia, la Secretaría de Salud del municipio, ICBF, la Cruz Roja y Funeraria La Esperanza, quienes determinan los protocolos y formas de intervenir. Además, la población se clasificó en afectados directos, familiares con pérdidas humanas y desaparecidos e indirectos, familias que tuvieron pérdidas materiales; esto con el fin de ayudar a la población según el tipo de afectación.

En los procesos de terapia psicológica en duelo es fundamental reconocer el grado de afectación que atañe a los dolientes (i.e., tipo de muerte, afecto y cercanía o distancia con el fallecido o desaparecido). A

su vez, es necesario reconocer que el lenguaje se exhibe como representación de un dolor y un vacío, el cual está inmerso en el orden de "lo real" (Lacan, 1953)³³. Lo cual implica saber escuchar al paciente; es decir, acercarse a él como sujeto del discurso entendiendo que este se encuentra entrelazado por *algoritmos categóricos* que van mediando sobre su estado de salud y lo que nombra como sufrimiento, síntoma³⁴ o afección de salud.

Desde la psicología, el hecho de escuchar a una persona, se conduce a una paradoja sobre el estado manifiesto y latente que busca resolverse mediante la versión del terapeuta (e.g., signos) en su intento por acertar sobre el contenido discursivo presentado en la asistencia, la terapia, el acompañamiento o simplemente la escucha para dar cuenta desde su saber ético.

Miller (1993), quien presenta la perturbación como afección en el sujeto, señala que quien asiste a un terapeuta con el fin de reconocerse, poder nombrar su dolor y acomodarlo a lo cotidiano de su funcionalidad tiene como objetivo reintegrarse a la comunidad social y adaptarse a las condiciones demandantes en el entorno. Cada sujeto es responsable de sus actos, pero solo se toma conciencia de ello cuando se asumen con



*Fotografía autor(es)

33 Lacan nombra uno de los registros que posibilita los funcionamientos psíquicos. Lo real, entendido como lo que no es imaginario ni se puede simbolizar. Lo real es todo aquello que tiene una presencia y existencia propias y es no-representable.

34 Inherente a la noción de causalidad psíquica. El síntoma constituye la enfermedad y, al mismo tiempo, es el intento de curación que el propio sujeto del inconsciente lleva adelante.

*Fotografía autor(es)



responsabilidad los hechos y se puede dar cuenta en la forma cómo ocuparse de ellos.

práctica de quien actúa. El objetivo es estar al servicio en el contexto de una realidad.

Al atender en consulta al paciente se requiere comprender la narrativa de su discurso y cooperar en su proceso clínico para la mejora de su salud mental y emocional. Además, es menester dar un paso por la pluralización actual de la clínica y su orientación hacia el síntoma ("sobra"), donde se da importancia al (desorden no), orden del lazo social (Laurent, 2000). Como lo expresó Eric Laurent (conferencia 2014) en su debate, reordenar a partir de lo real, modificando las clasificaciones, porque la tolerancia de la civilización se hace más grande ante la caída de las narrativas. Por lo tanto, el proceder va anclado al *saber hacer*, un punto importante que da reminiscencia a la labor del terapeuta clínico y es un hecho que se corrobora desde la psicología; la fundamentación de la técnica y la práctica, en la que el conocimiento solo se vuelve experiencia cuando se integra con la conciencia

Presentar el duelo colectivo, en el campo clínico, es suscitar la dimensión de la pluralidad en aras de un discurso que es propio sosteniendo así una dialéctica colectiva que genera armonía y hace que la comunidad, en el caso de Salgar, pueda emerger un nuevo discurso evidente en el cambio de economía psíquica que le hace más soportable el sufrimiento al cual se van a enfrentar; es decir, una nueva vida sin los seres amados a su lado.

Precisamente, en el duelo colectivo, comprender el cuidado de sí mismo significa sumergirse en mar adentro para ver otros horizontes inexplorados que tienen un ímpetu desafiante de trascender en los suburbios de lo nuevo por aprender. Sí, es cierto, solo quien asume el riesgo de ver más allá de las razones puede descubrir que cuidar de sí está en la apertura intelectual, en la majestuosidad del sentir. Lo anterior como

“
Reconocer el duelo como fenómeno necesario, ante una emergencia y desastre, es descubrir que el colectivo se ciñe a una angustia desbordante por el hecho de perder múltiples personas
”

forma histórica se ha construido para revisar, superar y concebir la "libertad". Allí es donde radica la esencia del ser, propiamente su tranquilidad y serenidad ante una adversidad; si bien una emergencia es imprevista, se puede ser resiliente con el apoyo de la comunidad.

Resultados

Desde el modelo conceptual de esta experiencia de atención se plantea, como primer paso para superar el dolor por la pérdida de un ser querido, el atravesar los estadios que refiere Kübler-Ross (1969) para una adecuada elaboración del duelo: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación. Es indudable que parte de la elaboración del duelo y la mitigación del dolor es narrar una y otra vez la situación. Por eso, es importante en un primer paso, para superar el dolor individual y colectivo, tener una mirada discriminada y depurada



que permita reconocer tanto los lugares como las personas que facilitan reconstruir la historia y la vida, y así, reestablecer un equilibrio interior; el cual pueda generar una neutralización progresiva de la rabia, la confusión, la incertidumbre y el dolor. En este sentido, se adquiere la capacidad de reconocer ese pasado y construir una visión generalizada a partir de las vivencias malas y negativas para avanzar a la reconciliación ya compartida. La cual a su vez permite que la tensión, entre lo sucedido y el presente, genere la construcción de una memoria que se convierta en un escenario terapéutico, ya que admite la reorganización de un futuro diferente y de la identidad personal y colectiva de los Salgareños.

Es por ello menester dar lugar al otro como fuente esencial en la terapia clínica. Aquella se sirve para entender la salud, el bienestar y la tranquilidad como fuentes transgredidas por la razón o profanadas por la capacidad intelectual; porque ante el duelo, en la mayoría de los casos, solo emerge la conducta y queda oculto el dolor interior y el vacío que en relación con el otro queda desprovisto de toda presencia material. Allí surge la inquietud sobre "¿curarse genera la culpa?" (Canguilhem, 2005), porque nombrar hace ruido en la salud cuando el ideal es "la salud, entendida como la vida en el silencio de los órganos".

Desde otra postura, la legitimación en la palabra y el discurso como lazo social permite la relación y el hilo conductor de las fuentes de relación. El gran compromiso es hacer uso de la razón para conseguir el objetivo, la reconstrucción del tejido social y salud mental de la población de Salgar. En primera instancia, la virtud es la medida en la cual se piensa toda acción moral; en segundo lugar, es desde lo preferible, en función de un principio general, lo que favorece la vida como algo que debe ser meditado trazo a trazo y ejecutado con prudencia.

Conclusiones

Según las reflexiones anteriores existen elementos de juicio para considerar el duelo como una oportunidad de reconfigurar la nueva historia de vida. Desde la postura clínica en psicología se comprende la singularidad de la escucha activa, allí cobra relevancia el estado de salud como anhelo que busca la comunidad para dar respuesta a la muerte que llegó arrasando a tantos a su paso; dada la condición de vulnerabilidad, porque hay una división entre sí mismo y el ausente, el clamor inusitado de la presencia de quien nunca volverá a este mundo terrenal.

En la terapia clínica, el sujeto del discurso da a conocer su dolor de acuerdo a su necesidad (i.e., tristeza, rabia, malestar, sufrimiento e inquietud) a partir de lo que nombra. Esta es la representación de lo acontecido. Por lo anterior, se puede señalar que el estudio del comportamiento humano está acompañando terapéuticamente sobre la reflexión, confrontación o asunción de las acciones humanas en el mundo de serenidad como fuente inagotable de la esencia de la vida. Esta fuente es como agua viva que refresca el vástago desierto que ha dejado la tragedia que cobró la vida de 104 personas.

Puede concluirse que afrontar el duelo es un sendero pertinente y coherente para conseguir la tranquilidad del ánimo y para conquistar la ataraxia. Pero es al mismo tiempo llegar al *culmen* o a la cima, ya que la fuerza interior engloba todo lo que con ella se pretende; la virtud es ya una conquista que nos abre paso al estado que ella persigue. Ponerse a la altura de la situación es el mayor logro, ser capaz de reconocer la realidad en su completa dimensión, sin ocultarse y engañarse, es aprender a vivir en medio de la complejidad. Es la forma como los dolientes afrontan su nueva vida en medio de la desolación.

La mejor lección de vida es "afrontar con valor el hoy". Desde Funeraria La Esperanza existe una gestión de atención como ejemplo para guiar los pasos de los más frágiles con sentido de humanidad y dignidad, porque la muerte es imprevista y se lleva a quien menos se espera. Manejar protocolos de atención para eventos de esta magnitud, en emergencias y desastres, obedece al adiestramiento de competencias de los servidores que están en un trabajo donde prevalece el sentido humano. Se debe capacitar al personal y asumir con idoneidad la cuenta de una labor donde el capital humano es quien sostiene la organización.



*Fotografía autor(es)

Para finalizar, vale decir que, el duelo colectivo en sus manifestaciones clínicas aparece como semblante en la cultura de dolor, rabia e incertidumbre que queda en el municipio de Salgar. Muchos hablan con valor de su historia, otros se encierran en su silencio, otros más afrontan su nueva vida y, así sucesivamente, cada uno de los habitantes empieza a adaptarse a su nueva condición.

Los Salgareños toman fuerza y reciben todas las ayudas necesarias para restituir el tejido social del municipio, aunque hoy solo viven un vacío interior de saber que quienes partieron o desaparecieron siempre dejarán una huella imborrable en sus conciencias y que aquellos días de sufrimiento quedarán como legado histórico en la eternidad.



*Fotografía autor(es)

Referencias

- Britton, N. R. (1986). Developing an understanding of disaster. *Australian & New Zealand Journal of Sociology*, 22(2), 254–271.
- Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico. Enfermedad, curación, salud*. México: Siglo XXI.
- Kübler-Ross, E. 1969. *On death and dying*, New York: Macmillan.
- Lacan, J. (1953) (1966) *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. Escritos I. México: Siglo XXI.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental. Pluralización actual de la clínica y orientación hacia el síntoma*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Marskey, R. (1993). *Los desastres no son naturales*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Miller, J. A. (1993). Ironía (J. E. Cardona, traducción al castellano). *Revista Uno por Uno*, 34.
- De Nicolás y Martínez, L. (1997). Después de los desastres..., ¿qué? *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 68, 51-58.
- Uribe de Hincapié, M. T. (2008). Los duelos colectivos: entre la memoria y la reparación. *Agenda cultural*, 149

Apoyo Psicosocial a Procesos de Desarme de Grupos Delincuenciales en la Ciudad de Neiva, Huila



César Augusto Ramírez Gaona³⁵
Secretaría Departamental de Salud del Huila, Neiva

Esta experiencia, que nace desde la iniciativa personal y voluntaria de un profesional de psicología, se basa en la metodología recomendada para la atención psicosocial a poblaciones especiales adaptada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en donde se reconoce al individuo desde lo individual, familiar y comunitario.

Se plantea la necesidad de fundamentar los principios para brindar la atención psicosocial y se hace necesario tomar como base cuatro dominios que surgen de las necesidades del proceso. Estos dominios son ontológico, metodológico, epistemológico y ético-político.

Situación Espacio-temporal de los Participantes

La ciudad de Neiva es una población de más de trescientos cincuenta mil habitantes en donde la mayoría de la población se encuentra en la zona urbana que se divide en 10 comunas. De estas, cuatro de ellas (i.e., Comunas 6, 8, 9 y 10) son consideradas de alto riesgo de vulnerabilidad de la convivencia y seguridad ciudadana, se encuentra un gran número de grupos delincuenciales con alta presencia de jóvenes en diferentes roles dentro de ellos. De acuerdo con los datos de la Defensoría del Pueblo, en estas se encuentran aproximadamente 45 grupos considerados peligrosos, con alrededor de 1200 integrantes.

³⁵ Psicólogo. Correo electrónico: ceragacolombia@yahoo.es

*Fotografía autor(es)



En dichos grupos los delitos sobresalientes son el hurto, cosquilleo, fleteo, sicariato, microtráfico de estupefacientes, entre otros. Los integrantes son personas de estratos 1 y 2, con alta vulnerabilidad socioeconómica (i.e., exclusión laboral y económica, deserción escolar, y ausencia de protección social) y algunas de ellas son reconocidas como víctimas del conflicto armado. Se encuentra violencia al interior de la familia, consumo de sustancias psicoactivas y carencia de relaciones interpersonales adecuadas.

El lugar de mayor intervención en este proyecto es la Comuna 8, la cual se ha caracterizado históricamente por ser una de las zonas más peligrosas de la ciudad. El análisis hecho año tras año por organismos de seguridad da cuenta de la presencia de expendio de drogas, la formación de grupos delincuenciales (i.e., pandillas), delincuencia común, presencia de grupos armados y múltiples formas de violencia. Es de tal tamaño dicha problemática que en el pasado periodo de gobierno (2012–2015) fue priorizada en la

atención integral por parte de las autoridades, pero no se generó mayor impacto.

Esta experiencia nació en marzo del 2014 de la iniciativa de un intendente de la Policía Nacional llamado John Jairo Vargas, a través del programa Jóvenes a lo Bien de la Policía Nacional. Dicho programa tiene como meta generar estrategias de desarme voluntario de los grupos delincuenciales de la ciudad. Tras varios fracasos al inicio y entregas simbólicas, se convocó a varios actores del sistema público y pocos fueron los que acudieron al proceso. En compañía del psicólogo César Augusto Ramírez Gaona se convocó a estos grupos y, luego de una larga conversación, se llegó al acuerdo de empezar el primer proceso de paz verdadero en las comunas de Neiva. La pandilla De La 35 habitaba la calle de esa nomenclatura; en el argot popular y entre las autoridades dicha zona era conocida como “cuadra picha” por su alto nivel de consumo y comercialización de alucinógenos y por su peligrosidad, especialmente para la policía; pues cada vez que esta intentaba ingresar sus vehículos estos eran atacados y era necesaria la presencia de refuerzos incluyendo al ejército.

La línea de tiempo de la intervención incluyó los hitos que se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1
Línea de tiempo con hitos de la intervención

	Fecha	Momentos distinguidos de la intervención
2014	Febrero	Articulación de la estrategia con el programa Clubes Juveniles de la Alcaldía de Neiva
		Articulación de la estrategia con el SENA
	Marzo	Inicio del proceso de concertación con los habitantes del sector de la calle 35
Mayo		23 de mayo: Primera entrega de armas por parte del grupo De La 35
		Inicio del apoyo a la intervención psicosocial
Junio		Socialización de la estrategia en el marco de la mesa de paz y convivencia del municipio de Neiva
		Inicio de la etapa académica con el SENA
Octubre		Encuentro deportivo por la reconciliación entre el grupo De La 35 con el grupo Quinito del barrio Panorama de la Comuna 8
2015	Febrero	Articulación con el programa de emprendimiento de la Alcaldía de Neiva
		Inicio del proceso de acercamiento con los grupos del barrio Panorama de Neiva
	Marzo	
Junio-Diciembre		Entrega de 7 unidades empresariales a los grupos del programa; 2 panaderías, 2 restaurantes, 1 dotación para acabados arquitectónicos, 1 dotación de una tienda de ropa deportiva y 1 carpintería
2016	Octubre	7 de octubre: Tercera entrega de armas con grupos delincuenciales de las Comunas 6, 8 y 10. La entrega más grande de toda la historia en el departamento

*Fotografía autor(es)

Antecedentes

Históricamente el departamento del Huila y su capital Neiva han sido uno de los territorios más afectados por el conflicto armado interno. Unido a esto, el desencadenamiento de dificultades socioeconómicas, ha permitido que se incremente significativamente la delincuencia en la ciudad. La falta de oportunidades, el desempleo, y el desplazamiento forzado desde municipios y departamentos cercanos son factores que han incidido en la aparición de fenómenos sociales estrechamente relacionados con la delincuencia. Cuenta de ello dan los reportes y los informes encontrados en los diagnósticos situacionales 2013 y en las estadísticas del análisis situacional en salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2014); en la cual la delincuencia común, después del inicio de los diálogos de paz, se visualizó como una gran problemática en la ciudad.

Durante el 2012 y años anteriores en la ciudad de Neiva se realizaron diferentes intentos de entregas de armas por parte de grupos delincuenciales, los cuales no habían terminado con un impacto real y al poco tiempo la situación continuaba como antes. Hizo falta un actor articulador que permitiera, de manera organizada, la articulación con diferentes instituciones; así como el diálogo y orientación a la comunidad a intervenir y con conocimientos en intervención psicosocial.

Propósitos

Es así entonces como se pretende realizar un proceso de inclusión social a través de mecanismos de emprendimiento que permitan ofrecer alternativas para la convivencia y la paz social. Brindar oportunidades académicas que ofrece el Estado para la población que no puede ingresar a la educación superior, y establecer mecanismos de autogestión y reconocimiento de potencialidades que permitan iniciar procesos de emprendimiento social y económico.



*Fotografía autor(es)

Recursos

Esta estrategia, por ser una iniciativa de un profesional de la psicología, no ha contado con recursos suficientes para realizar la mayoría de las actividades. Sin embargo, a través de gestión de los mismos integrantes del proyecto y con la participación del sector público (Alcaldía de Neiva con diferentes programas), sector privado (Empresa de vigilancia SOPROTECO), aportes educativos del SENA y el apoyo permanente del programa Jóvenes a lo Bien de la Policía Nacional se ha logrado formalizar procesos académicos, actividades de emprendimiento, actividades lúdico recreativas, unidades empresariales y más contribuciones al desarrollo de la estrategia.

Es importante entender que este tipo de intervenciones psicosociales ha sido de carácter voluntario por parte del profesional en psicología. El cual ha aprovechado sus escenarios laborales para establecer un vínculo con la población beneficiada y los programas que

pueden complementar la atención psicosocial.

Metodología

El apoyo a la atención psicosocial en esta estrategia se ha caracterizado por establecer un vínculo desde lo individual, lo familiar y lo comunitario a través de la implementación de cuatro dominios (i.e., ontológico, metodológico, epistemológico y ético-político) y así fundamentar los principios de intervención a esta comunidad.

Desde el dominio ontológico³⁶ se concibe al ser humano de manera integral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) desde las dimensiones biológica, psicológica y social. Se reconoce que las personas que pertenecen a sectores de alta vulnerabilidad, interactúan permanentemente con vecinos, habitantes y con su medio en un marco sociopolítico e histórico que les permite afrontar su situación, en la medida en que se tengan las herramientas necesarias para superarlo.



*Fotografía autor(es)

36 De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española la expresión Dominio cuenta con por lo menos 11 acepciones dentro de la que se destaca: "ámbito real o imaginario de una actividad" (Real Academia Española, 2001)

En el dominio epistemológico se ha establecido la intervención de acuerdo a dos paradigmas. En el paradigma interpretativo se busca que el profesional tenga un rol de facilitación, en el que a través del diálogo se pueda generar la comprensión de su realidad sin determinar una única verdad, reconociendo sus perspectivas e intereses, entendiendo su propia realidad y el papel que juega dentro de ella. En el paradigma crítico se reconocen las condiciones sociales y políticas que afectan a las personas para transformarlas. Se inician en procesos organizativos y de liderazgo cooperativo a nivel microsocia con un espiral de difusión de los cambios obtenidos.

En el dominio ético-político se establece el reconocimiento de su situación y el respeto por el otro, para comprometernos con el cambio social entendiendo al ser humano desde su individualidad, particularidad, identidad y diversidad.

Es así, como en el proceso para entender y poner en práctica la intervención psicosocial se busca la conexión del profesional en psicología y otros aportantes con las historias del individuo. Para esto se tienen en cuenta el lenguaje, los usos y significados, lo simbólico y lo cultural; y a través de tres herramientas lograr resultados de transformación.

En primer lugar está la narrativa, en la cual los individuos — como expertos en su propia vida— narran de manera desinhibida de forma verbal o escrita, describen su situación y, así, entienden situaciones particulares. En segundo lugar está lo expresivo, lo cual desde lo simbólico, artístico, deportivo o cultural busca la exploración y canalización de emociones para mitigarlas y superarlas. Finalmente, la herramienta performativa se concibe como una manera de entender, expresar y transformar desde la voz y cuerpo propios a través de sociodramas u otras actividades; y de este modo lograr avances en el proceso de mejoramiento continuo.

Esta compilación es una estrategia de trabajo inspirada en la implementada por la OIM, la cual es adoptada por el Programa de Intervención Psicosocial y Atención Integral en Salud a Víctimas del Conflicto Armado del Ministerio de Salud. Esta estrategia ha permitido establecer desde la psicología una forma de aportar para la paz.



*Fotografía autor(es)



Resultados

Esta experiencia se concibe como un proceso de aprendizaje. A pesar de contar con algunas carencias metodológicas que afectan su rigurosidad científica, este proyecto se considera como una transformación de realidades. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Proceso de desarme:

- Desarme de 160 ex integrantes de grupos delincuenciales, quienes se integraron productivamente a la sociedad.
- Tres procesos de entregas de armas exitosos.
- Recepción de más de 100 armas de fuego, 10 granadas de fragmentación, 3 granadas de aturdimiento, y 2000 armas blancas.
- Disminución del 60% de eventos delictivos en las zonas intervenidas.
- Hubo otras zonas con menor impacto pero considerado significativo en la percepción de la comunidad.



*Fotografía autor(es)

Proceso de integración:

- Siete unidades productivas funcionales. Actualmente tres de ellas con dificultades en el proceso.
- Un grupo de 4 maestros de construcción para acabados arquitectónicos.
- Ochenta guardas comunitarios con salarios mensuales hasta el mes de diciembre del 2016 por cuenta de la empresa SOPROTECO.
- Veinticinco cursos del SENA dictados a esta población.
- Treinta jornadas lúdicas recreativas entre grupos que hacen la paz.
- Dos paseos entre grupos que estaban en guerra.
- Integración de autoridades militares y civiles en el proceso.
- Embellecimiento de 4 parques.
- Recuperación de la zona turística Peñón Redondo, antes zona de expendio de drogas y lugar para enfrentamientos armados.
- Tres campeonatos deportivos por la paz.
- Veinte actividades de integración infantil.
- Cuarenta familias de las personas de los grupos delictivos reportan mayor bienestar, tranquilidad e integración.

Sostenibilidad

Este por ser un programa articulador, depende en gran medida de la gestión que se pueda realizar desde lo público y lo privado. Sin embargo, gracias a la colaboración permanente de la Policía Nacional y el SENA, se ha logrado mantener un contacto permanente con los grupos anteriormente mencionados. Se considera tener en cuenta que al aplicar los cuatro dominios, se podría replicar la experiencia en otro contexto logrando iguales o mejores resultados.

Es importante tener en cuenta que para la implementación de atención psicosocial en un contexto de vulnerabilidad —especialmente en temas de convivencia y seguridad ciudadana— se debe contar con recursos económicos que permitan garantizar un proceso posterior de entrenamiento académico en artes y oficios y en manejo empresarial y contable; asimismo, la creación de unidades empresariales lideradas por las personas que entregaron sus armas y sus familias. De esta manera es posible restaurar la confianza en esta población y establecer un ambiente de no repetición.

Conclusiones

El programa de apoyo psicosocial a procesos de desarme de grupos delincuenciales en la ciudad de Neiva inició de manera voluntaria y así se ha mantenido en la actualidad. Este ha sido un proceso que en principio no tuvo una metodología establecida; sin embargo, de acuerdo a las necesidades durante el proceso se desarrollaron estrategias de manera sistemática.

La vinculación de la familia de los integrantes de estos grupos delincuenciales a los procesos académicos, de entrenamiento y de emprendimiento mejoró la adherencia al programa. El 90% de las familias intervenidas manifestó un cambio significativo en su dinámica familiar, logrando mejores niveles de comunicación y convivencia.

La ausencia de recursos económicos, en las diferentes etapas del proceso, no ha permitido alcanzar algunas metas propuestas y hubo una deserción de casi el 35% de los integrantes del programa. Sin embargo, la articulación del proceso con diferentes instituciones y organizaciones ha permitido la optimización de resultados y la sostenibilidad del programa. Fundamentalmente, se desarrollaron vínculos con organizaciones, entidades y programas relacionados con

la inclusión y participación de poblaciones consideradas minorías. Entre otras razones porque el 50% de los ex integrantes de grupos delincuenciales son víctimas del conflicto; entre ellos hay pertenecientes a la población afro, indígenas, mujeres, niñas, niños y adolescentes y personas de todas las edades.

El consumo de drogas y la percepción de inseguridad disminuyeron significativamente en las zonas intervenidas, especialmente en la Comuna 8 de la ciudad de Neiva. En esta experiencia, un territorio en guerra social —con grandes dificultades de convivencia e inseguridad por causa de la venta de estupefacientes y otras razones— permitió que se diera la integración en la comunidad con una alternativa de solución pacífica de conflictos.

Especialmente gracias a la integración de actividades de recuperación psicosocial, se logró una participación efectiva de diferentes grupos poblacionales. Se integraron víctimas y victimarios, todos con grandes dificultades y de similar origen. Gracias a esas similitudes ha logrado dar un paso hacia la convivencia. Por lo tanto, en este proceso se contribuye a la equidad de diferentes grupos poblacionales.

Se están rompiendo paradigmas en función de la convivencia social. Los grupos considerados delincuenciales tienen la posibilidad de cambiar de objetivos y convertirlos en opciones de cambios de estilos de vida. Se logró demostrar que el ser humano puede ser sujeto de cambio comportamental y que la violencia, así como se aprende, también se desaprende

Enlaces de interés y videos

<https://www.youtube.com/watch?v=a4G9nzlqT6g>
<https://www.youtube.com/watch?v=gq3EDVkJQiQ&t=13s>
<https://www.youtube.com/watch?v=Mj3XZX9ogvo>
<https://www.youtube.com/watch?v=WmCJfa5s4nw>
<https://www.youtube.com/watch?v=Yg58Me40NOI>
https://www.youtube.com/watch?v=J_aKGKqWpoU



Referencias

Alcaldía de Neiva. (2016). *Acta de Reunión. Audiencia Pública Rendición de cuentas con corte de la vigencia administrativa y financiera a 30 de octubre de 2016* [diciembre, 16, 2016, FOR-GC-18].

Ministerio de salud y protección social (2014). Análisis situacional de salud. Colombia, 2013. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Real Academia Española. (2001). Dominio. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=E7NKfBh>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado en el Marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral Papsivi. - Volumen 1*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Experiencia Piloto de Vivienda Independiente para Pacientes Mentales Crónicos en Palmira, Valle del Cauca



Francisco Baquero Herrera¹
Fundación Especial Nueva Vida

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2009), la salud mental se define "como un estado en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

La frase "...y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" del fragmento anterior suscita la siguiente pregunta: ¿qué contribución a la comunidad puede realizar un paciente que se encuentra en un programa nosocomio o asilar? Sin detenerse a reflexionar demasiado, la respuesta es que no se puede realizar casi ninguna contribución en pro de su grupo.

Si bien el concepto de salud mental ha evolucionado, no ha sucedido lo mismo con los modelos de intervención para estados de alteración. La ayuda se ha dirigido a la apertura de centros que no dejan de ser eso: asistenciales o paternalistas; en donde se provee de lo mínimo y se asumen determinaciones que violan de manera flagrante los derechos como ser humano y ciudadano de las personas con alguna condición crónica que afecta su salud mental. Se provee un grupo de cuidadores que se escogen por los usuarios, dichos cuidadores se basan en criterios estáticos y diagnósticos cuantitativos. Los modelos de intervención propuestos se basan en retirar a los pacientes del medio social voluntaria o forzosamente. Convivir con quienes presentan alteraciones mentales se consideraba una deshonra y señalamiento social, su inestabilidad hace que permanecer en medios familiares, sociales o laborales se convierta en un riesgo para sus miembros y para la persona misma.

La aparición de centros, hospitales, manicomios, entre otros, pareció ser una solución. Sin embargo, no puede ser más desalentador el sistema de las hospitalizaciones que se inician con periodos cortos; en los cuales las personas son dadas de alta y consiguen un reingreso casi asegurado. La entrada permanente solía transformarse en estancia definitiva, creando de esta manera una población que pasó a vivir a expensas de sus familias o de los presupuestos estatales o religiosos.

En el programa de vivienda independiente se atiende a personas de edades comprendidas entre los 8 y 61 años, el 25% de género



*Fotografía autor(es)

femenino. Las personas en internado completo asistieron a uno de los tres programas ofrecidos por una institución de salud mental, la cual tuvo como objetivo la habilitación y rehabilitación psicosocial. La mayoría de los pacientes pertenece a la modalidad de restitución de derechos por abandono y carencia de redes de apoyo, subvencionados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de las Regionales Valle del Cauca, Nariño y San José del Guaviare. A su vez, cuentan con antecedentes de estancia prolongadas en centros de salud mental.

Las características del grupo lo hicieron heterogéneo por sus diagnósticos, procedencia de diversas zonas del país y pertenencia a grupos étnicos. La población se conformó por 93 personas de ambos sexos, con edades entre los 8 y 41 años, entre

las cuales se presentaron como diagnósticos de base los siguientes: retardo mental leve y moderado; síndrome convulsivo; y trastorno disocial de la personalidad, de vinculación de la infancia, de personalidad pasivo agresivo y opositorista desafiante. Dentro de las condiciones psicosociales más comunes se encontraron: (a) niveles deficitarios de autocuidado y autonomía personal, así como en el cumplimiento de la automedicación y adherencia al tratamiento, y baja conciencia de la enfermedad; (b) personas refractarias al tratamiento con síntomas positivos y negativos persistentes que afectan todas las áreas del funcionamiento psicosocial, con afectación moderada o grave; (c) alto riesgo de exclusión social; (d) cierto nivel de autonomía personal y social que permitió afrontar las demandas que supone la vida y la convivencia en el programa; (e) psicopatología estabilizada

sin crisis; y (f) necesidad de alojamiento y apoyo, no disponer por ausencia, inadecuación o imposibilidad de un medio familiar que preste los apoyos necesarios para vivir con un aceptable nivel de calidad de vida.

La modalidad de servicio se inició en 1998 con un organigrama típico de los centros asistenciales. Se ubicó en la finca Bellavista en el corregimiento de La Buitrera, perteneciente al municipio de Palmira, Valle del Cauca. Desde 2002 comenzó a destacarse en la población la capacidad de participación en la toma de determinaciones referente a la vida diaria institucional. Las mejores intervenciones no se realizaron en consultas privadas; por el mismo diseño de múltiples talleres y actividades fue más fácil y productivo compartir y convivir con quienes residían en la sede. Es así como en los espacios de culinaria, huerta, pesca, manualidades, deportes, escuela y panadería se manifestó la intención de desarrollar actividades típicas de cualquier grupo social.

Los periodos significativos, en relación con la intervención de la población general, se iniciaron en 1998 cuando se desarrollaban estrategias típicas de centros y modelos asistenciales; con el objetivo de promover independencia y capacitación en las diferentes tareas y actividades vocacionales y prevocacionales. Lo cual fue propuesto por el servicio de terapia ocupacional. Se destaca



*Fotografías autor(es)

que la mayoría de los usuarios, debido a haber permanecido en centros hospitalarios, carecía de la capacidad para moverse en un medio campestre. Para lo cual se tuvo que iniciar la actividad de conocer, adaptarse y participar en ciertas actividades. Las mayores dificultades fueron las presentadas por las características del terreno (i.e., quebrado y pendiente), pues resultó difícil el desplazamiento de un área a otra.

En junio del 2002, como resultado de evaluación semestral, el grupo manifestó la inquietud sobre disfrutar espacios individuales, donde la intervención de jerarquía institucional tuviera menor cobertura. Por ser hasta ese momento un programa tradicional tuvo que ceñirse a horarios establecidos dado el alto volumen de usuarios. El orden y aseo de dormitorios y zonas comunes fue realizado por personal de servicios generales con colaboración de los mismos residentes, pero resultó difícil ofrecerles espacios individuales (ej., closet, armarios o lockers) para guardar sus pertenencias, en primera instancia por su incapacidad de manejo. El servicio de alimentos se estableció por turnos, pese a contar con un comedor con 30 puestos, se tuvo que esperar a que saliera un grupo para un nuevo ingreso. Lo mismo sucedió en las baterías de duchas. Poseer un espacio individual y un manejo a ritmo individual, parecía ser una de las grandes necesidades del grupo. La más creciente necesidad fue poder autodirigirse y ser autónomo en su diario vivir.

Del mismo modo, los cambios de equipos humanos, la rotación de compañeros de grupo, los traslados de instituciones o entradas y salidas de familias adoptantes o cuidadores generan que el paciente sienta que de manera permanente está perdiendo elementos importantes de su contexto proximal. Acostumbrarse a pérdidas de manera tan repetitiva genera en los pacientes, como mecanismo de defensa, tendencia a no vincularse ni permitirse algún tipo de sentimiento con referencia a su entorno, así ante una pérdida esta no les afecta tan drásticamente.

Igualmente, se carece de lazos familiares y de entornos estables. Los sistemas de asistencia, al ser regentados por terceros sin permitir que el interesado intervenga, se convierten en una fuente de pérdida permanente y por defensa el sujeto acaba aceptando la carencia. Por esto, a un gran número de pacientes le resulta imposible tener adherencia al tratamiento como resultado de la pérdida y la carencia. Los pacientes no demostraban generar apegos y se limitaban a esperar que ocurriera el traslado.

De tal suerte, para afrontar estas situaciones se creó Pueblo Gorgojo como un programa orientado al fomento de autonomía, en el cual se promocionan actividades que permiten vivenciar el rol de la vida diaria dentro de una sociedad, desarrollando actividades que inviten a los pacientes a ser productivos y autosostenibles competitivamente.

El objetivo de esta experiencia es promover la autonomía en los usuarios del programa para el ejercicio de la independencia socioeconómica, la vivencia de la privacidad, y proveer mayores garantías para la inclusión social y efectiva mitigación del estigma. En este sentido, se planteó el cubrimiento de las necesidades de alojamiento, manutención, y apoyo social constante a través de una organización lo más parecida posible a una vivienda familiar; con las relaciones personales significativas entre los residentes, la comunidad que fomentó la cohesión de grupo, y el apoyo mutuo a través de la convivencia. Del mismo modo, se buscó facilitar la adhesión al tratamiento y el autocuidado. Finalmente, se dio apoyo a las familias (en caso de llegar a tenerlas) para mejorar sus capacidades y recursos de afrontamiento.

Método

Para el desarrollo de los programas se contó con un equipo multidisciplinario conformado por psicología, psiquiatría, medicina, fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia física, nutrición, pedagogía, enfermería, trabajo social, auxiliares de grupo y talleristas (i.e., de culinaria, manualidades, artesanías, huerta, porcicultura, avicultura, panadería, costura, artes marciales, educación física y carpintería). Adicionalmente, se contó con auxiliares de servicios generales,

mantenimiento y servicio de alimentos, economato y compras.

Todas las actividades de talleres ocupacionales y prevocacionales estuvieron dirigidas a promover el aprendizaje e independencia de los participantes de forma que la evaluación se enfocó en esta área. Los participantes fueron capaces de realizar la actividad laboral con mínima supervisión y máxima independencia a través del trabajo colaborativo entre los internos.

Casi la totalidad de la población fue remitida por el ICBF debido al contrato por prestación de servicios establecido entre las partes. Las modalidades fueron de restitución de derechos, riesgo y abandono en calidad de internado completo para discapacidad mental y física, y riesgo psicosocial (i.e., solo 13 de 93 contaron con apoyo de sus familias). Debido a ello la financiación del programa correspondió al presupuesto institucional. Cada taller contó con un presupuesto anual para insumos de acuerdo a las actividades a desarrollar y el material para la



*Fotografía autor(es)

autoconstrucción de los volúmenes habitacionales. Las construcciones fueron cabañas tipo chalet de 3.10 m por 3.10 m, pisos y paredes en madera, techos de zinc, montadas sobre ocho pilotes de concreto; lo cual surgió del rubro de mejoras y mantenimiento locativo. En promedio el costo de cada volumen en el año 2002 fue de \$1 200 000. Los volúmenes correspondientes a cocina, despensa, baterías sanitarias, zonas de lavandería, zonas sociales, y zonas de televisión se realizaron en madera igualmente en medidas y proporciones de acuerdo al número de residentes.

Cada cabaña contó con energía, cámara de vigilancia y botón de pánico (monitoreados desde enfermería), luz exterior de servicio público, e iluminación interna con lámparas de energía solar y de cloro. Los tendidos eléctricos, hidráulicos y enchapados no fueron realizados por los usuarios, para ello se requirió la participación del personal de mantenimiento institucional.

Para comenzar la experiencia, se realizó un estudio de factibilidad teniendo en cuenta las características del grupo (i.e., población objetivo); el número aproximado de integrantes y su distribución por género; la normatividad sobre atención en discapacidad y unidades de salud mental; la modalidad del programa; y el análisis de costos, beneficios y riesgos.

Para el desarrollo de la experiencia se socializó el proyecto entre los residentes y se procedió a la autoconstrucción (i.e., módulos habitacionales, comedor, cocina, batería sanitaria, sala de televisión, cuarto de ropas, tienda, y lavandería). Simultáneamente, se dio capacitación por medio de talleres prevocacionales (i.e., horticultura, culinaria, panadería, costura, avicultura y porcicultura, entre otros) y de aprendizaje escolar (i.e., matemáticas y escritura). También se generaron *contratos* de trabajo en cada taller, con un "pago" correspondiente para poder adquirir elementos no indispensables. Todo se registraba en unas tablas de autonomía diseñadas por la institución.

El área de terapia ocupacional continuó apoyando la capacitación en artes para los internos; lo que a futuro les permitiría desempeñarse y obtener ingresos haciéndolos menos dependientes. Por su parte, el área de pedagogía apoyó la generación de competencias para el manejo de comportamientos sociales, el valor del dinero y sus unidades, utilización de sistemas semejantes a los bancarios, y el manejo de la tienda (a cargo de uno de los miembros del programa).

Las áreas de psicología y trabajo social ofrecieron una capacitación en roles sociales. Por ejemplo, cómo hacer las compras de mercado y desenvolverse en el medio social para el desempeño

independiente. Al mismo tiempo, evaluaron a los residentes para la futura asignación en las unidades habitacionales. Para ello se requirió la creación y aplicación de del formato de Análisis de Integración al Medio (escala cualitativa), la cual evalúa las siguientes áreas: salud y seguridad, uso de la comunidad, autodeterminación, habilidades académicas, habilidades funcionales, autosuficiencia personal, habilidades sociales, capacidades comunicativas, trabajo, y uso del tiempo libre. Esta evaluación indicó el respaldo o apoyo requerido que podía ser: intermitente, limitado, extenso, persuasivo, o ninguno.

De igual manera se aplicó la escala *estructura provisional y contenidos de los ámbitos de calidad de vida* que evalúa la independencia, movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, capacidad de desempeño, capacidad de orientación, comunicación receptiva, comunicación expresiva, preservación de la salud y síntomas, y humor; bajo los parámetros de desafío de adaptación y adaptación-desadaptación.

El punto de referencia en todas las actividades y vivencias se basa en la logoterapia, por lo que se requirió la capacitación sobre el modelo terapéutico. El trabajo con quienes presentan discapacidad cognitiva se ha hecho más fructífero cuando se aplica la logoterapia (i.e., tercera escuela vienesa de psicoterapia).



*Fotografía autor(es)

La logoterapia según Frankl (2015) psicoterapia que propone la voluntad de sentido, la cual es la motivación primaria del ser humano; una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente. Se parte de los siguientes principios: (a) libertad de la voluntad (i.e., capacidad de tomar decisiones propias), (b) la voluntad de sentido (i.e., percepción del componente exterior, y (c) el sentido de la vida (i.e., percepción positiva del mundo). Se aplica el modelo logoterapéutico, lo cual ayuda a los residentes a encontrar el "sentido de vida" y evita caer en hiperverbalización e hiperintención promoviendo la acción/actividad.

A partir de la evaluación se seleccionaron dos cohortes de residentes opcionados a trasladarse a las viviendas independientes. Con

“
La logoterapia según Frankl (2015) psicoterapia que propone la voluntad de sentido, la cual es la motivación primaria del ser humano
 ”

el trabajo de construcción de los módulos habitacionales se reafirmó en ellos su identidad, recuperación de derechos, ciudadanía, filiación, territorio, vínculos familiares, integración social, oficio, trabajo y posibilidad de ingresos.

El personal de mantenimiento de la sede inició la construcción y adecuación del terreno —en el cual se iban a construir las cabañas bipersonales—, realizó los trazados, y fundió las vigas. De ahí en adelante a los 87 integrantes les correspondió construir sus nuevas habitaciones. Como no se podía desarticular la institución, este trabajo se realizó en los tiempos de descanso. Es decir, fuera de los horarios establecidos para las rutinas diarias quedaron solo dos bloques, de 12 del día a 2 de la tarde y de 4 a 6 de la tarde.

Los participantes por sí mismos se agruparon y se seleccionaron por capacidades y destrezas; entre ellas, medición para corte de madera, habilidad para clavar, escoger clavos y puntillas, llevar madera, recoger los sobrantes, pulir las tablas, postura de tejas, elaboración de puertas y ventanas, y ejecutar acabados. Este trabajo se realizó durante 45 días, tiempo en el cual se encontraban terminados los diez volúmenes habitacionales, con capacidad para albergar a 20 usuarios. Se seleccionaron las mujeres y hombres de la población con más altos puntajes y mayor desempeño durante el proceso de construcción.

Resultados e Impacto Social

Se observó un incremento en la autoestima y disminución de dependencia en actividades básicas cotidianas y actividades básicas ocupacionales; desarrollo de habilidades para la vida diaria; integración social; mayor adherencia al tratamiento, disminución de episodios de crisis y de las prescripciones farmacológicas; alta cohesión de grupo; inclusión de usuarios con discapacidad apoyados por el grupo, generando avances significativos en su proceso de rehabilitación; y disminución de la exclusión del “paciente psiquiátrico”, el cual es aceptado como miembro de la comunidad.

Hay situaciones que, aunque se enmarquen en el área de integración a la comunidad, fueron mucho más que eso. Esto significó abrirles paso en una sociedad que de manera permanente los señalaba y estigmatizaba. Se contó con el apoyo del gerente de uno de los bancos de la ciudad, quien los recibió y en vivencia les demostró lo necesario de saber matemáticas para tener una cuenta de ahorros y saber firmar, resaltando de esa manera la importancia de asistir a las actividades pedagógicas. Otro tanto sucedió con el personal del único supermercado que existía en ese momento. Conocedores del programa aceptaron y colaboraron en el proceso de compras realizadas por los muchachos, quienes se desarrollaron de manera común y corriente en todo el proceso de selección del menaje de la semana.

No se puede desconocer que el sistema de salud se halla desbordado. Día a día la salud mental requiere mayores espacios de atención y por ende mayores recursos económicos, los centros de asistencia se encuentran saturados. Llegar a crear manejos como el llamado "paciente de puerta giratoria" se refiere a prestar atención hospitalaria al paciente en crisis y sobrepasada esta se le da de alta. Pero al atender solo la crisis, la probabilidad de reingreso es muy alta y de este modo el paciente debe ser reingresado. Las estadísticas fallan al reportar un alto volumen de atención o rotación; no obstante, la realidad es que no se registra cuántos reingresan ni a cuántos se les da el tratamiento requerido.

Al mismo tiempo, las personas que no están insertas en el mercado laboral aumentan los costos de atención. Sin embargo, el mismo presupuesto requerido para atención en cualquier modalidad de internado, es el mismo que se requiere para el diseño de vivienda experimental; por ello la diferencia radica en que sobrepasados los 6 o 12 meses de vivienda independiente el mismo programa genera ingresos (i.e., monetarios o en insumos) para sus integrantes disminuyendo el valor de manutención. El empleo de materiales del medio en el cual se establece el programa y el permitir a los usuarios ser su propia mano de obra, son factores que más que economía monetaria son ganancia terapéutica. La

producción obtenida en cada uno de los talleres era "comprada" por la institución para consumo de todos los usuarios, en lugar de comprar verduras, pollo, huevos, o café los hicimos en los propios talleres. Ellos necesitaban vender los productos de su trabajo y la institución necesitaba comprar los insumos para atención de toda la población.

Luego de la fase de residencia institucional y de la fase de vivienda independiente, se esperó desarrollar una tercera fase que implicaría la autoconstrucción de cabañas y adecuaciones de terreno para huerta y producción de huevos, carne, verduras, vegetales, etc. Estas nuevas cabañas se ubicarían distantes de la casa principal. La asistencia monetaria estaba proyectada a tres meses; incluía el "plante" o dinero e insumos de base para poder desarrollar las actividades



*Fotografía autor(es)

productivas. Igualmente, esta fase incluía un programa autoproducido y autorregulado por los mismos usuarios que en alguna oportunidad estuvieron reclusos en centros de salud mental. Esta fase no se logró llevar a cabo.

Quizá el logro más destacable de las dos primeras fases fue la aparición de conciencia individual y el reconocimiento de potencialidades propias. Pues era una cuestión de dar la opción a los participantes para poder ser ellos mismos y construir una identidad, como miembros de una nueva generación y como personas individuales y únicas. Es claro que dar la opción de recuperar y ejercer sus derechos puso en desequilibrio la acción "autoritaria e intransigente" de sus tutores legales.

No obstante, la posibilidad de construir ciudadanía (i.e., ser miembro de una comunidad organizada que reconoce la cualidad) generó demasiadas exigencias que el mismo sistema no quería asumir. Querer recuperar o tener conocimiento de su filiación puso en jaque a los tutores legales. Por ejemplo, hubo situaciones en las que desde el nacimiento no se había hecho seguimiento y ni siquiera los apellidos de los residentes correspondían con los de sus familiares; solo se habían dado para cumplir con la ley de registro civil. En muchas oportunidades, no se pudo brindar información porque

no existen registros de verdadero seguimiento. La filiación (i.e., datos personales identificativos de un individuo) estaba basada en las arbitrariedades del sistema de protección.

Del mismo modo, todo ser vivo precisa de un territorio para poder crecer y desarrollar una proporción de espacio de donde obtener los medios necesarios para su subsistencia, este es el espacio vital. Naturalmente, las dimensiones de este territorio van en función de sus necesidades y serán proporcionales a su grado de desarrollo. Les ayudamos a reconocer su desarrollo como personas individuales, como ciudadanos y esto generó mayor exigencia hacia sus cuidadores legales.

Dado que no se construyeron vínculos familiares, por carecer de familias biológicas, el mismo grupo se convirtió en familia de convivencia generando la cohesión de grupo y la interdependencia, lo cual actuó contra desmembración de sus integrantes por reubicación o cambio de medida de protección.

Igualmente, integración social, escuela, ocio, tiempo libre, ámbito laboral, relaciones e interacción con los otros, la normalización como un acceso a los recursos, y posibilidades se ofrecieron desde la comunidad como principios básicos para lograr la total incorporación de las personas con

“
El empleo de materiales del medio en el cual se establece el programa y el permitir a los usuarios ser su propia mano de obra, son factores que más que economía monetaria son ganancia terapéutica.”

discapacidad en la sociedad. No es un ocio “aislado y marginado”, sino que es hacer alcanzables los medios y recursos que dispone la sociedad en la población normal. Esto es demasiado exigente para que un entorno social lo acepte, ya que resulta más fácil marginarlos.

Poder desempeñar un oficio y el desempeño en un trabajo remunerado supone la conciencia y capacidad de realizarlo adecuadamente. Esto genera una mayor independencia; el sistema de protección posee el síndrome de proteccionismo y no está interesado en la independencia de sus pupilos... porque no tendría a quien proteger.

También, la posibilidad de ingresos genera mayor independencia y la visión proteccionista y paternalista raya en el síndrome de Münchhausen por poderes. Una persona, generalmente el cuidador o la madre, deliberadamente causa lesión, enfermedad o trastorno a otra persona, generalmente el hijo. La víctima suele ser vulnerable. En ocasiones, el cuidador pareciera tener una insaciable necesidad de adulación de que se esfuerza por

lograr el reconocimiento público de sus capacidades o poder.

Nuestra población de vivienda independiente generó el crecimiento de solicitudes de pertenencia al programa. Se llegaron a abrir 40 cupos más y estos se distribuyeron por género. Durante el proceso se encontraron las siguientes dificultades para promover la necesidad y persistencia de continuar con el programa. Los tutores no aceptaron la independencia e individualidad de sus protegidos ya que cuestionaban su autoridad tradicional. Se asumió como explotación laboral el trabajo desarrollado en los talleres y la elección de minutas alimenticias fue catalogada como inadecuada, porque no la establecía el servicio de nutrición. Asimismo, los tutores legales interpretaron como una desprotección por parte de la institución que los residentes asumieran la agencia en sus actividades básicas cotidianas, entre ellas elegir su propia ropa (esto iba en contra de las normas).

Es relevante decir que hubo un importante aprendizaje frente al conocimiento del

sistema administrativo de restablecimiento de derechos que permite reemprender el trabajo. Hay muchos elementos de esta experiencia que son demostrativos en otros contextos y con poblaciones similares que requieren un trabajo de validación empírica. Es probable que, al abordar con los tutores legales la autonomía y privacidad de manera gradual y con mayor negociación, se pueda dar una transición más sencilla de los residentes a la independencia.



*Fotografía autor(es)

Referencias

OMS (2009). Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Consultado en la página <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Frankl, V. (2015). El hombre en busca de sentido. Herder Editorial.

Implementación de la Estrategia Zonas de Orientación SENA en Pasto, Nariño



Karen Victoria Delgado Villacres³⁷ & Sandra Yaneth Quiroz Coral³⁸
Universidad Mariana, Pasto

³⁸ Estudiante de Psicología. Correo electrónico karendelgado@umariana.edu.co

³⁹ Psicóloga. Correo electrónico sayaqui2002@yahoo.es

*Fotografía autor(es)



Las zonas de orientación universitaria (ZOU) son una estrategia comunitaria para el abordaje de situaciones relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Esta estrategia opera desde el bajo umbral, donde todos los actores tienen la responsabilidad mutua de forjar una mirada humana y fraterna en relación consigo mismo y con el otro (Pineda & Quiroz 2015).

ZOU se desarrolla en diversos territorios de nuestro país. En Pasto se llevó a cabo el pilotaje en la Universidad de Nariño, Universidad Cooperativa de Colombia, Fundación Universitaria San Martín, Universidad Mariana (UNIMAR; operadora de la estrategia), Institución Universitaria CESMAG y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Esta investigación se centró en sistematizar la implementación en el SENA, en el cual se cambió el nombre de ZOU a estrategia zonas de orientación SENA (ZOS), dado que esta es una entidad de educación técnica y tecnológica y no es catalogada como una universidad. En esta investigación se buscó determinar las características definitorias y operativas, describir las lecciones aprendidas, analizar las prácticas llevadas a cabo y reconstruir el proceso de implementación de la estrategia ZOS en el SENA de la ciudad de Pasto.

El SENA aceptó hacer parte de la construcción y desarrollo de esta estrategia en la que se identificaron redes para fortalecer

las relaciones y la construcción colectiva del conocimiento. Se potencializaron las capacidades resolutivas autóctonas, autónomas, co-participativas, para prevenir y reducir daños, y construir opciones de intervención y atención a los grupos vulnerables; no solo frente a la situación de consumo de SPA sino también a situaciones relacionadas con el acontecer humano en su fragilidad y en su búsqueda de afirmación (Pineda & Quiroz 2015).

Para Pineda & Quiroz (2015), sistematizar esta experiencia permitió visibilizar las relaciones y contradicciones en la implementación de la estrategia ZOS; dar cuenta del proceso de intervención llevado a cabo durante ocho meses, desde una mirada crítica; y hacer visible la lógica que siguió la implementación para comprender y mejorar las prácticas comunitarias orientadas a los servicios de bajo umbral. Dado que fue una experiencia piloto, aportó evidencias que se acompañaron del rigor científico que exige la sistematización.

Esta sistematización permitió, de acuerdo a cada objetivo, ver los resultados dentro de las características definitorias, comprender la ZOS como una estrategia que busca reducir y mitigar el daño en cuanto a situaciones relacionadas con consumo de SPA. Lo anterior fue a partir de la movilización de procesos de inclusión social y trabajo en red, desde



*Fotografía autor(es)



*Fotografía autor(es)

la operatividad de una base comunitaria empoderada del proceso. Dentro de las lecciones aprendidas están la resignificación de las representaciones sociales que amplían el abordaje hacia una lógica de articulación y el trabajo integral. En cuanto a las buenas prácticas llevadas a cabo, se encontraron el contacto inicial con la comunidad, el empoderamiento de la misma y la generación de acciones de promoción y prevención de estilos de vida saludables.

Fue posible reconstruir todo el proceso mediante diferentes técnicas de recolección de información; entre ellas: análisis documental, entrevista, grupo focal y lista de chequeo. Estas técnicas se emplearon en diversos actores, lo cual da cuenta de un proceso complejo que parte de la sensibilización e información, conformación de una red operativa, identificación, y articulación con

“ El SENA aceptó hacer parte de la construcción y desarrollo de esta estrategia en la que se identificaron redes para fortalecer las relaciones y la construcción colectiva del conocimiento. ”



*Fotografía autor(es)

la red de servicios apoyados en el diagnóstico estratégico SiDiEs. La metodología toma el paradigma de investigación cualitativo que permitió escuchar la voz de la comunidad; con la etnometodología como método.

Resultados

La sistematización de la experiencia ZOS en la ciudad de Pasto constituye un proceso relevante debido a que se hacen visibles los sucesos y prácticas sociales realizados durante la implementación de la estrategia. Lo que permite, según Jara (2012), la producción de conocimiento desde la práctica; la interpretación crítica de una experiencia que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido y los factores que intervinieron en dicho proceso.

Características Definitivas y Operativas

Las características definitivas son clave para definir qué fue la estrategia ZOS. Es decir, fue una estrategia que buscó reducir y mitigar el daño respecto a situaciones relacionadas con el consumo de SPA, desde la atención primaria en salud (APS) que moviliza redes y trabajo articulado.

ZOS retomó planteamientos claros de la declaración de Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), que 37 años después sigue siendo fundamental para la estrategia de APS y que en nuestro país retoma fuerza con la Ley 1438 del 2011 que “reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.

Para la estrategia ZOS fue clave la salud como un derecho fundamental, inherente a la persona, irrevocable, intransmisible, irrenunciable, universal, igualitario e inalienable que muchas veces — por la forma como se representa a la población relacionada con consumo de SPA— se ve aún más limitado. Además se rompió con la idea de la salud como responsabilidad de la parte asistencial, pues ya Alma-Ata exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OMS, 1978).

También, fue importante ver cómo el fenómeno de oferta y demanda de SPA responde a tendencias de mercado, a sectores y modelos económicos que cada día generan una brecha irreconciliable de desigualdad. Por ello, se concibe el consumo de SPA como responsabilidad de todos. Con esta comprensión y desde la APS fue fundamental para la estrategia el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; las acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud; la cultura del autocuidado; la orientación individual, familiar y comunitaria; la atención integral, integrada y continua; el talento humano organizado en equipos multidisciplinarios cualificados que fortalecen la baja complejidad para mejorar la capacidad de respuesta; y la participación activa de la comunidad en el proceso, como en la toma de decisiones desde una

mirada territorial y de comunidad local de prevención.

ZOS propuso pasar de una postura centrada en la “rehabilitación del adicto” a otra enfocada en la participación activa de instituciones, comunidades, y ciudadanos para transformar la manera en que las personas se relacionan con las drogas (Fergusson & Góngora, 2007). También ZOS fue definida como una estrategia que trabajó desde la mitigación, dado que buscó reducir la vulnerabilidad de las personas en cuanto a su rol social, familiar y comunitario, en el cual cada uno tiene un estilo de vida diferente y puede realizar cambios a ese estilo de vida desde una lógica donde todos forman parte del problema pero también de la solución. Como lo dice el Participante 2 en el primer grupo focal “Las zonas de orientación SENA más que una zona de orientación esta busca reducir y mitigar el daño (sic)”.

La estrategia ZOS, como espacio que moviliza la inclusión social, da a conocer la realidad del contexto, las redes que en él existen, y las oportunidades que se pueden brindar. Esto se relaciona con la *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto* (Ministerio de la Protección Social, 2007), la cual dice que la inclusión social es uno de los medios más importantes para realizar las transformaciones necesarias dentro del contexto. Es importante resaltar que la inclusión social fue

“ También, fue importante ver cómo el fenómeno de oferta y demanda de SPA responde a tendencias de mercado, a sectores económicos que cada día generan una brecha irreconciliable de desigualdad. ”

definitoria para la implementación de la estrategia ya que favoreció el desarrollo social de la persona, mediante diversas actividades que brinda la red de servicios comunitaria.

Según Milanese (2001) existe una forma de identificar acciones y lograr organizar información relevante para ser aprovechada en el futuro. En este caso fue reducir la vulnerabilidad de correr riesgos continuos que son prevenibles y evitables. Los riesgos y daños suelen tener un comportamiento acumulativo y darse en escalada; por lo que a mayores fuentes de riesgo, mayores daños y nuevos riesgos (Documento de lineamientos para zonas de orientación universitaria ZOU, 2014). La estrategia ZOS ayudó a la reducción de los riesgos sociales a los que cada persona está expuesta, ya sea de manera individual o grupal, a partir de acciones de mejoramiento que cada dependencia del SENA ofreció y formó parte de la oferta de servicios.

En cuanto a las características operativas, estas hacen referencia al despliegue de la estrategia a partir de un tejido social previo que permitiría su funcionamiento. ZOS en un principio empezó a operar a partir de un diagnóstico previo, lo cual permitió identificar los líderes de opinión y conocer el contexto en el que se trabajará. Según Milanese (2009), realizar una observación organizada y

una adecuada recopilación de la información permite conocer a profundidad el contexto comunitario en el cual se llevará a cabo la acción social; como lo es la reducción, prevención y mitigación del consumo de SPA. Para empezar a operar, ZOS parte de una visión de complejidad frente a las situaciones relacionadas con consumo que aportó el diagnóstico SiDiEs; fue operativo vincular a los diferentes actores del SENA en torno a la estrategia, sensibilizarlos, informarles y entrenarlos desde una perspectiva de inclusión social y de trabajo en redes articuladas.

Lecciones Aprendidas

Una de las lecciones aprendidas que dejó la ZOS fue la inclusión social que se realizó desde el trabajo con redes comunitarias. Dichas redes, desde sus diferentes ofertas de servicios, brindan a la población vulnerable oportunidades que mejoran su calidad de vida. En la inclusión social con las personas, la comunidad local de prevención tiene un papel importante porque busca espacios para realizar actividades efectivas y coparticipativas en función de integrar a toda la población.

La comunidad local se define como: grupos humanos asociados a un territorio, que pueden entenderse como redes comunitarias y que se organizan para atender sus problemas,

“
La comunidad local se define como: grupos humanos asociados a un territorio, que pueden entenderse como redes comunitarias y que se organizan para atender sus problemas, necesidades e intereses.
”

necesidades e intereses. En el proceso de inclusión social de personas relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas, la comunidad local organizada identifica las acciones adecuadas para hacer viable la inclusión. Se fundamenta en el conocimiento del entorno y propicia la participación de los diversos actores sociales (Fergusson & Góngora, 2007). En la comunidad local se realizó el trabajo de redes comunitarias incluyentes del quehacer práctico, real y efectivo. El individuo se integra a una dinámica concreta de participación, es reconocido como sujeto activo y se asume como ciudadano participante de sus actividades cotidianas; por lo cual un sujeto expresa que “Es pertinente continuar con el proceso de trabajo en red pues permite, ampliar el abordaje en el tema de consumo de sustancias” (Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, & ConSentidos, 2012).

La inclusión social tuvo eco y generó transformación a nivel individual, familiar y social; hace parte de la transversalidad ante un tema complejo como el consumo de SPA. Esto quiere decir que la problemática del consumo no es sencilla, precisamente por la complejidad del fenómeno y porque el acto de consumir sustancias, en particular ilícitas, suele observarse desde afuera con lentes subjetivos y axiológicos, lo cual aleja de juicios imparciales

y facilita emitir conclusiones inerciales y simplistas frente a los problemas y las soluciones (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Una siguiente lección aprendida fue que para hacer posible la implementación de planes y acciones estratégicos —que promueven mejores prácticas en el marco de una transformación cultural, educativa y comunicativa— fue necesaria la conformación de una red operativa al interior del SENA donde participaron psicólogos, directivos, administrativos, aprendices, entre otros.

Para facilitar el diálogo con los participantes, además de brindar información actualizada en la ZOS, se contó con medios de comunicación virtual como blog, páginas web, piezas comunicativas virtuales, y medios estratégicos de movilización para la estrategia que dieron a conocer todo lo que esta ofrece.

Otra de las lecciones aprendidas que dejó ZOS fue la resignificación de las representaciones sociales. Las cuales son entendidas como construcciones sociales en un tiempo y contexto específico, que sirven como forma de conocimiento de lo social, adquiridas a partir de la experiencia, del contexto, de la información disponible y de los modelos de pensamiento que se transmite por tradición. Estas

permiten a los actores interpretar un orden social en que se insertan con determinadas funciones, que resultan en consecuencia de otras representaciones elaboradas (Documento sobre las Zonas de Orientación Escolar, 2009).

Para transformar estas representaciones sociales fue necesario realizar un diagnóstico que permitió identificar las diferentes miradas que hay en la sociedad que denotan claramente el estigma y la exclusión frente a las personas que consumen SPA. Entre la identificación se encontró lo siguiente: son consideradas como un peligro, pueden dañar a los demás, y no hay que permitirles salir adelante por su condición. La representación social que la comunidad, la escuela, la familia y las empresas tienen de la persona en situación de consumo de drogas propicia que se mantengan relaciones de desconfianza y se perpetúe una visión de incapacidad. Dicho señalamiento promueve la limitación de oportunidades.

Las redes sociales de las personas que consumen en contextos de alta vulnerabilidad son frágiles y homogéneas, lo cual no ayuda en los procesos de inclusión social. Las personas que consumen drogas son asociadas generalmente con delincuencia, enfermedad y degeneración. Este conjunto de percepciones, ideas e interpretaciones —que llamamos representación social del farmacodependiente—

genera prácticas de intolerancia y discriminación que dificultan los procesos de inclusión. Por lo tanto, modificar estas representaciones es fundamental para desarrollar cambios sociales y culturales. En este sentido, mientras no se resignifique la forma de ver el tema del consumo, difícilmente las personas relacionadas con él serán sujetos de derechos y deberes inmersos en una sociedad.

Otra de las lecciones aprendidas que dejó la estrategia ZOS fue la adquisición de nuevos conocimientos, respecto a temas relacionados con el consumo de SPA. Por ejemplo, se aprendió cómo evaluar a los sujetos mediante el test de tamizaje ASSIST, con este fue posible identificar diferentes niveles de riesgo a nivel de consumo al que los participantes se exponen. A partir del texto *Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas* (Fergusson & Góngora, 2007), se refiere que lo primero que altera el consumo de SPA son las relaciones personales y familiares. Por esta razón ZOS se orienta a tejer redes que desbordan los recursos aislados, diversifica las ofertas, y crea un abanico de posibilidades que van más allá de los abordajes médico-asistencialistas. También se desarrollan acciones como las 8 C, las cuales son estrategias preventivas que reducen el riesgo cuando se consume alcohol. Se empleó el trabajo en grupo para resolver situaciones, el origen del

consumo de sustancias y por qué alguien consume algún tipo de SPA a partir de una mirada sistémica.

Estos nuevos conocimientos generaron en las personas una mayor satisfacción y agrado al momento de trabajar en la comunidad. Esto ayudó mucho en la intervención y a establecer espacios para la vinculación de la estrategia. Estos conocimientos implicaron una visión integral de las personas en situación de consumo, reconociendo que en esencia somos los mismos, desde una lógica de equidad. También posibilitó el trabajo en inclusión social, lo que significó mejorar la calidad y cantidad de los vínculos con los que cuentan las personas en situaciones de exclusión social que no viven en su mundo, sino que viven en este mundo de “consumidores”.

Prácticas Llevadas a Cabo dentro de la Implementación de la Estrategia ZOS

Las prácticas llevadas a cabo hacen referencia a toda experiencia, que se guía por principios, objetivos y procedimientos, que es ejecutada en un contexto concreto. Entre estas experiencias se encuentran las buenas prácticas, que son varias acciones que aportan al crecimiento y fortalecimiento de la estrategia y aquellas actividades que han arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad (Organización Mundial de la Salud & Gobierno Vasco,

2007); mientras que las segundas se identifican como las prácticas de bajo impacto, que son acciones que se rescatan pero que son menos productivas a corto plazo, aportan menos que las buenas prácticas para el cambio y avance de la estrategia ZOS.



*Fotografía autor(es)

Se encontró que es importante que la estrategia sea asumida por la oficina de Bienestar al Aprendiz. Ya que esta dependencia es la que genera ofertas de inclusión social, las cuales reducen diferentes situaciones de vulnerabilidad (i.e., económicas, de alimentación, de vivienda, de acompañamiento, entre otras).

Posteriormente, se adoptó la estrategia dentro del PEI. En ZOS existió articulación intersectorial, ya que estuvo presente el trabajo colectivo entre directores, administrativos, instructores, aprendices, padres de familia y Bienestar al Aprendiz. También se contó con la participación de personas capacitadas en atención integral con el conocimiento suficiente para dar a conocer lo que es ZOS.

De igual manera, es importante reconocer que existieron diferentes acciones como la capacitación, orientación, difusión en lo relacionado con el consumo de SPA y situaciones de vulnerabilidad en la comunidad educativa, acompañamiento, atención e inclusión social a personas consumidoras. Lo cual se realizó efectivamente ya que se desarrolló sensibilización hacia diferentes actores en el SENA.

Conclusiones

La estrategia ZOS trabaja desde la APS, así moviliza redes y trabajo articulado. Las buenas prácticas y las prácticas de bajo impacto sirven para analizar qué se puede retomar para usar en el futuro, qué ajustes realizar o qué situaciones solucionar al momento de implementar una estrategia y posteriormente sistematizarla.

Las prácticas que se realizaron con los sujetos de la comunidad educativa (e.g., capacitaciones y diplomado) actúan a favor del aprendizaje tanto individual como colectivo. Por lo tanto, funcionan para mejorar la salud de todas las personas que se encuentren en el mismo contexto. ZOS orientó a muchas personas en situación de consumo de SPA. Apoyó, guio, y escuchó a población con diversas problemáticas; por lo tanto, ayudó a sujetos en distintas situaciones de vulnerabilidad y susceptibilidad.

Mediante la sistematización de la estrategia ZOS se concluyó que la implementación de la misma generó un cambio de perspectiva. Antes, la visión sesgada de consumidor era representada por "drogadicto" o "persona de la calle" lo cual es muy diferente a la visión actual, en la cual se reconoce que las personas en situación de consumo son sujetos de derechos, que pueden reducir su uso de SPA y continuar con la vida, teniendo logros académicos, laborales, familiares, entre otros.



*Fotografía autor(es)

Referencias

- Bonilla y Álvarez, (2010) Diseños de investigación cualitativa: Parte II. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Recuperado el: 30 de noviembre de 2014 de: http://cea-uprrp.weebly.com/uploads/1/0/0/1/10011830/diseos_de_investigacin_cualitativa_ii_-_vbonilla.pdf
- Bonilla, & Rodriguez, (1997). Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá, Colombia: Norma.
- Centro de Orientación, Información y Empleo, & Universidad Nacional de Educación a Distancia. (2011). Situación actual de los servicios de orientación universitaria: Estudio descriptivo. Madrid, España.
- Creswell, J. (2010). Diseño de Investigación Cualitativa. Centro para la excelencia academia, 4.
- Fergusson, y Gongora. (2007) Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de SPA- Colombia MSPS. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/pdfs/estrategias-y-programas/mitigacion/Modelo-inclusion-social-para-consumidores-SPA.pdf>
- Jara, Ó. (2012). Sistematización de Experiencias, Investigación y Evaluación: Aproximaciones desde tres ángulos. Revista Internacional Sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo 1, pp. 56-70.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación (Cuarta edición ed.). Mexico: Mc Graw Hill
- Milanese, E. (s.f.). La comunidad: basurero de los fracasos de las instituciones y oportunidad para relaciones de ayuda duraderas e incluyentes. Recuperado de <http://www.siamisderechos.org/banco/todo/ATT1344207791.pdf>
- (2009). Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Manual de trabajo para el operador. México: Plaza y Valdés.

------. (2015). Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/rec-wp/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-de-Reduccion-de-Da%C3%B1os-09-02-15.pdf>

Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: Bogotá: Guadalupe S.A.

Ministerio de Protección Social, & Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). Fortalecimiento nacional y local para la reducción del consumo de drogas en Colombia – ZOU: Bogotá: Proyecto Zonas de Orientación Universitaria.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). La prevención y la mitigación en manos de los y las jóvenes: Bogotá-Cometa.

Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, & ConSentidos. (2012). Documento de lineamientos para zonas de orientación universitaria ZOU

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf

Pineda, W. Quiroz, S., Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza. (2015). Recuperado de file:///C:/Users/Sandra/Downloads/72-83-PB.pdf

Programa especial para la seguridad alimentaria PESA en Centroamérica. (2004). Guía metodología de sistematización: Honduras.

Programas Interdisciplinarios para la Atención primaria en Salud. (2007). Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.

Itinerancias Artísticas y Psicosociales para la Primera Infancia a Partir del Yoga y la Música: Experiencia en Pereira, Buga y Marsella



Juliana Arias García³⁹
Bamboo Kids, Bogotá



Con base en un trabajo a nivel individual y grupal acerca de los efectos de la práctica del yoga y la música en niños y familias —en el marco del lanzamiento de diez canciones para el trabajo para la primera infancia— se presentó esta iniciativa al Ministerio de Cultura en el año 2015. Se concursó en el programa Estímulos 2015 y fuimos ganadores en la categoría "Becas de circulación: itinerancias artísticas de proyectos culturales dirigidos a niños de la primera infancia". Esta iniciativa surge de una preocupación por el escaso material didáctico con el que cuentan los agentes educativos en Pereira, Buga y Marsella, la exposición de los niños a contenidos inapropiados, y la ausencia de intercambios artísticos de calidad y contenido consciente para la primera infancia. "La pedagogía actual cuenta con una diversidad de elementos didácticos para poner al servicio de la docencia en la transmisión de los nuevos saberes; sin embargo, es evidente la carencia de estos elementos en la labor educativa, debido a que las prácticas pedagógicas que generan los docentes están enraizadas en modelos pedagógicos de corte tradicional que, en la mayoría de los casos, se limitan a la tiza, la voz y el tablero" (Manrique & Orozco, 2013, p 8).



También se tuvieron en cuenta los antecedentes de violencia social y familiar de estas poblaciones caracterizadas por ser receptores de niños y niñas en situación de desplazamiento. Haciendo un análisis de la situación de la infancia y adolescencia en Colombia plantea la educación como un sector estratégico que puede contribuir de forma simultánea y efectiva a la equidad, la construcción de paz y la reconciliación. Las escuelas constituyen una plataforma con un alto potencial de convocatoria y convergencia social para apoyar a las comunidades a construir una cultura de paz sostenible y de reconciliación. Por ello se buscó generar un espacio de integración donde todos los niños y niñas tuvieran un momento divertido y formativo.

La experiencia de intervención consistió en presentar un concierto didáctico en tres bibliotecas públicas de tres municipios de Colombia, seguido de un taller de herramientas de conciencia corporal derivadas del yoga para profesores, padres y cuidadores. Cada canción fue compuesta y pensada para que los niños aprendieran secuencias de movimiento, respiración y relajación con un alto nivel de recordación y fácil memorización. El contenido también se presentó como una herramienta educativa con elementos como el verso, rima, historias de animales que dejan enseñanzas de paz y respeto, y melodías basadas en principios



*Fotografía autor(es)

de la musicoterapia para generar atmósferas de armonía en el aula. “Los esquemas rítmicos y las líneas melódicas de la música corresponden estrechamente a características similares del organismo humano y sus funciones físicas. Es así como en la música y en el organismo hay una alternancia perceptible de tensión y relajación, de actividad y descanso, que se pueden utilizar intencionalmente en los estados psicológicos de las personas” (Sáinz de la Maza, 2003).

El propósito principal fue generar una experiencia a gran escala y que tuviera gran recordación entre niños y cuidadores a partir de un concierto didáctico pensado para generar vivencias de movimiento consciente basado en las técnicas del yoga. Desde el aspecto investigativo, fue importante observar el impacto de la experiencia en los multiplicadores, así como el

vínculo que estas comunidades establecían con las herramientas de trabajo compartidas. Es así como la iniciativa concursó en la convocatoria Estímulos 2015 del Ministerio de Cultura y fue ganadora en la categoría Primera infancia. Aunque hicimos más énfasis en el contenido artístico por la naturaleza del patrocinio, la propuesta tuvo un trasfondo pensado desde la psicopedagogía y los principios del yoga con el fin de que cada minuto en escena fuera significativo para los niños.

Metodología

A Quién se Atendió

El concierto fue dirigido a niños y niñas desde 0 a 7 años de jardines infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y colegios oficiales de estrato socio-económico bajo de los municipios de Buga y Marsella. Los menores están, la mayor parte del tiempo, al cuidado de funcionarios del ICBF y programas distritales.

En Marsella el concierto tuvo una asistencia de 75 niños del hogar infantil entre los 2 y 6 años. El taller —que hizo visibles las herramientas en las canciones, ejercicios e historias del concierto— fue dirigido a las cuidadoras del Hogar del Niño de Marsella, mujeres entre los 25 y 50 años originarias del municipio, pedagogas infantiles y trabajadoras sociales. En Buga asistieron al concierto alrededor de 150 personas entre niños y cuidadores de los jardines y colegios oficiales aledaños. Por actividades electorales y gestión del ente local, el taller de profesores no se pudo llevar a cabo.

En Pereira se esperaban aproximadamente 200 niños entre los 3 y los 7 años de los jardines del ICBF del casco urbano. Sin embargo, los destinatarios del concierto fueron familias de estratos socio-económicos medio y medio alto, que en su mayoría asistían a los eventos del Instituto con regularidad. Como iniciativa propia se decidió realizar

el taller de formación sobre las herramientas de las canciones a un grupo de cinco profesores del distrito, pedagogos en su mayoría con vinculación activa a colegios públicos del casco urbano. Estos profesores entre los 30 y 50 años trabajan en dos de los colegios oficiales con mayor índice de pobreza y violencia en el casco urbano con niños entre los 7 y 14 años.

La implementación de la experiencia se llevó a cabo el 22 de agosto del 2015 en Pereira, Risaralda en la Biblioteca Pública Ramón Correa Mejía; el 11 de septiembre del 2015 en Marsella, Risaralda en Centro Cultural y Biblioteca Pública León de Greiff; y el 16 de octubre del 2015 en Buga, Valle en la Biblioteca Pública Municipal Carlos Humberto Morales.

Antecedentes de la Atención

Bamboo Kids ha venido trabajando en los últimos 10 años ofreciendo prácticas de yoga comunitarias para niños, familias y profesores en diferentes espacios, talleres formativos, entrenamiento a profesores de yoga en el área del yoga infantil, composición y producción de piezas musicales para empresas en el marco de la responsabilidad social, así como intervenciones musicales en pequeños formatos. De todas estas herramientas la que más ha llamado la atención de los niños ha sido la musical.

“ El propósito principal fue generar una experiencia a gran escala y que tuviera gran recordación entre niños y cuidadores a partir de un concierto didáctico pensado para generar vivencias de movimiento consciente basado en las técnicas del yoga. ”

Las canciones actúan como un ancla que fija y le da continuidad a aquello que les queremos transmitir. Además, la música opera en múltiples niveles de desarrollo favoreciendo procesos de atención, coordinación, comunicación, entre otros. “La música actúa en el niño aportándole alegría, ilusión, armonía..., todos aquellos estados positivos que necesita para su pleno desarrollo integral” (Sáinz de la Maza, 2003, p. 45. La música permite el acceso neutral a comunidades donde el yoga, por su estigma dogmático, no puede ser muy bien recibido y permite además integrar a diferentes actores sociales de una comunidad. Al ver el impacto de las canciones en los niños, sus cuidadores se motivan a aprender y formalizar las técnicas contenidas y así multiplicar la experiencia en otros contextos y darle continuidad.

La financiación por parte del Ministerio de Cultura permitió llevar la propuesta de Bamboo Kids a poblaciones donde no habíamos llegado antes con una puesta en escena llamativa y con el respaldo de las bibliotecas públicas. El común denominador de estas poblaciones es la recepción de un gran número de familias en situación de desplazamiento y un alto índice de violencia intrafamiliar. La intención fue llevar algunos ejercicios puntuales del yoga a estas comunidades como una herramienta de convivencia y autocuidado, así como compartir la música como material educativo.

“Los ejercicios de yoga despiertan la consciencia de ser uno mismo pero sin dejar de estar atento al otro. En efecto estas prácticas nos llaman a tomar actitudes en común, a respiraciones concordantes (...) son una instrucción cívica auténtica que se vive desde dentro, en nuestro cuerpo, incluso integrándola a nuestras células” (Flak & de Coulond, 1997, p. 30).

Basada en la caracterización sociodemográfica de cada zona, se planteó un guion que resaltara la introspección y el silencio (i.e., técnicas de meditación consciente), el saludo al sol (i.e., secuencia de calentamiento del cuerpo y gratitud por el nuevo día), seguido por secuencias de movimiento (i.e., posturas o sana) que cuentan historias de animales, para terminar con una canción del agradecimiento (i.e., memorias positivas), relajación guiada (i.e., técnica del escáner corporal) y comunicación celestial (i.e., gimnasia cerebral). Este formato de clase ya había sido impartido en Bogotá con cientos de niños en clases grupales de yoga en colegios y salones comunales.

“
Los ejercicios de yoga despiertan la consciencia de ser uno mismo pero sin dejar de estar atento al otro. En efecto estas prácticas nos llaman a tomar actitudes en común, a respiraciones concordantes
”



*Fotografía autor(es)

Dónde se Atendió

El Hogar Infantil de Marsella Risaralda acoge a más de 150 niños de familias del pueblo y la zona rural, dando prioridad a hijos de madres cabeza de hogar en situación de pobreza. Sin embargo, al ser el único jardín infantil de la zona se abren cupos para niños de familias trabajadoras, especialmente campesinos y comerciantes. Hay un porcentaje importante de personas en situación de desplazamiento por la violencia que se ha asentado en esta región y —aunque la gestión de la Casa de la Cultura ha favorecido a muchos jóvenes y niños— prevalece la falta de acceso a material educativo y formativo. Abunda el “material inapropiado musical y visual para los niños”, según las profesoras y cuidadoras.

El municipio de Buga se encuentra ubicado en el centro del departamento del Valle del Cauca y en los últimos 20 años ha recibido un gran número de familias desplazadas por la violencia. La Biblioteca Carlos Humberto Morales, del casco urbano de Buga, ofrece servicios de préstamo de libros, eventos lúdicos, acceso a tecnología, entre otros, a la población infantil y juvenil de estrato socio económico bajo.

Pereira es una ciudad intermedia ubicada en el departamento de Risaralda que conecta a muchas otras ciudades del país. La centralidad y carácter industrial

de la ciudad hacen que la mayor cantidad de desplazados del norte del Valle y Eje Cafetero llegue a su casco urbano. Hasta el 2011 existían 13 hogares del ICBF y en los últimos años han ampliado su número. El Instituto de Cultura de Pereira, representado por la Biblioteca Pública Ramón Correa Mejía, asume las funciones de biblioteca pública departamental así como buena parte de la agenda cultural de la ciudad en el auditorio Lucy Tejada, lugar donde se presentó el concierto.

Qué se Buscó

El principal propósito de la itinerancia fue generar una “acción inspiradora” para que adultos y niños repliquen en sus casas y aulas de clase los ejercicios, técnicas, versos, canciones e historias del concierto didáctico. De esta forma, generar una experiencia didáctica, novedosa y apropiada para la primera infancia con contenidos de autocuidado y convivencia.

Como objetivo secundario se planteó relacionar a los menores con los sonidos de diferentes instrumentos y personajes, integrando a niños y niñas en condiciones de marginalidad o vulnerabilidad a una actividad musical-pedagógica donde interactúan a través del movimiento. Otro propósito importante fue la consecución de apoyo y asociación con diferentes entidades locales y nacionales, favoreciendo el involucramiento de

diferentes entes en esta propuesta y motivar a que estas continúen realizando este tipo de propuestas.

Con Qué se Contó

Para llevar a cabo la presente iniciativa, las bibliotecas públicas de los tres municipios representadas por sus coordinadores debieron hacerse cargo de la invitación, divulgación y convocatoria de los niños al evento. El cual contó con todas las condiciones de escenografía (i.e., sonido, tarima y staff) para que el concierto fuera posible. Desde Bogotá se consolidó un equipo de trabajo conformado por la directora de puesta en escena y cantante, dos músicos y un productor de campo. Los encuentros posteriores con cuidadores se realizaron en salones ubicados dentro o muy cerca del lugar de la presentación. La financiación se logró a través del estímulo otorgado por el Ministerio de Cultura (i.e., \$20 000 000) que fue invertido en su totalidad en la fase de ejecución del proyecto por la naturaleza de la convocatoria. Se construyeron tres títeres parlantes basados en tres personajes que narraban las historias al público, un telón, un teatrino y se adquirió un set de instrumentos percutidos, disfraces y otro material de escenografía.

Cómo se hizo

Planeación. Durante esta primera fase se realizó el entrenamiento en puesta en escena del equipo de trabajo conformado por dos músicos, un productor de campo

quien también hizo el registro audiovisual y un diseñador de escenografía. Creamos un guion para el concierto basado en varios principios pedagógicos pertinentes para la primera infancia: rima, repetición, melodías en escalas mayores, elementos sorpresa, gesticulación y frases cortas. El guion también estuvo basado en buena parte en mecanismos de externalización de emociones a través de los personajes. Todo el contenido de movimiento estuvo basado en secuencias de yoga y en gimnasia cerebral. El esquema del taller posterior al concierto se diseñó con base en los momentos de una práctica de yoga para niños; centrando atención, calentamiento, equilibrio, fuerza, respiración, relajación y meditación activa.

Convocatoria. Tomando como base un listado de municipios priorizados por el Ministerio de Cultura se estableció comunicación con las tres poblaciones escogidas; las cuales tenían a su cargo la difusión y convocatoria de los grupos de niños, padres y profesores asistentes a los conciertos y talleres. También se concertaron las fechas y requerimientos específicos. Desde Bogotá se redactaron los comunicados de prensa y volantes que los entes territoriales repartieron, priorizando los jardines del ICBF.

Ejecución. El equipo de trabajo se desplazó hasta los tres municipios donde se dio un concierto seguido de un taller con profesores y cuidadores en un salón contiguo al auditorio. La entrada a este taller

fue libre y se recogieron los datos de los asistentes en las planillas del Ministerio de Cultura junto con las firmas de los coordinadores de zona.

Seguimiento. Aunque la financiación de la experiencia no contemplaba esta etapa, se estableció un canal de comunicación virtual con los participantes de los talleres de los cuales un 40% mantuvo contacto con la tallerista en un formato de preguntas y respuestas.

Qué se Logró

La itinerancia de *Bamboo Kids: Canciones para el corazón* fue una experiencia enriquecedora para el público infantil y adulto. El impacto en los niños fue muy positivo, reflejado en sus niveles de atención y movimiento durante los conciertos y en el grado de recordación de fragmentos de las canciones; las cuales cantaban durante y después de la presentación, según el reporte de algunos padres y profesores. Los elogios y gestos de agradecimiento de funcionarios de los tres municipios también fueron muestra del impacto de la presentación, los cuales consideraron "de gran utilidad para niños y cuidadores" la mezcla de música, movimiento y valores formativos presentes en la puesta en escena y, en especial, la posibilidad de acceder a un nuevo material educativo de características apropiadas para la primera infancia.



*Fotografía autor(es)

Otros logros resaltados fueron: (a) llevar una experiencia artística de calidad a municipios que habitualmente no la reciben como Marsella y Buga; (b) el disco reportó ventas entre los profesores quienes lo consideraron una herramienta para el desarrollo del lenguaje y la educación emocional en los niños, lo cual los inspiró a contar cuentos; (c) los niños del Hogar Infantil de Marsella experimentaron la importancia de la respiración consciente para regular sus estados emocionales, a través de la práctica de los ejercicios con dos de sus cuidadoras que replicaron fragmentos de la experiencia; (d) en las familias entrevistadas se instauraron en casa rutinas como el agradecimiento, momentos de relajación y secuencias de movimiento, (e) el respaldo del Ministerio de Cultura consolidó a la agrupación musical y la puesta en escena para las futuras

“
La itinerancia de *Bamboo Kids: Canciones para el corazón* fue una experiencia enriquecedora para el público infantil y adulto. El impacto en los niños fue muy positivo
”

presentaciones; y (f) la experiencia artística desmitificó cualquier visión dogmática o religiosa del yoga o los antecedentes de los métodos de regulación emocional que usa.

Y para el Futuro

La experiencia de la itinerancia reconoce el papel protagónico que cumplen los niños y las niñas en su propio desarrollo. Los involucra de manera directa en las actividades, al mismo tiempo que trabaja de la mano con otras personas (i.e., docentes, padres de familia, acudientes o coordinadores). Es una experiencia que puede replicarse en contextos similares, trabajando más en la descripción de estrategias que garanticen su desarrollo posterior. Esta es definitivamente una experiencia significativa que puede tener un impacto muy importante en las prácticas y rutinas que los cuidadores llevan a cabo con los niños de diferentes regiones del país y de Latinoamérica.

Dentro de las estrategias que pueden garantizar el éxito de futuras intervenciones se encuentra el desarrollo de material audiovisual, para que los adultos puedan recordar y replicar los ejercicios con los niños a largo plazo y se pueda compartir fácilmente. A partir de esta reflexión, Bamboo Kids comenzó a producir videos disponibles en Youtube y un audiolibro después de esta experiencia.

La estrategia metodológica propuesta facilita la apropiación de los aprendizajes; sin embargo, aunque hubo lecciones aprendidas y resultados, no fue posible evidenciar un proceso de seguimiento y evaluación debido a la naturaleza de la financiación y la convocatoria. Esto hubiera podido permitir reconocer con mayor claridad los procesos desencadenados y los efectos comprobables en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población. El seguimiento de la experiencia fue una iniciativa propia para apoyar los procesos de algunos de los participantes con quienes se tejieron equipos de trabajo y redes de apoyo emocional a través de medios virtuales.

De la experiencia se resalta que el apoyo por parte del Ministerio de Cultura permitió la construcción de títeres, teatrinos, telones y la adquisición de instrumentos musicales y material didáctico que fue utilizado en encuentros posteriores con otros grupos y que sin duda ayudaron a que las actividades fueran llamativas. Desde un punto de vista de intervención, la integración de la música con los movimientos corporales controlados, si se realiza de manera continua, podría tener un efecto importante en habilidades motoras y de autorregulación en los niños y niñas. De igual manera, la práctica de respiración consciente,

contemplación y relajación podría contribuir a la salud mental de padres y cuidadores, lo que a su vez se vería reflejado en el bienestar de los niños.

Es así como para experiencias futuras y desde el quehacer de la psicología, se ha planteado hacer énfasis en los talleres con padres y cuidadores, planteando la utilización de un instrumento de evaluación y seguimiento de la interacción de los niños con los ejercicios en el aula y en el hogar y todo lo que a nivel de desarrollo podría desplegarse. También cabe resaltar que para el diseño e implementación de otras experiencias, se necesitaría de un estudio más profundo de los antecedentes sociodemográficos de las poblaciones con las cuales se va a trabajar. De esta forma, se podría enmarcar mejor las herramientas de conciencia

corporal y convivencia más pertinentes para cada grupo poblacional y su situación temporal.

La evaluación de los jurados de la convocatoria, representados en su mayoría por especialistas en primera infancia y artistas, nos dio como colectivo artístico pautas muy importantes para el mejoramiento de la puesta en escena y modificaciones en el formato para futuras formulaciones de proyecto. Los representantes de los hogares infantiles y bibliotecas públicas nos insistieron en el despliegue de más material didáctico que le aporte mayor sostenibilidad a la experiencia. Las conversaciones con padres y cuidadores, sus historias de abandono, violencia y estrés nos animan a seguir trabajando en propuestas metodológicas que contribuyan

a la construcción de convivencia y culturas de paz y a la práctica de las herramientas del yoga para la salud mental y el bienestar individual y colectivo.

Finalmente, es importante resaltar que esta experiencia se relaciona profundamente con lo que Bamboo Kids es en esencia: un proyecto desde el oficio de la psicología y la pedagogía que encuentra en la práctica del yoga un fundamento de paz y convivencia, con fuerza como para sistematizarlo y compartirlo con la comunidad. Un proyecto incluyente y divertido donde la literatura, el teatro, la música y sus representantes, tienen un lugar central en el desarrollo del ser. Porque finalmente el arte es alimento para el espíritu y se comunica, a veces sin palabras, a través de un lenguaje que llega al corazón.

Referencias

- Flak, M. & de Coulond, J. (1997) Niños que triunfan. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Manrique Orozco, A. M. & Gallego Henao, A. M. (2013). El material didáctico para la construcción de aprendizajes significativos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 101-108.
- Sáinz de la Maza, A. (2003). *Cómo cura la musicoterapia*. Barcelona: La Magrana.

Programa de Acompañamiento Integral al Estudiante de la Universidad Tecnológica de Pereira



Jorge Andrés Orrego Martínez⁴⁰, Felipe Orejuela Soto⁴¹,
& Luis Horacio Bolívar Zuluaga⁴²
Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira

El Ministerio de Educación Nacional estimó, basado en la metodología del Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe, que cerca de la mitad de los estudiantes que ingresan a la educación superior no logra terminar su carrera. Esto genera pérdidas sociales y financieras, tanto para el país y las instituciones educativas como para la familia y la persona que deserta. Diferentes estudios de la deserción estudiantil han reflejado que el estudiante universitario puede presentar dificultades en los procesos de adaptación, incompatibilidad entre intereses o preferencias profesionales, al igual que no poder acomodarse frente a las demandas de la vida académica (Tinto, 1989).

41 Psicólogo. Correo electrónico: jorge.orrego@utp.edu.co

42 Psicólogo. Correo electrónico: pipeos@utp.edu.co

43 Psicólogo. Correo electrónico: luis.bolivar@utp.edu.co



En relación con lo anterior, se considera importante que las universidades tengan un programa que busque disminuir la deserción a través de un acompañamiento integral al estudiante. El programa debe entender que a pesar de que el objetivo principal de las instituciones universitarias es la formación académica, existen muchos factores que inciden en el tener éxito en el proceso. Por lo tanto, el Ministerio de Educación Nacional propone un diagrama (Figura 1) en el cual se explica un modelo de deserción que pretende atender, apoyar y acompañar a la comunidad estudiantil, basado en unos métodos de enseñanza, apoyo institucional, financiero, apoyo institucional, financiero, familiar, psicológico y de salud que generan una integración académica y social para evitar el abandono de los estudiantes (Tinto, 1989).

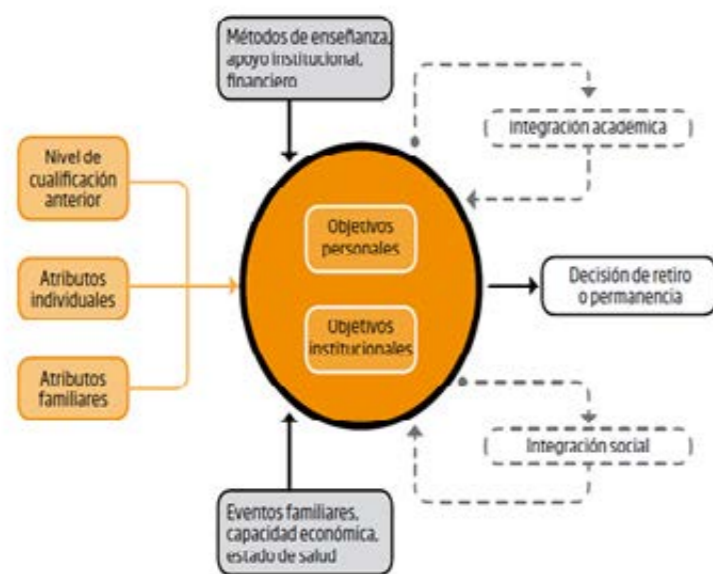


Figura 1. Modelo de deserción estudiantil en la educación superior. Adaptada de Tinto (1975).

Para entender las implicaciones de la salud mental en la deserción estudiantil y al interior de la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP) es necesario comprender que la comunidad estudiantil está en un rango de edad de 15 a 28 años. Según Erikson (citado en Schultz, 2002), en esta etapa el individuo decide sobre su ocupación o profesión e ingreso a la vida universitaria (la adolescencia abarca entre los 12 y 18 años) y se presentan crisis relacionadas con la búsqueda de la identidad e intimidad (etapa del adulto joven que



*Fotografía autor(es)

comprende entre los 18 y 35 años). Estas crisis que afronta el sujeto influyen directamente en las diferentes esferas de desarrollo personal, social y académico, tal como su salud mental, procesos de adaptación y rendimiento académico.

El Programa de Acompañamiento Integral (PAI) se encuentra dirigido a la población estudiantil de pregrado de la UTP. Para el primer semestre del 2017 la Universidad contó con 16 123 estudiantes (i.e., 6725 mujeres y 9398 hombres), cuya fase evolutiva comprende principalmente la etapa de la adolescencia y juventud, seguido en un menor porcentaje por adultos jóvenes y adultos propiamente. La mayoría

de la población se caracteriza por pertenecer a los estratos socioeconómicos 1 y 2 (68%), seguido en menor medida por estudiantes de estratos 3 y 4 (29%); mientras que la población en estrato 5 y 6 es bastante reducida (3%).

Así mismo, cabe destacar que si bien la Universidad se encuentra al interior de la ciudad de Pereira, es escogida en gran medida por estudiantes provenientes de diferentes municipios del departamento de Risaralda. De igual forma, se presenta un número significativo de estudiantes foráneos provenientes principalmente de los departamentos de Chocó y Nariño.

“ El programa debe entender que a pesar de que el objetivo principal de las instituciones universitarias es la formación académica, existen muchos factores que inciden en el tener éxito en el proceso. ”

De los Inicios al Momento Actual

El PAI inició su proceso de formulación al comienzo del periodo 2015-1 por parte de un equipo de profesionales de la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario (VRSyBU), siendo uno de los planteamientos más importantes de la nueva administración de la Institución. En este momento se revisaron antecedentes nacionales sobre el fenómeno de la deserción en universidades para poder construir las bases teóricas y establecer las líneas de acción que incluyó el programa. Se terminó de conformar el equipo de trabajo con un total de 9 profesionales en psicología facilitando el desarrollo de los lineamientos finales de la propuesta para su lanzamiento en el semestre académico 2015-2.

El PAI se socializó con los docentes y administrativos de los diferentes programas académicos, e igualmente se hizo un ejercicio divulgativo acompañado por la oficina de comunicaciones de la institución. Durante los casi dos años que lleva el programa en funcionamiento es importante mencionar que aún continúa el 80% del equipo de profesionales inicial y se han hecho modificaciones respondiendo a las necesidades de las facultades y consolidando cada vez más los procesos y actividades del mismo.

El Ministerio de Educación Nacional (2009) expone que la salud mental es solo uno de los factores implicados en la deserción estudiantil, pues involucra otra serie de elementos, como aspectos socioeconómicos, académicos y biopsicosociales. De esta manera el PAI establece que el acompañamiento integral a los estudiantes debe hacerse desde diferentes frentes, determinando 4 líneas para ello: línea académica, línea socioeconómica, línea biopsicosocial, y línea normativa. Se busca, a través del acompañamiento en cada una de estas líneas, reducir los índices de deserción y promover un egreso exitoso. Es importante resaltar que durante estos primeros dos años el programa ha enfocado sus estrategias en promover la permanencia estudiantil y actualmente se encuentra en la consolidación de los procesos relacionados con la promoción del egreso exitoso.



*Fotografía autor(es)

Para llevar a cabo el PAI se cuenta con un equipo de psicólogos conformado por 7 profesionales con experiencia y formación en el área clínica y 3 en el área educativa. Esto permite una mirada más integral al proceso de los estudiantes. El equipo de psicólogos está liderado por una profesional que, por su experiencia, conoce ampliamente la dinámica de la Universidad y es el puente de comunicación entre los psicólogos y las diferentes dependencias de la institución. Igualmente se cuenta con la líder del proceso de Gestión Social de la VRSyBU, quien apoya los procesos de estructuración y dinamización del PAI, esto de la mano con el observatorio social de la UTP, buscando dar una respuesta oportuna a las diferentes exigencias del quehacer universitario. El PAI canaliza la información y trabaja de la mano con muchas más personas y dependencias, pero las nombradas conforman su columna vertebral.

A nivel material, el PAI fue dotado con una serie de consultorios en diferentes lugares de la Universidad que permiten la descentralización de las actividades y el encuentro cercano con los estudiantes, docentes y directivos de las distintas facultades. Cabe anotar que estos consultorios se gestionaron a pesar de la crisis que tiene la Universidad frente a la asignación de espacios (por su escasez). Lo cual demuestra el compromiso y el respaldo institucional hacia el programa y remarca la importancia de

este al interior de cada una de las facultades, pues involucra a los profesionales en espacios de consejo de facultad o comités curriculares y logrando que dos vicerrectorías como la Vicerrectoría de Responsabilidad Social y Bienestar Universitario y la Vicerrectoría Académica destinen recursos económicos para su funcionamiento.

La Historia de Juan

Juan es un joven de 16 años que recién terminó su colegio e ingresa a la UTP a estudiar Ingeniería Industrial, Juan es citado por la Universidad a la "Semana de pruebas clasificatorias y adaptación a la vida universitaria" dos semanas antes de dar inicio al primer semestre. Durante esta semana tiene la oportunidad de conocer las instalaciones de la Universidad, sus nuevos compañeros, hacer parte de diferentes actividades para tener una mejor adaptación a la vida universitaria y presentar una serie de pruebas que permitirá al equipo de profesionales PAI conocer su estado de ingreso en aspectos relacionados con lo académico, lo económico y lo biopsicosocial. Durante los primeros días del semestre, Juan es citado por Germán, el profesional PAI de la Facultad de Ingeniería Industrial, para hacerle una retroalimentación respecto a los resultados de las pruebas que presentó algunas semanas atrás. En las cuales se encontró una alerta académica frente al

desempeño en matemáticas, una alerta socioeconómica y una alerta biopsicosocial asociadas a que podría estar atravesando por una depresión leve.

En la entrevista, Germán identifica que Juan no tiene suficientes bases en matemáticas, por lo que lo contacta con un monitor de esa área; por otra parte, tiene dificultades económicas dado que proviene de otra ciudad y sus padres no pueden enviarle todo el dinero que requiere para su sostenimiento, por lo tanto el profesional PAI le indica cuál es el procedimiento para solicitar apoyos socioeconómicos en la Universidad. Además, encuentra que la depresión leve está asociada al reciente proceso de separación de sus padres sumado a la adaptación a una nueva ciudad, por lo tanto es remitido a acompañamiento clínico alrededor de esta situación.

Juan atiende las recomendaciones hechas por Germán y esto contribuye para tener un primer semestre exitoso, representado en su buen rendimiento académico y en los lazos de amistad durante este tiempo en la nueva ciudad. Así como Juan, un porcentaje considerable de los estudiantes que ingresan a primer semestre en la Universidad es acompañado. Este es uno de los momentos y procesos más importantes que se llevan a cabo desde el PAI, dado que si se logra consolidar al estudiante en esta primera

etapa (de adaptación), su proceso en las siguientes etapas (de afianzamiento y egreso) se dará de forma más fluida.

En la fase de “afianzamiento” Juan encuentra que desea profundizar en ciertos temas académicos y es contactado con el semillero de investigación correspondiente. Además se da cuenta que es importante mejorar sus habilidades para exponer por lo tanto acude a los talleres que brinda el PAI relacionados con esta actividad. Juan inicia la parte final de sus estudios universitarios ingresando a la fase de “egreso” y considera que no se encuentra preparado para la vida laboral. Acude de nuevo al PAI y allí le ofrecen talleres y acompañamiento individual que le permiten desarrollar mayor seguridad a la hora de afrontar un proceso de selección para dar inicio a su vida laboral.

“
Cabe anotar que
estos consultorios
se gestionaron
a pesar de la
crisis que tiene
la Universidad
frente a la
asignación de
espacios (por su
escasez)
”



*Fotografía autor(es)

Lo que Hemos Logrado

Comúnmente en los bienestar universitarios a nivel nacional se cuenta con un número limitado de profesionales que se enfocan en abordar fenómenos como la deserción estudiantil o problemáticas en salud mental. Hace dos años la UTP no era ajena a dicha situación, en tanto que contaba con 3 psicólogas para atender a toda la comunidad estudiantil (número aproximado de 15 000 estudiantes). La formulación e implementación del PAI ha permitido aumentar el recurso profesional en psicología; de modo tal que por cada una de las nueve facultades existe un psicólogo representante para brindar una atención oportuna a necesidades personales y grupales.

En relación con lo anterior, se han disminuido las barreras que venían presentando los estudiantes para acceder a la orientación general o atención desde el servicio psicológico. Esta meta se ha conseguido particularmente a partir de dos estrategias: descentralización del bienestar universitario, ya que se han ubicado puntos de atención PAI (i.e., consultorios) alrededor del campus y la difusión permanente del programa con el apoyo de la oficina de comunicaciones de la institución, al igual que el manejo de la página del PAI en redes sociales.

Se encuentra, en la mayoría de casos, que cada consultorio está ubicado cerca de la facultad y programas que le corresponden. Esto ha permitido establecer un mayor contacto y comunicación con decanos, directores, docentes y secretarías en pro de analizar las situaciones más relevantes y ejecutar acciones conjuntas para darles una respuesta.

Al considerar que la deserción estudiantil en nuestro país se presenta en mayor proporción durante el primer semestre académico, el equipo PAI enfatiza sus intervenciones en el acompañamiento a los estudiantes nuevos. Por medio de la “Semana de pruebas clasificatorias y adaptación a la vida universitaria” se ha buscado favorecer el proceso de adaptación y conocimiento de la estructura, procesos académicos y administrativos, y servicios ofertados; entre ellos, está el programa mismo. De este modo, los estudiantes logran reconocer a la persona en quienes se pueden apoyar en caso tal de requerirlo.

El PAI, como una estrategia de acompañamiento integral enfocada a los estudiantes, ha sido valorado favorablemente por parte de la comunidad universitaria. Principalmente, por la identificación y atención psicológica individual oportuna de las dificultades a nivel de salud mental, así como por las herramientas y orientaciones desarrolladas de manera grupal para un desempeño funcional a nivel personal, académico y laboral.

Según las estadísticas aportadas por el Observatorio Social de la VRSyBU, los índices de deserción han disminuido en los últimos semestres. Este resultado debe considerarse como multicausal; porque, por ejemplo, desde los programas académicos también se diseñan estrategias orientadas a la asimilación de los contenidos de los cursos más complejos y esto tiende a favorecer la permanencia estudiantil.

La decisión de la continuidad del programa está en manos del cuerpo directivo en cabeza del rector, quienes periódicamente, por informe de la VRSyBU, conocen el nivel de cumplimiento de los indicadores definidos. A la fecha, se ha identificado al interior de las directivas institucionales una percepción positiva sobre los procesos desarrollados desde el PAI.

Para la sostenibilidad se ha creado un modelo de gestión que permite, además de institucionalizar el programa, tener mediciones reales de las diferentes intervenciones realizadas para la toma de decisiones. De otro lado, desde lo financiero se realiza una medición de los recursos asignados y la suficiencia de estos.

Al monitorear estos resultados se logra evaluar la eficiencia del PAI, en cuanto se responde a las condiciones y necesidades de los estudiantes, principalmente las relacionadas con el mejoramiento de las condiciones en salud

mental, tanto a nivel individual como grupal, el aumento o sostenimiento del porcentaje de permanencia y el egreso exitoso de los estudiantes pertenecientes a cualquiera de los programas de pregrado.

Si se parte de la premisa de que los problemas en salud mental de los estudiantes —asociados en muchos casos a la decisión de retirarse de la formación profesional— se presentan como fenómenos transversales a las universidades de nuestro país, se considera que el programa posee una estructura flexible que permite acomodarse a las diferentes características de otras instituciones de educación superior, considerando para ello las diferentes variables biopsicosociales, académicas, socioeconómicas y normativas que pueden presentarse.

Frente a la posibilidad de que esta experiencia sea replicada, y siendo el intercambio de conocimientos una de las características que define a la UTP, es viable que en el momento requerido se puedan compartir los aprendizajes obtenidos con otras universidades para que sea analizada la viabilidad de su aplicación con base en toda la sistematización desarrollada. Para esto se tiene en cuenta que el programa debe adaptarse a las dinámicas y características propias de las diferentes instituciones donde considere replicarse.



*Fotografía autor(es)

Conclusiones

El proceso del PAI ha permitido identificar la necesidad de mejorar la relación con las instituciones de educación secundaria del departamento, al identificar que los estudiantes que ingresan a la vida universitaria presentan dificultades en procesos de comprensión lectora y matemáticas. Al igual, en ciertos casos no reflejan una orientación vocacional congruente con su elección de carrera.

Por otra parte, la implementación del programa genera un reto para los profesionales en la comprensión de la población. Ya que cada semestre ingresan nuevos estudiantes con características particulares de su generación; esto exige que los profesionales diseñen e implementen nuevas estrategias de comunicación, evaluación e intervención pertinentes.

Asimismo, se busca desarrollar procesos de evaluación semestral con la población intervenida, que permita identificar el alcance de las diferentes estrategias implementadas, con el objetivo de determinar la viabilidad de las mismas y proponer las mejoras respectivas. Esto busca así la adaptabilidad frente a la población objeto.

Por último, queremos hacer claridad respecto a que los autores de este artículo somos una comisión del equipo de profesionales PAI que se dio a la tarea de plasmar la experiencia para presentarla a la Tercera Convocatoria de Experiencias Significativas de Colpsic. Sin Yolima, Clara, Ana Victoria, Valentina, Zuly, Sandra, Germán, Lina, Laura y el respaldo institucional de la Universidad, el desarrollo del programa y sus alcances no hubiesen sido posibles.

“ El PAI, como una estrategia de acompañamiento integral enfocada a los estudiantes, ha sido valorado favorablemente por parte de la comunidad universitaria. ”



*Fotografía autor(es)

Referencias

Ministerio de Educación Nacional. (2009). *Deserción estudiantil en la educación superior Colombiana*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Schultz, D. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Editorial Thomson.

Tinto, V. (1975). Dropout from higher education: A theoretical synthesis of recent research. *Review of educational research*, 45(1), 89-125.

Tinto, V. (1989). Definir la deserción: una cuestión de perspectiva (Carlos María de Allende, traducción). *Revista de Educación Superior*, 18(71).



Pueblos en Movimiento, Programa de Acompañamiento Psicosocial a Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes en Quibdó



Nhora Lucía Álvarez Borrás⁴³ &
Javier-David Ortiz Carreño⁴⁴
*Fundación Círculo de Estudios
Culturales y Políticos, Bogotá*

⁴⁴ Psicóloga. Correo electrónico: nhoraalvarez@circulodeestudios.org

⁴⁵ Psicólogo. Correo electrónico: javierortiz@circulodeestudios.org,

⁴⁶ En adelante, Fundación o Fundación Círculo de Estudios.

*Fotografía autor(es)



Introducción y Presentación

La Fundación Círculo de Estudios Culturales y Políticos⁴⁵ es una organización colombiana de sociedad civil, que desde el 2008 trabaja en procesos orientados a la reivindicación de los Derechos Humanos (DDHH) y observa el Derecho Internacional Humanitario (DIH) a partir de una mirada psicosocial, especialmente, acompañando a víctimas del delito de violencia sexual por motivo del conflicto armado interno.

Uno de los territorios en los que hace presencia la Fundación Círculo de Estudios es el Chocó, este departamento ha sido especialmente afectado por el conflicto armado. Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) han sido víctimas de crímenes como la violencia y explotación sexual por parte de actores armados y la vinculación a actividades ilícitas como el tráfico de drogas y el porte de armas; en las cuales los menores son utilizados como correos humanos o informantes. Estas prácticas son realizadas en la actualidad por todos los grupos armados presentes en la zona, tanto legales como ilegales, y esto se ha constituido en una amenaza para la vida y la integridad de esta población, es una flagrante violación a los DDHH y una infracción al DIH que impide el desarrollo humano y la construcción de planes de vida saludables. Esto deja dramáticas afectaciones psicosociales y dificulta la superación del conflicto.



*Fotografía autor(es)

Se desarrolla en Quibdó desde el año 2012 el programa de acompañamiento psicosocial Pueblos en Movimiento. Este programa busca la prevención de las formas de violencia por motivo del conflicto armado, formación en DDHH, y orientación para la construcción de alternativas de vida, dirigidas a NNAJ, diferentes a las del conflicto armado, a través de metodologías basadas en disciplinas artísticas (en especial la danza).

Con lo cual se busca que los NNAJ puedan resignificar sus historias de vida, desarrollar su potencial, fortalecer su participación en la comunidad como sujetos de derechos y aporten a la construcción de procesos preventivos orientados a la protección de la infancia y la construcción de la paz cotidiana y duradera que apoye la superación del conflicto armado.

A partir del enfoque diferencial y el tipo de población se ha identificado que procesos culturales —como la conformación de grupos de NNAJ a partir de la sensibilización artística como metodología pedagógica— son la herramienta por excelencia para que los participantes puedan no solo expresar y construir relatos que otorguen nuevos significados a las afectaciones de un hecho violento a partir de la creación y sensibilización artística, sino también fortalecer su universo emocional a partir de herramientas psicosociales como la confianza, la reflexión y el cuidado de sí. El

campo de trabajo realizado por la Fundación desde el área psicosocial y cultural ha permitido entonces identificar estas necesidades y contar con el apoyo de diferentes instituciones culturales y artísticas para desarrollar el programa Pueblos en Movimiento en Quibdó.

Población participante

El conflicto armado ha dejado consecuencias dramáticas en las poblaciones que han sido víctimas de múltiples hechos violentos. Dichas consecuencias son diferentes según las características propias del grupo poblacional; en el caso de los NNAJ, las consecuencias impactan de tal manera que incluso logran desestructurar los elementos indispensables para que ellos puedan desarrollarse vitalmente, haciendo uso de sus capacidades, recursos y potencialidades.



*Fotografía autor(es)

“ El campo de trabajo realizado por la Fundación desde el área psicosocial y cultural ha permitido entonces identificar estas necesidades y contar con el apoyo de diferentes instituciones culturales y artísticas para desarrollar el programa Pueblos en Movimiento en Quibdó. ”

Los NNAJ víctimas del conflicto armado experimentan fuertes rupturas en sus redes de apoyo. Ante las dificultades diarias que experimentan como población vulnerable no logran construir planes de vida, en ocasiones crecen con emociones que propician relaciones problemáticas con el mundo que les rodea como la desconfianza, el miedo, la frustración y la rabia.

Debido a esta problemática, desde Pueblos en Movimiento se tiene el objetivo de realizar acciones de acompañamiento psicosocial y formación en DDHH a través de la danza como herramienta pedagógica de sensibilización y la creación artística; para el fortalecimiento emocional y relacional orientado a la construcción de la paz desde NNAJ víctimas del conflicto armado en la ciudad de Quibdó.

En el cumplimiento de este objetivo se ha acompañado, desde Pueblos en Movimiento, a 500 NNAJ víctimas del conflicto armado; entre ellos, víctimas de violencia sexual, explotación sexual y vinculación a actividades ilícitas por parte de actores armados presentes en sus comunidades. Estos NNAJ se encuentran entre los 10 y 15 años, y pertenecen a las comunidades de Villa España, Kennedy y Samper ubicadas en la ciudad de Quibdó y en los municipios aledaños de Bahía, La soledad, Kilómetro 8 y Tanando.

Además se ha contado con la participación de 30 gestores y gestoras locales participantes del proceso de formación. Son personas jóvenes y adultas entre los 20 y los 38 años de edad, profesionales o estudiantes de áreas sociales como trabajo social, psicología, licenciatura en educación en primera infancia y líderes comunitarios.

Sobre los Círculos de Acompañamiento y Formación

Los círculos de estudio que se implementan en Pueblos en Movimiento son escenarios que están diseñados desde la perspectiva psicosocial y de derechos y que han sido construidos para ser espacios de interacción facilitados por la danza como herramienta para la comprensión práctica de los DDHH, el autoconocimiento, la autoprotección y la prevención de violencias.

La técnica psicosocial —que por lo general se sustenta con el ejercicio conversacional y reflexivo, para facilitar la expresión de emociones en los círculos de estudio— se logra a través de herramientas artísticas como la literatura, la música, la creación desde las artes plásticas, la danza, entre otras, que buscan la resignificación de las historias de vida asociadas al conflicto armado. Dicho ejercicio de resignificación

“
La técnica psicosocial —que por lo general se sustenta con el ejercicio conversacional y reflexivo, para facilitar la expresión de emociones en los círculos de estudio— se logra a través de herramientas artísticas como la literatura, la música, la creación desde las artes plásticas, la danza, entre otras
”

de historias es una oportunidad para que los participantes puedan tener una mirada apreciativa con sus recursos personales y colectivos, sin segundas victimizaciones, lo que les ha ayudado a enfrentar las difíciles consecuencias emocionales y relacionales derivadas del conflicto armado.

Los círculos de estudio se insertan en el contexto comunitario como una forma de ayudar a descubrir y fortalecer las habilidades y potencialidades de los NNAJ, y ocupar el tiempo libre en actividades seguras de construcción de paz. La vinculación de los NNAJ en actividades artísticas, que son socializadas con la comunidad (e.g., exposición de fotografías, obras de danza y presentaciones musicales), facilita el reconocimiento por parte de la comunidad. Los NNJA tienen el papel de gestores de procesos sociales de bienestar.

En cada uno de los círculos de estudio desarrollados, para el trabajo de acompañamiento en Pueblos en Movimiento, se abordan cuatro líneas estratégicas para aportar al mejoramiento psicosocial integral de los beneficiarios: (a) externalización de emociones, (b) cuerpo y cuidado de sí, (c) aprendizaje de los DDHH a través de la danza, y (d) proyecto de vida y auto-reconocimiento de talentos y capacidades.

Los círculos de estudios son espacios de no más de 25 NNAJ, orientados por profesionales expertos en el acompañamiento psicosocial o por las gestoras en proceso de formación. Este encuentro no dura más de 4 horas y se realiza en las mismas comunidades en las que habitan los NNAJ. Durante los círculos los niños y niñas completan instrumentos de recolección de información sobre sus emociones, sus proyectos de vida, y sus afectaciones. Esta información posteriormente es transcrita, categorizada, sistematizada y analizada por el equipo psicosocial de la Fundación. El procedimiento también se realiza con los instrumentos de evaluación que son diligenciados por los participantes después de cada círculo.



*Fotografía autor(es)

Metodología

La Fundación desde el año 2008 diseñó y apropió una metodología para el trabajo de acompañamiento psicosocial que se ha utilizado con diferentes grupos poblacionales víctimas de violencia sexual por motivo del conflicto armado (NNJA, mujeres y comunidad LGTBI). Dicha metodología se conforma por los siguientes elementos.

La Comprensión Hermenéutica de la Realidad

Es una de las dos posturas generales que se construyeron y discutieron en el siglo XX en torno al problema del conocimiento. Bajo la voz hermenéutica se agrupan teorías que han criticado la comprensión positiva de las ciencias y de la realidad. Alrededor de esta postura se han desarrollado importantes planteamientos de autores como Hans-Georg Gadamer (1996), Paul Ricœur (1995) y Gianni Vattimo (1994). Los aspectos más relevantes de dicha crítica son: (a) el origen del conocimiento no es la observación neutral y objetiva; (b) la medida y la cuantificación son un procedimiento científico, pero no el único que confiere estatus de cientificidad; (c) no es posible hablar de una realidad dada de una vez y para siempre, por tanto, el conocimiento no “descubre” lo real, sino que construye modelos de realidad; (d) el conocimiento es un hecho social, los medios

para construirlo se encuentran afectados por las variables del contexto; (e) no es posible el conocimiento sin intereses, el ideal de la neutralidad valorativa es inalcanzable; (f) la validez de una hipótesis es determinada por la tradición crítica; (g) en las disciplinas sociales el principio descriptivo-explicativo es insuficiente, la investigación social debe orientarse hacia la interpretación y la comprensión; y (h) el conocimiento es un hecho político en dos sentidos, primero, porque a través de las instituciones sociales se encuentra inscrito en las dinámicas de circulación del poder; y, segundo, porque tiene la capacidad de desplazar o cuestionar ciertos modelos de circulación del poder y ciertos regímenes de verdad.



*Fotografía autor(es)

La Teoría de la Acción Comunicativa

La metodología utilizada por la Fundación, que parte de la comprensión hermenéutica de la realidad, tiene una relación dialógica con la teoría de la acción comunicativa-política de Jürgen Habermas, motivada por su interés principal sobre el lenguaje y su relación con la política.

En este sentido, desde la acción comunicativa-política, Habermas hace algunas reflexiones epistemológicas acerca de la comprensión sobre el entendimiento humano. Reflexiones que son útiles para concretar el carácter político del acompañamiento psicosocial que se sustenta en la capacidad lingüística humana para socializar las ideas, los pensamientos y las emociones por medio de la estructura del lenguaje. De ello se deduce que el conocimiento es un acto social, comunicativo y democrático que permite la construcción de acuerdos con arreglo a unos mínimos entre los que se destaca el respeto por las reglas acordadas entre los participantes del acto comunicativo.

El ideal de comprensión de la realidad a partir de la acción comunicativa, es trasladado al terreno político (Habermas, 2015) en la praxis común entendida como “la intersubjetividad de rango superior de un entendimiento entre ciudadanos que se reconocen recíprocamente como libres e iguales” (Habermas, 2015, p.

113), en tanto que “la formación de la opinión y la voluntad estructurada democráticamente posibilita un acuerdo normativo racional también entre extraños” (Habermas, 2015, p. 113). El punto de encuentro serán las condiciones bajo las cuales puede configurarse y reproducirse comunicativamente una comprensión ético-política de la ciudadanía.

Este espacio de acción comunicativa-política permite configurar una red productiva y lingüística, que desborda la exigibilidad y la reivindicación para convertirse en proponente y ejecutor de soluciones; que no son otra cosa que políticas públicas, en cuanto que las soluciones tienen por objetivo lo público.

En todo momento, en cada lugar, donde la ciudadanía participa del “proceso circular que se pone en marcha mediante la comunicación” (Habermas, 2015, p. 143), se realiza lo que el autor define como “autocomprensión ético-política” (Habermas, 2015, p. 113). Tal comprensión no es otra cosa que la discusión ciudadana en un espacio público, donde se adoptan posiciones sobre diferentes temas relevantes para el ejercicio de las libertades civiles y la preservación de los derechos fundamentales. Este espacio público es donde pueden y deben nacer la nueva democracia, la verdadera representación capaz de reescribir las relaciones tradicionales de poder.

La Perspectiva de los Derechos Humanos

Todos los elementos de la metodología utilizada por la Fundación están determinados por la perspectiva de los DDHH; con esta perspectiva se regula el filtro que planea, implementa y delimita cualquier acción alrededor de los círculos de estudio.

“Los derechos humanos determinan los alcances y los límites de las relaciones que se establecen entre las personas... tales derechos constituyen un carácter, una manera de ser, un Ethos que garantiza la convivencia con los otros... No es posible hablar de acompañamiento psicosocial al margen de los Derechos Humanos, puesto que dicho acompañamiento es un escenario configurado por derechos y, especialmente, por el derecho (...) a expresar libremente opiniones y emociones; el derecho a la igualdad sin menoscabo de la diferencia; y el derecho a construir una realidad nueva” (Álvarez, Sánchez, & Anaya Ariza, 2009, p. 7).

La Técnica Psicosocial

La técnica es un instrumento con principios, creado y practicado por la humanidad para conseguir unos fines específicos enmarcados en un sentido claro, que se relaciona, por un lado, con la responsabilidad de la acción y, por otro, con la posibilidad de emplazar realidades.

Dentro de una metodología, la técnica es una parte propia de un

todo, del cual no se puede desligar su espíritu y utilidad. Se comprende en una suerte de encadenamiento de elementos independientes y articulados para provocar una causalidad. Con la técnica psicosocial se logra la unidad responsable de partes que tienen características propias. Esta unidad se relaciona directamente con la búsqueda de nuevos discursos que funden otras realidades.

Es así como, a través de la técnica psicosocial, personas que logran hablar sin culpa de sus emociones asociadas al hecho victimizante pueden pensar otras realidades de vida y situarse en acciones propias de su condición universal de ciudadanas con derechos.

“dicha técnica se nutre de diferentes elementos entre los cuales es dable subrayar tres, atendiendo a su carácter esencial; primero, la realidad se construye en la red de las relaciones humanas; segundo, la realidad o, mejor, las realidades, se manifiestan a través de los discursos; tercero, las emociones privilegian, transforman, deconstruyen, provocan, discursos. (...) la realidad no es una instancia inmutable exterior al individuo, no es algo que se aprehende a través de los sentidos, ni algo que se recibe por medio de la intervención divina. Por el contrario, la realidad es un constructo siempre cambiante, siempre susceptible de transformación. (...) dicho constructo no es el producto de la actividad solitaria de un sujeto que piensa, es el resultado de la interacción

de los sujetos (...) las realidades se inventan, se crean, se originan, en las relaciones que establecen los hombres y las mujeres con el otro, con los otros (...) por medio de los discursos. Si bien, en nuestra cultura se ha privilegiado la palabra escrita o hablada como manifestación por excelencia del discurso, por discurso debe entenderse cualquier expresión que tenga por objeto comunicar” (Álvarez et al., p. 12-13).

La técnica psicosocial reconoce la importancia de las emociones “en la construcción de la realidad (...) las emociones son un elemento que participa directamente en la manera como se concibe la realidad y como el ser humano se refiere a ella” (Álvarez et al., 2009, p. 7). En resumen, la técnica psicosocial posibilita la construcción de espacios sociales, delimitados por el *ethos* de los derechos, democráticos y participativos, y horizontales (i.e., ajenos a la noción de autoridad o al dominio de los expertos) para hacer posible el ejercicio real y cotidiano del Derecho de Vozes.

La Tecnología de los Círculos de Estudio

Los círculos de estudio son la tecnología desde la cual se implementan todos los elementos de la metodología; los círculos de estudio representan un ejercicio puntual y práctico en el que confluyen los conceptos teóricos. Por ello es que pueden operar integralmente en situaciones concretas, otorgando el mismo sentido a cualquier acción o expresión.



*Fotografía autor(es)

Esta tecnología se caracteriza de la siguiente manera: (a) son espacios no formales para la socialización del conocimiento, es decir, para el ejercicio de la acción comunicativa; (b) sus reglas y contenidos se determinan a partir de los intereses de los participantes, no son una imposición externa; (c) son espacios igualitarios y democráticos para el aprendizaje y construcción de conocimiento por parte de todos sus integrantes; (d) cuando su objetivo exija la orientación de expertos, ellos son simplemente orientadores, en ningún caso es espacio de circulación privilegiada del poder que pueda suponer —de forma equivocada— el ejercicio de socializar un conocimiento; (e) el objeto constante del círculo es la producción de discursos por parte de los participantes; (f) el objeto último es la cualificación de los participantes en una determinada materia para que cada uno de

ellos se encuentre en la capacidad de socializar su experiencia con otros grupos; y (g) del punto anterior se desprende que el ideal de la tecnología en cuestión es la consolidación de un proceso ininterrumpido de construcción de redes de saberes e intereses.

La Tecnología a través de Herramientas de Sensibilización Artística

La tecnología específica ha sido construida a partir de las necesidades y estructura cognoscitiva y psicosocial de la población atendida, teniendo en cuenta el enfoque diferencial y de derechos. En este sentido, los NNJA responden de una manera más participativa y comprometida en actividades lúdicas y artísticas donde los mecanismos de expresión se acercan a sus formas cotidianas de aprendizaje y construcción de conocimiento.

“ Se diseñó para la población unas didácticas a partir de herramientas artísticas, la danza, las artes plásticas y otras actividades lúdicas acompañadas de momentos de reflexión ”

Las actividades artísticas diseñadas para los círculos de acompañamiento y formación para NNJA están diseñadas estratégicamente para el diagnóstico y comprensión del universo emocional de quienes participan; como también para la creación de un espacio propicio para la socialización y construcción de conocimiento en torno al universo emocional, la comprensión de los derechos y las herramientas psicosociales. Se tienen en cuenta entonces la metodología, el enfoque diferencial y de derechos como el escenario conceptual que orienta las acciones al interior de los círculos. Se diseña para la población unas didácticas a partir de herramientas artísticas, la danza, las artes plásticas y otras actividades lúdicas acompañadas de momentos de reflexión —como mecanismo que permite un escenario propicio— para la expresión de las emociones, socialización de conocimientos referidos a los derechos, herramientas psicosociales y rutas de atención, y, por último, la creación colectiva e individual como estrategia de recuperación de la memoria histórica y resignificación de las emociones e historias de vida a través del arte. Específicamente la danza como herramienta psicosocial fomenta el fortalecimiento del derecho a la cultura, el reconocimiento del cuerpo como territorio de derechos, la creación conjunta y la capacidad de negociación, así como la creación de públicos y la promoción de paz y convivencia.

Es por tanto una oportunidad para compartir con el público chocono otras representaciones (e.g., la danza contemporánea). Por estas razones, la danza ha sido la principal herramienta implementada con los NNAJ desde Pueblos en Movimiento, esta permitió la construcción colectiva de obras en el 2015 “Yesier y la tela blanca” y en el 2016 “El bunde del agua” y “Yesier y la tela blanca”.

El desarrollo, diseño y ejecución del programa se realizó en siete momentos: (a) definición de las líneas de base y caracterización de la población, así como el contexto en el que se encuentran los posibles beneficiarios; (b) trabajo comunitario para la identificación de los beneficiarios de los círculos de acompañamiento, apoyados en la coordinadora del programa para del departamento de Chocó; (c) formación y cualificación de



*Fotografía autor(es)

gestores y gestoras del programa; (d) diseño de los círculos que se van a implementar, lo que debe dar respuesta a las necesidades propias de los beneficiarios; (e) implementación de los círculos de acompañamiento con ayuda de las gestoras; (f) diseño y montaje de las obras para presentar a la comunidad; y (g) transversalmente, un proceso de sistematización y evaluación del trabajo realizado.

Logros

Los impactos positivos derivados del proceso de acompañamiento de Pueblos en Movimiento se pueden organizar analíticamente en cinco subgrupos por dimensiones de la vida de los NNAJ. Estas dimensiones fueron trabajadas y evaluadas a través del programa, a saber: apropiación de conceptos y prácticas asociadas a los DDHH, autocuidado y prevención de la ocurrencia de violencias, mejoramiento de la situación emocional y resignificación de las afectaciones derivadas de las violaciones a los DDHH, mejoramiento de la situación relacional, y desarrollo personal y proyecto de vida.

Al detallar estos logros en forma cualitativa se encontró que: (a) se han conformado y consolidado grupos de acompañamiento; (b) se ha constatado, a través de entrevistas y observaciones, la disminución de actitudes agresivas y emociones de difícil manejo; (c) se ha comprobado, a través de la línea de base inicial y los

instrumentos de recolección de información, un progreso en la situación emocional de los niños y niñas; (d) se comprueba que los NNAJ reemplazan los escenarios de riesgo por actividades artísticas propuestas por el programa Pueblos en Movimiento; (e) los padres, madres y gestoras reportan menores actividades de riesgo por parte de los niños y las niñas en las comunidades, comparadas con las reportadas en la línea de base; (f) los NNAJ del programa han participado en escenarios de circulación local y nacional de las obras “Yesier y la tela blanca” y “El bunde del agua”; (g) se constata que los niños y niñas han incorporado en su bagaje conceptual los conceptos relativos a los DDHH fundamentales que les asisten; (h) se comprueba que los NNAJ cuentan con herramientas de protección propia con las que antes no contaban, lo que les ayuda a prevenir riesgos asociados



*Fotografía autor(es)

a su integridad física y sexual; (i) las gestoras cuentan con mayores herramientas jurídicas y de DDHH para identificar y prevenir los riesgos asociados a la violencia sexual, la explotación sexual infantil y el reclutamiento forzado de NNAJ; (j) los NNJA reportan menos circunstancias en las que están expuestos a los riesgos propios del conflicto armado, y en cambio, reportan mayores situaciones en las que la comunidad reconoce en ellos su potencial y talento; y (k) se constata que las gestoras están en la capacidad de aplicar las herramientas (obtenidas en los círculos de formación) en el acompañamiento a los niños y niñas en las comunidades y representan una capacidad instalada para la sostenibilidad del programa. Se comprueba que la acción de las gestoras en las comunidades con los NNAJ es un mecanismo que previene la aparición de situaciones de vulneración de sus derechos. A su vez, en por los menos 10 casos, los niños y niñas víctimas del conflicto armado han sido incluidos en el Registro Único de Víctimas y están en condición de recibir la reparación integral ofrecida por el Estado.

Sostenibilidad

Desde el año 2014 el Programa Pueblos en Movimiento cuenta con un grupo de 30 personas que se han desempeñado como gestoras psicosociales locales. Los integrantes han contado con un trabajo de formación en herramientas psicosociales, jurídicas y de DDHH, y han promovido procesos de gestión social y comunitaria. Debido a que desarrollan actividades para la sostenibilidad del programa a nivel local, se espera a mediano plazo que el Programa deje de ser una iniciativa nacional y que se arraigue a nivel local,



*Fotografía autor(es)

que las gestoras cuenten con la cualificación necesaria para el desarrollo autónomo de los círculos con los niños, y que ellos logren una gestión de recursos y comunitaria suficiente para continuar el Programa con el apoyo de las organizaciones e instituciones locales y regionales.

Las gestoras han realizado alrededor de 10 réplicas de los círculos en momentos en los que los profesionales de la Fundación no están en el sitio. Ellas se han encargado de la gestión, formulación e implementación de círculos de acompañamiento.

Conclusiones

Es necesario que exista una continuidad en los procesos para llevar a fondo el acompañamiento psicosocial a NNAJ víctimas; con el objetivo de que los procesos de socialización, expresión de las emociones, y consolidación de las herramientas psicosociales para el mejoramiento de su situación emocional y relacional estén acompañados de acciones concretas con enfoque diferencial etario y según el hecho victimizante. En este sentido, la edad y el hecho victimizante requieren diferentes mecanismos para abordar la expresión de las emociones, la reflexión acerca de la situación emocional y las rutas de atención para la reparación integral.

La Fundación Círculo de Estudios señala la necesidad de articular labores de acompañamiento psicosocial de NNAJ junto con sus familiares o acudientes directos para fortalecer los procesos relacionados con las rutas de atención, no solo de denuncia sino también de búsqueda de apoyos que incidan en la reparación integral de la población atendida.

Al tener en cuenta la eficacia que representan las estrategias artísticas (i.e., artes plásticas y artes escénicas como escenario de participación, de voz y recuperación de la memoria histórica) es necesario idear medios y mecanismos en los que se puedan crear, visibilizar y socializar estas formas de generación de ideas para la articulación de espacios.

Referencias

- Álvarez, N., Sánchez, N., & Anaya Ariza, A. (2009). *El cuidado de Sí para cuidar la otredad*. Bogotá: Fundación Círculo de Estudios Culturales y Políticos.
- Gadamer, H. G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Habermas, J. (2015). *Inclusion of the Other: Studies in Political Theory*. John Wiley & Sons.
- Ricoeur, P. (1995). *Teoría de la interpretación: discurso y excedente de sentido*. México: Siglo XXI.
- Vattimo, G., Gorri, A. A., & Bermudo, J. M. (1994). *El fin de la modernidad*. Barcelona: Planeta-Agostini.

“
La Fundación Círculo de Estudios señala la necesidad de articular labores de acompañamiento psicosocial de NNAJ junto con sus familiares o acudientes directos para fortalecer los procesos relacionados con las rutas de atención, no solo de denuncia sino también de búsqueda de apoyos que incidan en la reparación integral de la población atendida.
”

Experiencias Significativas

en Salud Mental, Convivencia
y Construcción de Paz
3ra Edición

Agradecimientos

Presidente Capítular

Carolina Aguilar Bedoya
Federico Barreto
Julieth Salazar Rodríguez
Rodrigo Mazo Zea

Capítulo regional

Eje Cafetero
Huila y Amazonía
Valle

Jurado

Aldemar Parra Espitia
Alfredo Rojas Otálora
Ana María Cuenca
Ángela María Correa
Angélica María Amaya
Carlos Alejandro Pineda
Diana Patricia Páez
Fabio Alexander Salazar
Francine Botero Garnica
Henry Daniel Vera
Ivonne Andrea Grau González
Juan Diego Tobón
Julieth Salazar Rodríguez
Liliam Rodríguez Fernández
Luisa Fernanda Mejía
Lyda Chávez Amaya
María Clara Rodríguez de Bernal
María Cristina Agudo Rodríguez
Martha del Rosario Peña
Nancy Patricia Bustamante
Neila Stella Díaz Bahamón
Patricia Hernández Zubieta
Patricia Montenegro Riveros
Rosa Julia Suárez Prieto
Santiago Trujillo Lemus
Tatiana Plata Ordóñez

Institución

Ministerio de Salud y Protección Social
Universidad del Norte
Instituto Distrital de las Artes
Agencia Colombiana de Reintegración
Secretaría Distrital de Integración Social
Universidad del Norte
Universidad Central
Universidad Surcolombiana
Ministerio de Educación Nacional
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
EAFIT
Capítulo Valle de Colpsic
Fundación FECDHU
Organización Internacional para las Migraciones
Ministerio de Salud y Protección Social
Colegio Colombiano de Psicólogos
Secretaría Distrital de Integración Social
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina
Universidad de La Sabana
Hospital Militar Central
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Universidad INCCA
Universidad de Los Andes
Universidad de Los Andes

Experiencias Significativas

en Salud Mental, Convivencia
y Construcción de Paz
3ra Edición





*Fotografía Colombia 123rf



CALLE 52 NO. 25 – 90, BARRIO GALERÍAS
BOGOTÁ D.C. COLOMBIA
CEL. 300 797 6929 - 313 421 6019
colpsic@colpsic.org.co
www.colpsic.org.co