

EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS

EN ATENCIÓN PSICOLÓGICA
Y PSICOSOCIAL EN
COLOMBIA

6^{ta}
edición
2022



Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

www.colpsic.org.co

Bogotá D.C., Colombia, 2023

Sala Nacional Colegial

Presidentes Capitulares

Betty Luz Ruiz Ruiz

Carlos Federico Barreto Cortés

Ever José López Cantero

Francisco Apolinar Larrañaga Pineda

Henry Sánchez Olarte

Hiader Jaime López Parra

José Amílcar Calderón Chagualá

Juliet Vanessa Salazar Rodríguez

Lina Marcela Luna Ordóñez

María del Pilar Triana Giraldo

Mónica Isabel Tabares Montoya

Consejo Directivo Nacional

Presidencia

Gloria Amparo Vélez de Cleves

Vicepresidencia

Blanca Patricia Ballesteros de Valderrama

Miembros del Consejo Directivo Nacional

Aura Nidia Herrera Rojas

Helmer Chacón Peralta

Iván Martínez Ortiz

Juan José Cañas Serrano

Marcela Duarte Herrera

Sandra Milena Ruiz Guevara

Yosnel Torres Mellado

Dirección Ejecutiva Nacional

Stewart Dueñas Trejos

Dirección de Campos, Programas y Proyectos

Tatiana Manrique Zuluaga

Dirección de Comunicaciones y Mercadeo

Andrés Bayona Montoya

Dirección de Registros Profesionales y Servicios al Colegiado

Aída Hernández Cubillos

Dirección de Talento Humano

Sandra Paola Gómez Sánchez

Dirección Financiera

Juan Carlos Gómez Vázquez

Oficina de Asuntos Internacionales

Isabel Díaz Tatis

Dirección Ejecutiva de Tribunales

William Alejandro Jiménez Jiménez

Gestión del Proyecto

Alejandro Baquero Sierra

Dairo Adrián Sarmiento Capador

Tatiana Manrique Zuluaga

Edición de Contenido

Alejandro Baquero Sierra

Tatiana Manrique Zuluaga

Revisión de Estilo

Nancy Farfán Barreto

Diseño y diagramación

Jonathan Alejandro Cruz Sánchez

ISBN

978-628-95921-0-8



TABLA DE CONTENIDO

Introducción

¡Ya vamos en la sexta!

06

**PROGRAMA DE
ORIENTACIÓN
SOCIO-OCUPACIONAL
NACIONAL POLI-POV:
PLANEAR, ORIENTAR
Y VIVIR**



13

**LAS AVENTURAS DE LILI
CONTRA BLAST “EL FLOJO”:**
VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA
TERAPÉUTICA Y PSICOEDUCATIVA
PARA LA REVELACIÓN DEL
DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA
A NIÑOS Y NIÑAS.



25

**MODELO DE INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL EN CUIDADOS
PALIATIVOS:
UNA EXPERIENCIA
HUMANA**



37

**LA DEPRESIÓN COMO UN
MONSTRUO BAJO LA CAMA.**
TRATAMIENTO BREVE DE
ACTIVACIÓN CONDUCTUAL
EN PACIENTES
HEMATONCOLÓGICOS



52

**SALUD MENTAL, ACTIVIDAD
FÍSICA Y BIENESTAR:**
ENFANCES 2/32 (SMAF+
ENFANCES)



68

TRANSER:
EXPERIENCIAS DE VIDA
TRANS EN MUJERES
DE SIETE CIUDADES
DE COLOMBIA¹²



83

¡Ya vamos en la sexta!

Alejandro Baquero-Sierra y Tatiana Manrique Zuluaga

En la sexta versión del concurso de experiencias significativas de la psicología en Colombia, organizada por el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic), nos complace presentar la consolidación del concurso con seis experiencias significativas que han sido desarrolladas en diferentes ciudades de nuestro país como Bogotá, Barranquilla, Pereira, Cali, Cartagena, Bucaramanga, Armenia, Calarcá, Jamundí, y departamentos como La Guajira, Valle del Cauca, Antioquia, Quindío, Boyacá, Risaralda y Meta. Los autores de estas experiencias reciben el máximo galardón otorgado a los representantes de la psicología nacional que responden a las demandas de proyección social del conocimiento de forma pertinente, relevante y basada en la evidencia, para impactar a individuos, grupos, organizaciones y comunidades a partir de su propia práctica en diversos campos disciplinares y profesionales en regiones del territorio nacional. A continuación, queremos exponer en qué consistió el proceso de postulación, evaluación y elección para publicación.

¿Qué es una experiencia de atención en psicología?

Es la implementación de un proyecto de desarrollo, es decir, es la implementación de intervenciones intencionadas, cuyo objetivo es la transformación de la realidad en la que el saber psicológico y el ejercicio de psicólogos juega un papel fundamental. Se organizan institucionalmente con la finalidad de resolver determinados problemas o potenciar capacidades existentes en una población dada, para garantizar su subsistencia, su inclusión, adaptación, transformación y desarrollo cultural. Implica un punto de partida (identificación de problemas), unos

objetivos (idea de los cambios esperados), unos procesos o estrategias (enfoque metodológico) y lo que sucede cuando se ejecuta; sin embargo, no coincide con lo previsto originalmente. Por ello, se dice que las experiencias combinan dimensiones objetivas y subjetivas, incluyendo 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, ya sea en un territorio o con un grupo humano específico. Dado que las experiencias se derivan de un proyecto, tienen inicio y fin en el tiempo, no tienen una prolongación indefinida como los servicios.

¿Qué hace significativa una experiencia de atención en psicología?

Son significativas aquellas experiencias de atención que cuentan con un impacto demostrable y tangible en la calidad de vida de las personas, son el resultado de un trabajo efectivo en conjunto entre los diferentes sectores de la sociedad (pública, privada y civil) y se consideran social, cultural, económica y ambientalmente



sustentables. Es importante que, en su diseño, implementación y evaluación, se integre una conceptualización disciplinar de los problemas abordados, metodologías disciplinares e interdisciplinares de la psicología con sustento empírico y teórico, en donde participen activamente profesionales de la psicología.

Esto se resume en cuatro criterios:

- **Transformación evidente de la situación inicial percibida y evaluada como insatisfactoria:** se pasa de un problema, dificultad, carencia o necesidad de un colectivo o comunidad, a soluciones reales, condiciones renovadoras y de bienestar, según las expectativas e intereses de los destinatarios, siendo participativa, concertada y sostenible.
- **Evidencia de posibilidad de réplica en otras organizaciones y territorios:** tiene la posibilidad de ser transferida, adoptada o adaptada a diferentes contextos.
- **Lecciones aprendidas de su implementación:** el equipo desarrollador informa de sus reflexiones y comprensiones en la conceptualización de lo ocurrido en las experiencias y las implicaciones en términos operativos, logísticos, administrativos, financieros y de apropiación social del conocimiento.
- **Aportes para la demostración empírica de un modelo o teoría:** la implementación de la experiencia genera conocimiento suficiente, necesario y relevante para llenar vacíos en la investigación y deriva en nuevas preguntas sobre el concepto en el que se basa en poblaciones y contextos particulares.



¿Qué se evaluó en la implementación de las experiencias?

Criterios	Ponderación
<p>Pertinencia: muestra una adecuada identificación de los antecedentes, causas o situación previa a la intervención en términos psicológicos, sociales y territoriales. Además, reconoce los diferentes subgrupos de la población que se va a atender, de forma que son visibles diferentes manifestaciones de diversidad y sus necesidades, intereses y expectativas particulares. Adicionalmente, el diseño e implementación de la propuesta de atención recoge esta caracterización de forma que se atiendan las demandas de la población y las necesidades detectadas según el alcance de la propuesta.</p>	<p>12</p>
<p>Calidad de la metodología: los componentes, herramientas, estructura y secuencia de la intervención están planteados de forma que cumplen con los requerimientos para asegurar resultados tangibles, verificables y atribuibles a la experiencia, de acuerdo con la naturaleza y dimensiones del problema identificado, el grupo atendido y los subgrupos o minorías que los conforman y los contextos de intervención y de vida de las personas que hacen parte de la experiencia. Es deseable que se mencionen referentes de este tipo de intervenciones que sirvan para establecer algún punto de contraste para evaluar este criterio.</p>	<p>12</p>
<p>Resultados: demuestra productos y resultados logrados con la experiencia, así como su correspondencia con los objetivos de la intervención. Existen diferentes tipos de resultados que pueden valorarse. En primer lugar, los beneficios directos de la intervención que pueden ser establecidos a partir de mediciones objetivas (observación externa, medidas de autoinforme, autoobservación), narrativas de las personas atendidas (grupos focales, entrevistas) o una combinación de ambos. También es deseable que se mencione la existencia de beneficios expandidos que se refieren a otros resultados positivos que no estaban previstos y que sobrepasan a la población o contextos originales de la intervención.</p>	<p>18</p>

Criterios	Ponderación
<p>Seguimiento y evaluación: reporta el uso de alguna estrategia o esquema de seguimiento a las diferentes acciones que se desarrollaron dentro de la experiencia, como instrumentos, periodicidad, técnicas y momentos. También se busca reconocer si hay estrategias de evaluación de resultados o de proceso, sean internas o externas, que den cuenta del cumplimiento de objetivos o de la transformación de la situación inicial. La intención de este criterio es identificar si dentro de la experiencia existe de forma intencionada la generación y gestión de conocimiento para modificar, reorientar y valorar el proceso.</p>	<p>10</p>
<p>Innovación: los procesos de innovación en una atención social implican cambios tecnológicos o metodológicos, nuevas ideas en la administración y dirección del talento humano, nuevas formas de utilizar el conocimiento adquirido, la implementación creativa de modelos de acción ya probados en otros espacios y la gestión de procesos sociales que deriven en mayores niveles de desarrollo. En este sentido, es importante valorar la forma en que diseña e implementa la metodología para identificar su novedad en el problema, población o contexto o si utiliza medios innovadores para su implementación.</p>	<p>10</p>
<p>Adaptación y capacidad de réplica: cuenta con una descripción clara y documentación de los momentos, componentes y secuencia de la intervención que puedan servir de protocolo, manual o esquema de la propuesta de atención. Existen lecciones aprendidas para la implementación con el problema, población y contextos que pueden extrapolarse a problemas similares, otras poblaciones o nuevos contextos. Finalmente, existen ejercicios claros de fortalecimiento técnico al talento humano que implementa la experiencia para cualificar su capacidad de atención en el escenario actual y en otros.</p>	<p>10</p>

Criterios	Ponderación
<p>Sostenibilidad: involucra componentes y etapas que garantizan su desarrollo posterior. En primer lugar, existe sostenibilidad social si la iniciativa involucra a las personas y comunidad como actores activos que proponen, participan y reconocen la importancia de su rol en sus diferentes etapas, de forma que se generan capacidades en la población para mantener algunos componentes y principios de la intervención. En segundo lugar, existe sinergia si el trabajo de los autores de la experiencia es complementado a partir de las alianzas con otras fuerzas y actores en momentos específicos que fortalezcan y proyecten los resultados y las capacidades durante la implementación y más allá. No es necesario que existan los dos criterios para dar la mayor calificación.</p>	<p>10</p>
<p>Apropiación y difusión social: cuenta con un posicionamiento y recordación social en la que se la reconozca. Podría hacer contacto con alguna de las personas referenciadas en el formato para evidenciar recordación y comprensión de la experiencia. Este proceso de memoria puede ser apoyado por la producción de piezas escritas y audiovisuales.</p>	<p>5</p>
<p>Lecciones aprendidas: existe una reflexión específica y clara sobre cómo la experiencia de atención logró los resultados positivos y negativos que se reportan, ya sean previstos o no. Es importante tener en cuenta lecciones aprendidas positivas (qué repetir) y negativas (qué no repetir), teniendo en cuenta explícitamente todas las siguientes categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Conceptuales: describir cómo la experiencia de atención ha permitido nuevas comprensiones, opiniones o juicios sobre la temática y población destinataria y si ha habido redefinición teórica o cognitiva sobre la situación problemática. 2) Metodológicas: describir los cambios surgidos en el proceso, técnicas, metodologías y acciones desarrolladas que sean susceptibles de replicarse y aquellas acciones que no debieran repetirse. 3) Organizacionales: describir los nuevos procesos implementados y decisiones organizacionales para el logro de los resultados y aquellos que no debieran repetirse. 	<p>13</p>

¿Cómo se evaluaron las experiencias?

Una vez postuladas catorce experiencias por los autores, se enviaron con un procedimiento de doble ciego a un jurado profesional y a un jurado académico. Cada jurado debía asignar una puntuación a cada criterio para luego promediar las puntuaciones de los dos jurados y obtener la puntuación final de cada experiencia. Los jurados fueron:

- **Alejandro Baquero-Sierra.** Purdue University.
- **Andrea Liliana Ortiz.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
- **Blanca Patricia Ballesteros.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
- **Diana Marcela Ortiz.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
- **Ever José López.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
- **Laura Marcela Ayala.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
- **Luz Bety Díaz Subieta.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
- **María del Pilar Triana.** Colegio Colombiano de Psicólogos.
- **Reynel Alexander Chaparro.** Universidad Nacional de Colombia.
- **Santiago Trujillo Lemus.** Colegio Colombiano de Psicólogos.

- **Sonia Bernal Espinosa.** Instituto de Neurociencias Aplicadas.

- **Vicente Moreno Solís.** Colegio Colombiano de Psicólogos.

¿Cuáles son las conclusiones generales de esta evaluación?

A partir de las evaluaciones de las catorce experiencias postuladas en este concurso, se observa que estas son una buena muestra de la capacidad de diagnóstico, caracterización y lectura de realidades de los colegas en las regiones con poblaciones diversas. Se seleccionaron seis experiencias con excelentes puntuaciones, indicando su significatividad en más de uno de los criterios mencionados anteriormente, haciendo parte de las experiencias compiladas en este documento. Se destaca una gran habilidad para hacer lecturas territoriales de carácter psicosocial, donde se combinan mediciones objetivas, así como intereses, necesidades, expectativas y perspectivas de las personas beneficiarias. Además, estas experiencias demuestran con amplia evidencia transformaciones positivas y relevantes de las realidades de las personas beneficiarias. Esto se ve soportado con datos de producto, cobertura y resultados en la calidad de vida. Dentro de este impacto positivo, vemos la generación de capacidades en las comunidades locales para continuar el desarrollo de la experiencia y para apropiarse el conocimiento de la psicología en la vida cotidiana.

En línea con las convocatorias anteriores, se identificó la necesidad de una mayor capacidad de reflexión por parte de los autores, para identificar y reportar las lecciones aprendidas en la implementación de las experiencias, aún cuesta saber por qué y cómo pasó lo que pasó. Del mismo modo, en algunos casos, la descripción del proceso de operación e implementación no

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

resulta claro, acabado o adecuadamente fundamentado. La posibilidad de réplica y de divulgación se puede ver afectada si este tópico no es abordado con detenimiento en futuras experiencias de atención psicológica. Además, es importante mejorar los sistemas de seguimiento y evaluación en la implementación de experiencias. Esto deriva en problemas de administración, responsabilización y rendición de cuentas que pueden traer consecuencias en la calidad de la implementación e impacto negativo en los destinatarios. Finalmente, el criterio con puntuación más baja es la innovación. Se observan metodologías provocativas y relevantes que necesitan reportarse de forma más clara y contundente para evidenciar la potencia de las experiencias en este aspecto.

¿Qué se proyecta a partir de este proceso?

- Hacer contacto con los psicólogos para visibilizar y posicionar las capacidades de transformación política, social, comunitaria y organizacional de la psicología.
- Realizar una nueva convocatoria el próximo año con un adecuado ejercicio de desarrollo profesional que permita a los autores mejorar el diseño de la intervención, la administración e implementación de la misma y crear sistemas robustos de seguimiento, monitoreo y evaluación.
- Brindar atención y capacitación en habilidades para la documentación en sus múltiples variantes. Esto, además de promover la generación y gestión de conocimiento, apoyará la postulación de experiencias significativas en nuestro país.
- Mantener y reforzar los incentivos a los autores con las puntuaciones más altas.



**PROGRAMA DE
ORIENTACIÓN
SOCIO-OCUPACIONAL
NACIONAL POLI-POV:
PLANEAR, ORIENTAR
Y VIVIR**



**Laura Milena
Segovia Nieto¹**



**Gisette Katherine
Velandia-Vargas²**

¹Psicóloga, magíster en Psicología con énfasis en investigación en cognición y desarrollo moral de la Universidad Nacional de Colombia. Docente e investigadora del Politécnico Grancolombiano, adscrita al grupo de investigación Psicología, Educación y Cultura en temas relacionados a educación, ciudadanía, moralidad, cognición social y empatía. Correo de correspondencia: lmsegovia@poligran.edu.co.

²Psicóloga, especialista en gerencia del talento humano, magíster en sistemas integrados de gestión y riesgos laborales, estudiante de doctorado en ciencias de la educación, línea gestión educativa; integrante del grupo de investigación psicología, cultura y educación directora de la Escuela de Estudios en Psicología, Talento Humano y Sociedad del Politécnico Grancolombiano. Correo de correspondencia: gkvelandia@poligran.edu.co.

Programa de Orientación Socio-ocupacional Nacional POLI-POV: planear, orientar y vivir

*“La educación no es la preparación para la vida;
la educación es la vida misma”.*

John Dewey



Uno de los mayores retos que enfrenta el sistema educativo actual es disminuir la deserción escolar en cada uno de sus niveles. En el caso de la educación superior, uno de los factores que influye en el cambio o abandono de los estudios está relacionado con la falta de una orientación vocacional u ocupacional adecuada en los últimos años escolares. Tradicionalmente, estas orientaciones se han reducido a un enfoque en la dimensión profesional y académica que resulta en procesos de corta duración —o talleres con temas inconexos—, aplicación de pruebas psicológicas sin la adecuada retroalimentación y visitas a algún instituto de educación técnica o superior con propósitos más centrados en el mercadeo, dificultando el adecuado acompañamiento (Vidal et al., 2013; Fondo de Desarrollo de la Educación Superior [FODESEP], 2020).

Por ello, el Ministerio de Educación Nacional, desde el 2011, ha buscado dar un giro hacia una orientación integral que parta desde la identificación de habilidades e intereses, el conocimiento del campo laboral y social y el reconocimiento de la incidencia de diferentes actores en la toma de decisiones (Ministerio de Educación Nacional [MEN], 2020). Sin embargo, la implementación de esta estrategia no ha tenido el impacto esperado. Entre las razones para que esto no se cumpla se puede encontrar la falta de acceso al material de manera remota o inmediata, la falta de acceso a internet, la necesidad de que estos procesos sean acompañados y reflexionados desde el aula de manera permanente y la proporción orientador/estudiantes —así como las otras funciones del orientador— (Botello, 2014). Esta realidad dificulta especialmente el acompañamiento vocacional

en la ruralidad, en sectores alejados geográficamente y en los estratos más bajos de la población. Se estima que, en el caso de Colombia, la tasa de deserción universitaria es mayor al 50% en estratos 1, 2 y 3 (Botello, 2014), mientras la media del país en deserción es del 8,25% según el reporte nacional (MEN, 2021).

En ese sentido, el reto consiste en implementar y seguir construyendo un programa que, como la educación misma, se adapte a los momentos de la vida de los estudiantes y a las necesidades de un mundo cada vez más conectado (MEN, 2022). Se necesita un programa que permita al estudiante no solo elegir carrera, sino que lo capacite frente a los cambios y las diferentes etapas de su desarrollo personal y formativo. Así mismo, una orientación que les demuestre que la educación y el mundo laboral han cambiado: ya la oferta académica no se alinea con el quehacer ocupacional que demandan las empresas (Hung, 2014). En un país en vía de desarrollo y con la estructura socioeconómica del nuestro, se hacen necesarios procesos de acompañamiento psicopedagógico que den cuenta de las necesidades reales de la empresa, de la economía nacional y, por supuesto, de los contextos en que los estudiantes están inmersos. En ese sentido, repensar la orientación abre el horizonte a los estudios técnicos y tecnológicos necesarios para el movimiento económico, de los oficios que mueven la economía y de las directrices y políticas públicas de crecimiento económico. Por ello, es necesario orientar a los estudiantes en su proyecto de vida e interactuar con las posibilidades que ofrece el contexto socioeconómico, así como con las características personales que permitan fortalecer sus habilidades en contextos reales. Estas tareas demandan la implementación de metodologías de enseñanza más dinámicas que hagan uso de las herramientas tecnológicas y hablen el lenguaje de los estudiantes. En pocas palabras, se necesita poder cimentar una metodología, un contenido

y el seguimiento que permita un programa de orientación socio-ocupacional eficiente y efectivo alineado con las necesidades del mundo actual.

Nacimiento del POLI-POV

Con el objetivo de responder a esta problemática y ofertar un programa de orientación socio-ocupacional que diera cuenta de la realidad nacional y los avances en orientación socio-ocupacional, se gestó desde la Escuela de Estudios de Psicología Talento Humano y Sociedad del Politécnico Gran Colombiano, en ese entonces en cabeza del doctor Felipe Luengas Monroy, el proyecto de generar un programa de orientación socio-ocupacional Nacional, que a su vez optimizara los recursos y la experiencia institucional en educación, además que impactara, desde los avances y desarrollo de la disciplina psicológica, a los estudiantes de nuestro país a través de la integración de la educación media con la educación superior. En ese sentido, se planteó crear un programa capaz de favorecer la adquisición de información frente a los campos ocupacionales, acompañado de la comprensión y el desarrollo de un proyecto y de las habilidades personales, en cuya relación directa se posibilite la identificación de preferencias vocacionales, así como lo que significa entender dichas preferencias, y lo que se requiere para hacerlo realidad: un proyecto de vida, la capacidad de entender el entorno económico, el adecuado manejo de las emociones y cómo afectan la toma de decisión a la hora de que esta sea consciente, persistente y sostenible.

Fue así como, tras varios meses de planeación, construcción y desarrollo de herramientas psicotécnicas, se ofertó el primer Programa de Orientación Socio-ocupacional del POLI en 2020-2, bajo un esquema totalmente virtual. Hacía pocos meses, marzo de 2020, la pandemia del COVID-19 había obligado al cambio de modalidad de estudio de cada uno de los estudiantes del país:

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

se remplazaron las aulas por las habitaciones, los tableros por los computadores y, en algunos casos, por las guías impresas que tenían que ser repartidas. Frente a este panorama, los colegios amigos del POLI recibieron con alegría este acompañamiento virtual sincrónico donde, en compañía de psicólogos en formación y docentes de psicología, se desarrollaron talleres de aproximadamente una hora para trabajar temáticas guiadas hacia la obtención de herramientas que permitieran tomar decisiones socio-ocupacionales informadas, contextualizadas y trayectorias ocupacionales satisfactorias. Dichas temáticas fueron seleccionadas y orientadas hacia el desarrollo de: a) herramientas para su crecimiento personal -autoconocimiento; b) herramientas sobre el mundo laboral y competencias para el mismo y, c) conocimiento sobre los niveles de formación, acceso y oportunidades. La selección y diseño del POLI-POV obedeció a la idea de que la orientación no debe remitirse exclusivamente a la elección de un campo ocupacional, sino debe partir de una concepción de educación para la vida (Gardner, 2005), donde los procesos educativos no se desligan de la formación personal y, en ese sentido, la educación debe entender el contexto del mundo personal y social del sujeto que es educado.



Figura 1. MOOC - Toma de decisiones

Para apoyar el desarrollo de los objetivos del POLI-POV, durante los meses previos a su implementación fueron diseñados siete MOOCS alojados en la plataforma virtual del POLI, en donde los estudiantes participantes del programa, de manera autogestionada, podían desarrollar conceptos de cada una de las temáticas abordadas de manera lúdica y animada (ver figura 1). Dicha plataforma fue usada de manera simultánea junto con los talleres diseñados por los psicólogos en formación del Politécnico Gran Colombiano que ejercían como tutores en cada uno de los colegios participantes. Esta integración de contenido asincrónico y sincrónico permitió espacios de comunicación y realimentación sobre lo abordado. Fue así como, ese primer semestre de implementación del POLI-POV en 2020-2, en una época de incertidumbre, demostró la necesidad que sentían los estudiantes de estos espacios, les permitió hablar de sus emociones, expresar sus frustraciones frente a la situación mundial, tener herramientas para lidiar con los cambios y construir su proyecto de vida.

Retos de la virtualidad, la alternancia y el retorno a presencialidad

Aunque la pandemia fortaleció la metodología virtual del POLI-POV, fomentando la participación de los estudiantes de colegios que contaban con recursos tecnológicos, también evidenció las dificultades de conectividad de muchas instituciones educativas que no contaban con la misma infraestructura tecnológica ni la formación para acceder a estos. Dando cuenta del continuo proceso de construcción y autoevaluación del programa, el POLI-POV fue capaz de ajustarse a la metodología que iban adquiriendo los colegios, ya fuera virtualidad, alternancia o presencialidad, ofertando según sus necesidades el programa en modalidad presencial o virtual. Esta flexibilidad permitió expandir el programa a varias zonas del país, llegar a colegios de condiciones socioeconó-

micas difíciles, incluir colegios rurales y acercarnos a zonas del país con conectividad limitada.



Figura 2. Estrategia de gamificación Evermore

Es así como, para enfrentarse a los continuos cambios, idiosincrasias y modalidades de las instituciones colombianas, el POLI-POV se enfrentó al reto de usar estrategias de gamificación que pudieran mostrar el contenido de manera dinámica y contextualizada. En algunas instituciones en que se contaba con recursos informáticos y de internet, se realizó el prototipo de un mundo llamado Evermore, una estrategia que les permitía a los estudiantes participantes ir adquiriendo habilidades y estrategias (ver figura 2). En este mundo se utilizaban varias metodologías para la apropiación del proceso, la creación de avatar, puntuación, etc., haciendo uso de las tecnologías y aplicaciones que permitían el uso de contenido más ameno y métodos que cambiaran la noción de clase, por espacio de reflexión. Así mismo, en otros colegios se usaron talleres dinámicos, juegos, videos y estrategias reflexivas que permitirían el adecuado logro de las metas del programa.

Gracias a la experiencia y a la continua realimentación, el Programa de Orientación Socio-ocupacional (POLI-POV) ha venido creciendo y expan-

diéndose. Actualmente, con un equipo semestral en promedio de cincuenta practicantes de Psicología en Bogotá, Medellín y virtual, se oferta el programa en dos modalidades: presencial y virtual, según los requerimientos de la institución educativa. Cada uno de ellos, en compañía de su tutor-docente psicólogo del Politécnico Granco-lombiano; con base en el sustento teórico, diseñan y dictan talleres alrededor de unas temáticas previamente establecidas que han sido ajustadas a través del continuo diálogo con estudiantes y colegios. Igualmente, aplican las pruebas psicotécnicas diseñadas específicamente para Colombia por el equipo de investigación del POLI-POV, que permiten conocer los intereses ocupacionales de los estudiantes y el estado de su decisión. Por último, cada estudiante y cada colegio recibe un informe personalizado que da cuenta del proceso realizado, sus resultados en las pruebas, las reflexiones generadas en las sesiones y el análisis de toda la información obtenida durante el programa. Esto permite que tanto el estudiante como el colegio puedan ver de manera integrada el proceso realizado y tener un insumo adicional para tomar sus decisiones.

La selección y vinculación de las instituciones educativas del programa se han trabajado de la mano con el equipo de admisiones del Politécnico Granco-lombiano. Ellos cuentan con un grupo de colegios amigos a los que se les ofrece el plan, así como con la posibilidad de contactar colegios en todo el territorio nacional, gracias a la cobertura que la institución tiene a nivel virtual. En estos casos regionales se ha logrado trabajar en conjunto con asesores, quienes conocen las zonas, interactúan con las Secretarías de Educación y tienen de primera mano el contacto y conocimiento de los colegios.

Por último, y no menos importante, los cambios constantes no solo en modalidad, sino en la misma experiencia con los estudiantes, han deman-

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

dado y fortalecido innovaciones, estrategias y material que permitiera acercarnos de manera adecuada a la población. Por ello, junto con los mismos estudiantes universitarios que ejercen como tutores, se han venido diseñando la página web del programa, las cartillas para padres de familia sobre cómo acompañar este proceso, los juegos y los videos donde profesionales cuentan sobre sus carreras desde su experiencia personal y su experiencia de vida.



Nuestra población beneficiaria

En estos dos años y medio de implementación del POLI-POV hemos tenido la oportunidad de trabajar con más de 9000 estudiantes de octavo, noveno, décimo y undécimo, pertenecientes a 83 colegios públicos y privados de ocho regiones de Colombia: Bogotá, La Guajira, Valle del Cauca, Antioquia, Cundinamarca, Boyacá, Risaralda y Meta. Esto ha supuesto el reto de comprender la idiosincrasia y las necesidades propias de cada región, así como las demandas en educación, recursos y oportunidades.

Las diferencias entre nuestra población beneficiaria fueron principalmente notorias entre colegios urbanos y rurales, así como el estrato socioeconómico al que pertenecen. Se trabajó principalmente en la zona urbana de Bogotá, Medellín, Cali y Villavicencio. Se hizo cobertura rural en colegios veredales en las zonas de Antioquia, Boyacá y Risaralda. En el caso de Boyacá, se trabajó en el colegio público de San Pablo de Borbour, cuya localización llevó a que la implementación del programa estuviera marcada por dificultades en las vías de acceso a causa de derrumbes, así como fallos en servicios básicos

de agua y luz, entre otros. Un ejemplo de las diferencias entre el trabajo rural y el urbano se pudo apreciar en La Guajira, específicamente en dos colegios públicos: uno en Riohacha (capital de departamento) y otro rural (ubicado a las afueras de Riohacha). El primer colegio, gracias a que está ubicado en área urbana, tiene la conectividad que facilitó la implementación del programa a través de la virtualidad. Así mismo, permitió la generación de modalidades híbridas que facilitaron dinamizar el programa, tanto de manera virtual como de manera presencial. Sin embargo, dada la intermitencia en la conectividad del colegio rural, el programa tuvo que ser implementado 100% en presencialidad y, muchas actividades repensadas para dar cuenta de las necesidades particulares de la institución. Así mismo, al ser un megacolegio (institución de gran tamaño con más de 2000 estudiantes), la articulación del programa y su implementación solo fue posible gracias a la simbiosis entre los tutores del PO-LI-POV y la apertura de la institución liderada por la orientadora y su equipo. En esta región del país vale la pena resaltar también la importancia de la integración entre la educación media y superior. Los estudiantes sintieron que al poder recibir el programa conocieron información que les abrió opciones para su proyecto de vida, mostrándoles oportunidades reales a las que pueden acceder. Así mismo, permitió el empoderamiento de la población escolar frente al futuro, el crecimiento de su región y los caminos que quedan por recorrer. Todo ello fue consolidado en las ferias realizadas en ambas instituciones, en donde participaron el SENA, PONAL, la Universidad de La Guajira, el ICETEX, Enlace Jóvenes, Sin Fronteras y el Politécnico Gran colombiano, en las que se pretendió mostrar de manera dinámica los recursos que dispone la región para su formación.

Otra importante característica de nuestra población está relacionada con la condición socioeconómica de los colegios participantes. Casi



Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

el 85% de los colegios que han hecho parte del POLI-POV son colegios públicos y, aproximadamente, 15% son privados. En el caso de Bogotá y Cundinamarca, se abarcaron colegios en zonas con alta incidencia de problemáticas psicosociales y económicas. Especialmente en Soacha se trabajó con colegios públicos en sus diversas sedes y jornadas. En la mayoría de esos colegios se presentan necesidades socioeconómicas importantes que dificultaban la implementación del programa: vías de acceso restringidas o de complicado tránsito, problemas por lluvia, dificultades de electricidad y, el uso de la virtualidad para apoyar los procesos de formación planteados por el POLI-POV.

Por último, resulta importante resaltar tres características psicosociales que han demandado flexibilidad en la estrategia de implementación del POLI-POV: a) trabajo con CLEI (ciclos lectivos especiales integrados), b) educación en personas con necesidades especiales y, c) problemáticas asociadas a identidad de género. En relación con el primer caso, se ha tenido la oportunidad de trabajar con CLEI, un tipo de educación dirigida a jóvenes y adultos que por alguna circunstancia no ingresaron al servicio educativo o desertaron prematuramente. Allí se ha trabajado con CLEI 4, que comprende grados octavo y noveno, CLEI 5 y CLEI 6, que corresponden respectivamente a décimo y once, desarrollando su grado escolar en 22 semanas. La descripción sociodemográfica de la población CLEI con la cual se trabajó incluyó personas que estuvieron en la cárcel, víctimas de conflicto y adultos cuyas edades oscilaron entre los 21 y los 45 años. Aquí el programa resultaba clave para que nuestros estudiantes tuvieran la oportunidad de formular un proyecto de vida y pensarse a ellos mismos desde un panorama educativo y ocupacional. Con ellos, se trabajó principalmente en la jornada nocturna, tanto de manera virtual como presencial.

En segundo lugar, encontramos colegios donde, dadas las políticas de inclusión, contaban con población con condiciones diversas que incluían diagnósticos de problemas de aprendizaje, autismo y discapacidad física e intelectual. Frente a esta población, se generaron estrategias psicopedagógicas que permitieran su participación en los talleres junto con sus compañeros, así como un adecuado seguimiento. Para ello, los tutores psicólogos del POLI y los orientadores identificaron aquellos casos para potenciar dinámicas que permitieran el adecuado e inclusivo desarrollo del taller. Por ejemplo, se utilizaron estrategias didácticas y gamificación, entre muchas otras que posibilitaron resultados satisfactorios. Por último, dado que el POLI-POV trabajaba mayoritariamente con adolescentes, fue necesario implementar espacios para dialogar acerca de las dificultades presentadas alrededor de la identidad de género. Fue así como, a pesar de que el programa se dirigió a la orientación socio-ocupacional, se abrieron espacios para dialogar sobre estas temáticas de interés, relacionando su identidad con el proyecto de vida y ocupación futura.

Metas alcanzadas

El programa POLI-POV, en cada una de sus versiones, ha sido recibido satisfactoriamente, tanto por los estudiantes como por los colegios. El éxito de este programa se evidencia no solo en las cartas de satisfacción de los colegios, o en la evaluación del programa en que consistentemente se han obtenido puntajes de satisfacción del 94%, también se evidencia en la construcción de lazos con las instituciones educativas que ha permitido su participación continua en dos o más versiones del programa, con el fin de seguir fortaleciendo las habilidades de los estudiantes a través de los diversos cursos. El programa ha ido creciendo no solo en cobertura, también en grados impactados. En un principio el programa impactaba los cursos de décimo y undécimo; sin embargo, con

el continuo estudio de las necesidades y la revisión de la literatura, se logró ampliar el rango de acompañamiento de orientación socio-ocupacional a los grados octavo y noveno. Esta inclusión resulta novedosa, puesto que en nuestro país poco suelen aplicarse procesos de orientación en estos grados. Sin embargo, hemos observado que, a partir de un trabajo temprano con los estudiantes, pueden llegar con mejores herramientas que no solo facilitan su decisión socioocupacional, sino su adaptación a contextos escolares y a la vida misma.

Los estudiantes, por su parte, reportaron que el espacio brindado por el POLI-POV les permitió clarificar dudas y miedos respecto a qué estudiar. También comentaron que desconocían — sobre todo en zonas rurales — cómo buscar los pênsum o cómo inscribirse en las universidades públicas; además, a partir de esta experiencia, han logrado ingresar a la educación superior y obtener ayudas educativas. Hicieron llegar, de manera particular por medio de sus tutores, el agradecimiento por la implementación del programa, por haber sido escuchados y por el apoyo ofrecido en una decisión que consideran vital. En sus relatos y cartas, contaron que mejoraron sus estrategias de inteligencia emocional, pudieron hablar con sus padres acerca de sus intereses ocupacionales y dialogar sobre el futuro. El programa fue una oportunidad para conocerse a ellos mismos y generar estrategias para la vida cotidiana. También, tanto a ellos como a los mismos tutores, les mostró la necesidad de espacios y guía sobre las posibilidades económicas y los limitantes que desde allí puedan aparecer, la necesidad de mejorar la inteligencia emocional, sobrellevar la frustración y enfrentar los cambios (siendo un tema coyuntural la pandemia, que permitió servir de andamiaje para la readaptación escolar, sobre todo en los grados décimo y once).

Así mismo, para los miembros del programa, en este caso los psicólogos en formación, se observó el desarrollo de competencias relacionadas con su perfil profesional y su propio desarrollo, al verse expuestos a generar estrategias pedagógicas de acompañamiento a grupos, profundizar e implementar temáticas y relacionarse con las



Figura 4. Actividad realizada por estudiantes

diversas realidades de país. Para el grupo de tutores-docentes, uno de los logros más significativos y que han caracterizado al Programa de Orientación Socio-ocupacional - POLI-POV fue su capacidad de resignificar el sentido de vida de los participantes y abrir nuevas expectativas hacia el futuro. Reconocieron que el dinamismo del programa y su adaptabilidad dio cuenta de la realidad de la educación, así como de las muchas maneras de impactar a los estudiantes a lo largo de sus procesos de formación.

Este es solo el comienzo: retos para el POLI-POV

El Programa Nacional de Orientación Socio-ocupacional del Politécnico Grancolombiano (POLI-POV) ha generado un impacto importante para cada uno de sus actores. Esta experiencia ha permitido reafirmar la idea de que la orientación vocacional tradicional ya no es el proceso adecuado para acompañar a los estudiantes en su tránsito de la vida escolar a la educación superior o al campo ocupacional. Se necesita un proceso de acompañamiento integral que permita analizar las habilidades de los estudiantes, sus intereses, el mundo laboral y el contexto socioeconómico al que pertenecen. Cambiar nuestro entendimiento de una vocación como aquello para lo que hemos nacido, y hablar de un proceso de construcción de proyecto de vida en el que intervienen varios factores, permite bajarle presión a una decisión que en nuestra sociedad se toma a edades tempranas y que desconoce las dinámicas propias del mundo en que vivimos. Conocer nuestras habilidades e intereses, reconociendo que pueden cambiar y van a cambiar y, buscar un desarrollo integral en donde “reconozco desde dónde me paro”, “con qué cuento”, “las oportunidades y limitaciones mías y de la sociedad que me remite”, permiten plantear metas claras y alcanzables. Especialmente, en la población que hemos podido impactar en este tiempo de trabajo, el empoderarse de sus procesos, tomar conciencia de las necesidades y ofertas laborales, así como de las posibilidades de financiación y de acceso a la información que pueden tener, les ha permitido sentir que tienen voz en la construcción de su futuro.

Por ahora, el camino apenas comienza y muchos retos quedan aún por sortear. El acceso a los diferentes colegios y la posibilidad de generar espacios para este proceso de formación personal, aún se enfrenta con la escala de prioridades de las

instituciones, la cual ha establecido el desarrollo en competencias cognitivas como más relevante y significativo que el desarrollo de la integralidad. Tras la pandemia y ante el significativo descenso en el desempeño académico de los estudiantes, abrir dentro de la jornada escolar espacios constantes para la reflexión vocacional o socio-ocupacional es una problemática que ya se empieza a sortear. Así mismo, la demanda de recursos físicos y humanos para la ejecución del programa limita la cobertura y el alcance de este. Más aún para las regiones y zonas de especial vulnerabilidad que,



Figura 5. Talleres en La Guajira

de no ser por un programa gratuito, no podrían tener acceso a este tipo de formación.

Definitivamente esta apuesta no es solo del Programa de Orientación Socio-ocupacional del POLI.

Los continuos esfuerzos del Ministerio de Educación Nacional por reconfigurar, enseñar y apoyar en estos procesos, dan cuenta de la importancia de este tema en el panorama nacional. Sin embargo, este tipo de cambios y apuestas requieren la disposición y compromiso de todos los miembros de la comunidad educativa, para movilizar recursos, tiempos, espacios y materiales que permitan concientizar de una educación para la vida, tanto a profesores como a estudiantes y directivos. Este tipo de sinergias entre la educación media y la educación superior no debería suponer un trabajo adicional para las ya cargadas agendas escolares. Por el contrario, debe constituirse en un andamiaje que posibilite la adquisición de nuevos conocimientos, el logro de las metas individuales y la construcción de ciudadanos íntegros y felices.

Página Web: <https://povpolitecnicogran.wixsite.com/my-site-1>

AGRADECIMIENTOS

Estos años de trabajo con los y las jóvenes colombianas no hubiesen sido posibles sin el apoyo de cada uno de los docentes que ha hecho parte de este programa desde sus inicios: Yira Castro, Cristian Giraldo, Juanita Bejarano, Erik Rico, María del Pilar Rodríguez, Alejandra Hernández, Laura Másmela, Kamila García, Ángela Caro, Mateo Jaramillo, Liliana Leal, Jorge Velásquez, Sonia López, Catalina Bustos, Jenny León, Estefanía Perdomo, Gilberto Cáceres, Yeniffer Rubiano, Héctor Ramírez, Heidy Urrego, Diego Cruz, Julián Hernández, Carolina Rodríguez, Camila Laverde, Laura Yépez, Ricardo Cepero, Mabel Guayacundo y Diana Hernández. Así mismo, de cada uno de los más de doscientos practicantes, quienes han apostado por la psicoeducación, construyendo con amor y dedicación cada una de las clases y actividades para impactar en la vida de los estudiantes que han tenido a su cargo. Agradecemos de manera especial al equipo de admisiones del Politécnico Gran colombiano: Katherine Peña, Samuel Rodríguez, Viviana Herrera, Guillermo Jaramillo, Paula Pinzón, Alejandro Peluffo, Andrea González y Libia Cabra, quienes incansablemente han buscado las alianzas con los colegios nacionales, abriendo las puertas al programa y, al decano de la Facultad de Sociedad, Cultura y Creatividad, el doctor Carlos Augusto Martínez. Queremos reconocer y agradecer al doctor Felipe Luengas Monroy por haber sido el gestor de este proyecto; sin su visión, ideas y liderazgo, este programa no hubiera visto la luz. Por último, y no menos importante, a cada uno de los colegios que nos han abierto las puertas, a los jóvenes que han acogido el programa con entusiasmo e interés, a los orientadores, coordinadores y directivas que nos facilitaron el espacio y su acompañamiento para poder seguir juntos construyendo país.



REFERENCIAS

- Botello, H. (2014). Incidencia de los programas de orientación vocacional en Colombia. *Horizontes Pedagógicos*, 16(1), 89-97.
- Fondo de Desarrollo de la Educación Superior. (2020). Plan estratégico FODESEP 2020-2023. Colombia.
- Gardner, H. (2005). *Inteligencias múltiples*. Paidós.
- Hung, E. (2014). Modelo de orientación vocacional para instituciones educativas en Colombia. Universidad del Norte.
- Ministerio de Educación Nacional. (2021). El Ministerio de Educación Nacional pone a disposición la información estadística de educación superior a 2021. <https://www.mineducacion.gov.co/portal/salaprensa/Noticias/411246:El-Ministerio-de-Educacion-Nacional-pone-a-disposicion-la-informacion-estadistica-de-educacion-superior-a-2021>
- Ministerio de Educación Nacional. (2022). Orientación Socioocupacional. <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-342444.html>
- Vidal, M., & Fernández Oliva, B. (2009). Orientación vocacional. *Educación Media Superior*, 23(2), 1-12.

LAS AVENTURAS DE LILI CONTRA BLAST “EL FLOJO”:

VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA
TERAPÉUTICA Y PSICOEDUCATIVA
PARA LA REVELACIÓN DEL
DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA A
NIÑOS Y NIÑAS.



**Ana M. Trejos
Herrera**³



**Ivana Vargas
Hernández**⁴

³ Departamento de Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-2658-6535>. Correo: atrejos@uninorte.edu.co

⁴ Directora del Centro de Neuropsicopedagogía Infantil Neurokids S.A.S, Barranquilla, Colombia. Correo: ivanavhdz@gmail.com



Las aventuras de Lili contra Blast “El Flojo”: validación de una herramienta terapéutica y psicoeducativa para la revelación del diagnóstico de leucemia a niños y niñas

La revelación del diagnóstico de cáncer en la población pediátrica es un desafío, tanto para los profesionales de la salud como para las familias. Muchos familiares pueden mostrarse renuentes a comunicar a las niñas y a los niños su enfermedad, por temor a causarles daño psicológico, estrés emocional o, simplemente, por temer al impacto de una noticia como esta. También profesionales, padres o cuidadores pueden tener dificultades para lograr una comunicación franca y honesta con ellas y ellos, no saber qué información ofrecerles a los menores de 15 años, temer a las preguntas que puedan realizar sobre el proceso de tratamiento, las afectaciones del tratamiento en la vida cotidiana del menor, preguntas sobre la posible cura y temas tan difíciles como el dolor y la muerte, por considerar que los niños y las niñas son inmaduros o que no tienen capacidad de entender este tipo de información.

La leucemia es el cáncer más común en niñas, niños y adolescentes, representando casi uno de cada tres cánceres. Sin embargo, en general, la leucemia en niños es una enfermedad poco común. Alrededor de tres de cada cuatro casos de leucemia en niños y adolescentes son leucemia linfocítica aguda (LLA). La mayoría de los otros casos son leucemia mieloide aguda (LMA). La LLA es más común en los primeros años de la niñez, y ocurre con más frecuencia entre los 2 y los 5 años de edad. La LMA suele estar más diseminada en los años de la infancia, aunque es ligeramente más común durante los primeros dos años de vida y durante la adolescencia (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2022).

La atención de las leucemias pediátricas en Colombia debe ser una prioridad. La leucemia linfocítica aguda (ALL) es el tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en los menores de 18 años y causa una de cada tres muertes en la población pediátrica con neoplasias malignas, ocupando el quinto lugar en términos de la proporción de casos nuevos reportados. La Agencia Internacional para la Investigación de Cáncer (IARC, por sus iniciales en inglés) ha reportado a nivel mundial para el año 2020, un total de 311.594 muertes asociadas a leucemia para todas las edades. Durante el periodo de 1990 a 2019, la prevalencia en el mundo ha sido constante, siendo más baja para Latinoamérica y el Caribe; no obstante, en términos de la mortalidad, se observa un mayor impacto en esta última región, incluyendo Colombia (Cuenta de Alto Costo, 2022).

Propósito y participantes

Esta experiencia buscó validar técnicamente la herramienta Las aventuras de Lili contra Blast “El Flojo” para el proceso de revelación del diagnóstico de leucemia a niños y niñas entre 6 y 10 años de edad, quienes asistieron a entidades prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Barranquilla. Este libro narra la admirable y conmovedora historia de Lili, una niña de 4 años que tiene el diagnóstico de leucemia. Una mañana, ella despierta con extrañas manchas en su cuerpo, cansada y con fiebre. Desde ese momento, Lili se enfrenta a la aventura de combatir a Blast “El Flojo” y su ejército “los Leucemia”, un grupo de glóbulos blancos flojos que ha invadido el centro de sus huesos y venas. Mientras aprende sobre su enfermedad, cuenta con el apoyo de su madre, su médico, su psicóloga y otros valientes niños y niñas que también luchan para que esos intrusos dejen de molestar a sus soldaditos defensores. Esta experiencia contó con una validación técnica y con población realizada en la ciudad de Barranquilla, Atlántico. Los datos fueron recolectados en la Clínica de la Costa, la Clínica Bonnadona Prevenir, y con el apoyo de la Fundación Paola Andrea Velásquez Vivas se logró el acceso a las niñas y los niños hospitalizados en la Clínica Portoazul Auna y en la Clínica General del Norte .

En este estudio participaron 9 jueces expertos en las áreas de oncología, oncología pediátrica,



Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

psicooncología y psicología; 67% de ellos del sexo femenino, 67% empleados a tiempo completo principalmente vinculados a clínicas, hospitales e instituciones universitarias de la región caribe colombiana. Adicionalmente, se trabajó con 26 cuidadores de niños y niñas con leucemia, 92% del sexo femenino; un 88% eran las madres biológicas de los niños y las niñas. En cuanto al nivel de estudios, el 24% tiene una secundaria incompleta, 24% cuenta con estudios universitarios y 20% con secundaria completa. El estado civil del 52% era unión libre. El 68% se encuentra desempleado. El 68% pertenece al estrato socioeconómico 1, el 24% al estrato 2 y el 8% al estrato 3. El 44% tiene ingresos de un salario mínimo legal mensual en Colombia y el 32% tiene ingresos menores a dicho salario. El 60% de los cuidadores tiene entre 2 y 3 hijos. El 56% reporta que profesa la religión católica. Por su parte, el 52% de los niños son de sexo masculino, y el 48% de sexo femenino. El 36% de los pacientes se encuentra cursando cuarto y quinto grado de primaria al momento del estudio y el 24% cursa primer y segundo grado de primaria. El 52% vive con sus padres y hermanos. El 48% está vinculado al régimen contributivo de seguridad social en salud, mientras que el 52% restante pertenece al régimen subsidiado.

Situación espaciotemporal

Esta investigación contó con el aval del comité de ética en el área de la salud de la Universidad del Norte, en noviembre del 2017. En el marco del proyecto de práctica profesional en el área de psicología clínica de la Universidad del Norte, la estudiante Ivana Vargas Hernández realizó esta investigación bajo la dirección de la doctora Ana María Trejos Herrera, mediante convenio docencia-servicio con la Clínica de la Costa.

Es importante mencionar que esta herramienta fue diseñada por la alta demanda al servicio de psicología para apoyar el proceso de revelación del diagnóstico de leucemia de los menores diagnosticados, por parte de los padres, madres y/o representantes legales, durante el proceso de hospitalización. Partiendo de esta necesidad, se llevó a cabo el proyecto de práctica profesional que permitió el desarrollo de esta herramienta lúdica, entre los años 2017 y 2019, con el logro de la publicación definitiva de la herramienta en el año 2021, y vinculando a un total de cuatro clínicas de la ciudad de Barranquilla que atendían a la población infantil afectada con esta patología. Específicamente, se inició el proyecto con el diseño y conceptualización de la herramienta para revelar el diagnóstico a niños y niñas con leucemia entre febrero y julio de 2018. El diagnóstico, conceptualización, ilustración y diagramación de la herramienta se realizó entre agosto y octubre de 2018, posteriormente se obtuvieron los permisos para validar la herramienta con cuidadores y pacientes, entre noviembre y diciembre de 2018. La evaluación de la herramienta



por parte de jueces expertos, cuidadores y pacientes se realizó entre enero y julio de 2019 y en este último mes se presentó la solicitud del proyecto editorial para Ediciones Uninorte a la Decanatura de la División de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad del Norte. La publicación final de la herramienta por parte de Ediciones Uninorte se realizó en el año 2021.

Recursos

El proceso de diseño e implementación de esta herramienta fue desarrollado en un primer momento por las psicólogas autoras de esta herramienta, quienes desarrollaron la conceptualización creativa de la metáfora, la narrativa, los mensajes, los personajes y la propuesta inicial de cómo deberían realizarse las ilustraciones. En un segundo momento involucramos al doctor Rafael Tuesca Molina experto en salud pública, para que incluyera el componente médico de la enfermedad de leucemia en la herramienta. Posteriormente, se tomó la decisión de trabajar con la propuesta creativa de la diseñadora gráfica Carolina Pérez, proveedora de la Universidad del Norte.



Lili recibe su diagnóstico en acompañamiento de su psicóloga Amanda y el Dr. Luis por medio de un cuento".

Con este primer borrador de la herramienta se inició el proceso de validación en las cuatro clínicas de Barranquilla que atendían a la población infantil afectada con esta patología. A partir del análisis de resultados se hicieron correcciones a la herramienta. Finalmente, se realizó la solicitud a la Decanatura de la División de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad del Norte para presentar este proyecto editorial a Ediciones Uninorte con el fin de que lo consideraran para publicación, de acuerdo con la evaluación por pares a la directora editorial Adriana Maestre, publicación que se realizó en el año 2021.

Proceso de implementación

Mediante muestreo no probabilístico intencional se seleccionaron nueve jueces expertos en las áreas de oncología, oncología pediátrica, psicooncología y psicología, y 26 cuidadores de pacientes pediátricos con leucemia, a quienes se les administraron cuestionarios estructurados. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron a 25 niños y niñas con leucemia. Se realizó análisis descriptivo de los datos, tabulación en SPSS 25 y análisis de contenido, mediante el software NVivo 10.

El alcance y tipo de investigación fue de métodos mixtos que representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias), logrando un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008; citado en Hernández-Sampieri et al., 2014).

Se realizó una validación de contenido por criterio de juicio de expertos. El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidos por otros como expertos cualificados en este, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar y Cuervo, 2008). Se utilizaron los criterios de Skjong y Wentworht (2001) para identificar a los profesionales que formaron parte del juicio de expertos para la validación técnica de la herramienta que son:

a) experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones con base en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios, entre otras)

b) reputación en la comunidad

c) disponibilidad y motivación para participar

d) imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

También plantean que los expertos pueden estar relacionados por educación similar, entrenamiento, experiencia, entre otros.

De acuerdo con Unicef (2003), los aspectos de contenido en la validación de materiales se evalúan a través de cinco componentes de eficacia:

1) Atracción. Consiste en averiguar si nuestro material llama la atención del grupo objetivo al cual va dirigido. Esto es, si les gustan o no los colores, el diseño, el formato. Si el material tiene “gancho” con la gente.

2) Comprensión. Hace referencia a si le queda claro al público por qué debe adoptar el comportamiento factible que le proponemos a través del mensaje. La validación debe conducirnos a comprobar si nuestro público objetivo comprendió los conteni-

dos y mensajes.

3) Involucramiento. Busca determinar si el material que se valida es dirigido a personas como ellos, si se siente identificado con lo que proponen los mensajes.

4) Aceptación. Nos informa si el público objetivo acepta las propuestas o acciones contenidas en los mensajes. Este contenido permite confirmar que nada moleste o genere alguna indisposición, si se acepta plenamente el enfoque, los contenidos y el lenguaje utilizado.

5) Inducción a la acción. Busca comprobar si el cambio de comportamiento o actitud propuesto es identificado y posible de lograr. Este componente indica si el material contribuye a que el destinatario adopte el comportamiento factible que se busca.

Para el caso de los instrumentos y análisis que se aplicaron a jueces expertos y cuidadores se utilizó un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo para determinar si la herramienta cumple con los cinco componentes de eficacia propuestos por Unicef (2003), con fin de someterla a evaluación del comité de publicaciones de la División de Humanidades y Ciencias Sociales. Para el caso de los instrumentos y análisis para niños y niñas se utilizó un enfoque cualitativo con diseño de teoría fundamentada para conocer si la herramienta cumple con los cinco componentes de eficacia propuestos por Unicef (2003).

Esta investigación contó con aprobación del comité de ética de investigación en el área de la salud de la Universidad del Norte N.º 165 del 30 de noviembre de 2017. Se contó con la firma de consentimiento informado de los representantes legales de los niños y niñas, así como con el formulario de asentimiento para los menores, donde se explica detalladamente la naturaleza del procedimiento de este estudio, los riesgos y los beneficios con capacidad de libre elección y sin coacción alguna.



Mientras me quedaba en la clínica hice muchos amiguitos que también estaban combatiendo a Blast el Flojo y “Los Leucemia”. Los doctores y las enfermeras nos decían que éramos los guerreros de la clínica y eso me hacía sentir feliz.

Mis manchitas poco a poco se fueron quitando, mi cabello cambió y no me volvió a dar más fiebre.

Resultados

Teniendo en cuenta los aspectos de contenido en la validación de materiales evaluados en los cinco componentes de eficacia (atracción, comprensión, involucramiento, aceptación e inducción a la acción) según Unicef (2003), se presentan a continuación los resultados cualitativos de la investigación.

Validación del componente de atracción con niñas y niños diagnosticados con leucemia

Se identificaron dos imágenes preferidas por las niñas y los niños. La primera es “Lili y sus amigos en la sala de juegos de la clínica”, en la cual los menores refieren la importancia de compartir con los amigos, resaltan el valor de la amistad y como esta les genera sentimientos de felicidad. Por otro lado, mencionaron que esta imagen les recuerda que pueden estar en compañía de amigos “con su misma situación”. La segunda imagen favorita es la de “Regreso a casa”, esta imagen les recuerda que pueden combatir la enfermedad de la leucemia, y la relacionaron

con la valentía, la esperanza y las ganas de vivir y retomar su cotidianidad.

En cuanto al personaje favorito de los niños y niñas se encontraron dos: A partir de “Lili y el doctor Luis”, los niños y niñas mencionaron que Lili es una niña muy valiente, guerrera y alegre, resaltan de ella que logró salir bien, que tomó bien su enfermedad, que venció y que luchó, entendiendo su enfermedad. La asociaron también con la palabra esperanza. Con respecto al doctor Luis, los niños y niñas lo identificaron como la figura que explica la enfermedad de la leucemia y que ayuda a superar el proceso de enfermedad.

En la exploración de la opinión sobre Blast “El Flojo” los niños y niñas consideraron que hay que combatirlo, que hace daño, que es un agente que invade el cuerpo, que no hace parte del cuerpo y, en cuanto a su mecanismo de acción, mencionaron que produce células que el cuerpo no puede recibir, causando malestar; entendieron también

que es un glóbulo blanco que no maduró y que se volvió “malo”.

Validación del componente de comprensión con niñas y niños diagnosticados con leucemia

Con relación a la comprensión de la expresión Blast “El Flojo” la mayoría de pacientes lograron entender que se refería a la enfermedad de leucemia. Los más pequeños sí lo asociaron directamente con la palabra flojo o que no hace nada, debido a su nivel de madurez y desarrollo cognitivo. Para los niños y niñas el mensaje de la historia se relaciona principalmente con pautas de autocuidado que deben seguir con este diagnóstico, tales como tomar los medicamentos, usar tapabocas, comer bien y asistir a los controles médicos; también les dejó el mensaje de ser valientes y guerreros, es decir, no rendirse y no perder la esperanza; adicionalmente, el mensaje se asoció con permitir el apoyo de la familia, del médico y de la psicóloga. Para finalizar este componente de validación se intentaron identificar palabras o situaciones incomprensibles para los niños y niñas; a pesar de que la mayoría de ellos mencionó que entendieron todo, se hace necesario reforzar la explicación de por qué algunos de estos niños y niñas con este diagnóstico presentan manchas en el cuerpo y reforzar también la función o mecanismo de acción de los glóbulos blancos y rojos.

Validación del componente de involucramiento con niñas y niños diagnosticados con leucemia

Con respecto a la validación del componente de involucramiento, se lograron establecer los sentimientos de felicidad e identificación como asociados a la historia. En cuanto al primero, los menores mencionaron que la historia es “bonita”, “bien”, porque la niña logró controlar a Blast, porque se recuperó, porque tuvo un final feliz, y resaltan que

la niña es fuerte y que los doctores ayudaron a sanarla. En cuanto a la identificación, todos mencionaron que la historia les gustaba porque era lo mismo que les había pasado a ellos, porque la niña tiene lo mismo que tienen ellos y porque la historia de la niña es muy parecida a la de ellos. El mensaje que los niños y las niñas le dejan a Lili, el personaje principal de la historia, es que sea valiente y no se rinda, que continúe siendo fuerte, que tenga buen ánimo, que no tenga miedo y que confíe en su proceso de recuperación. También le dejan como mensaje el autocuidado, que coma bien, que se deje “puyar” (inyectar), que se tome las medicinas, que se haga la quimioterapia, que se realice los análisis de glóbulos y plaquetas y que asista a sus controles médicos. La proyección de futuro que los niños y las niñas visualizan para Lili se asocia con el autocuidado y con combatir definitivamente a Blast “El Flojo” para continuar con su vida, para todos ellos, Lili se recupera, sigue jugando, se siente mejor, está feliz y regresa al colegio.

Validación del componente de aceptación con niñas y niños diagnosticados con leucemia

En cuanto a la validación del componente de Aceptación, se pudo establecer que a los niños y a las niñas lo que no les gustó de la historia fue “Blast y los Leucemia”. La razón que dieron es que ellos son malos, los hacen sentir mal, no dejan trabajar a los glóbulos blancos, los rojos y las plaquetas; de manera general, mencionaron que la leucemia es una enfermedad mala y que ataca a sus soldaditos. A una de las niñas no le gustó la imagen de Lili cuando había perdido el cabello. La mayoría de los niños y las niñas consideraron que la herramienta no tiene imágenes molestas, solo un menor mencionó que no le gustaba la imagen de Blast convenciendo a las células de no hacer nada. Para finalizar este componente, todos estuvieron de acuerdo en que se usara esta historia en clases de biología porque

la consideraban agradable, creen que todos los niños y niñas deben conocer a Blast, que deben saber sobre esta enfermedad, y algunos opinaron que sería bueno que otros niños y niñas supieran, al leer esta historia, qué se siente tener esta enfermedad.



El doctor Luis me dijo que era una niña muy afortunada y valiente, mi gran sonrisa ha hecho sentir mal a Blast el Flojo y a “Los Leucemia” y, poco a poco, han desaparecido.

Validación del componente de inducción a la acción con niñas y niños diagnosticados con leucemia

La validación del componente de inducción a la acción mostró que la herramienta genera cambios de comportamiento asociados a la posibilidad de mostrar a los niños y a las niñas que pueden ser felices, que pueden mejorar su estado de ánimo y colaborar con la quimioterapia; frente a este último, mencionaron que era importante aceptar el tratamiento, dejarse “canalizar” y resaltaban que Lili era muy valiente porque se dejaba poner “puyas” (inyecciones). Los niños y las niñas opinaron que la historia les enseña a seguir adelante y no rendirse, a colaborar con la quimioterapia, apreciándose una relación bidireccional con la variable cambio de comportamiento hacia el tratamiento de quimioterapia. Para finalizar, la enseñanza práctica de la historia, de acuerdo con los testimonios de los niños y niñas, se dirige al autocuidado y a mantener un estado de ánimo positivo.

Sostenibilidad

La presente validación permitirá desarrollar una herramienta confiable para apoyar a profesionales de la salud en el proceso de comunicación o revelación del diagnóstico de leucemia, lo cual justifica que la intervención con riesgo mínimo representará para el menor una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual situación médica, psicológica, social y educativa. Se estima que tendrá alta probabilidad de obtener resultados positivos y conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor, siendo estos de gran importancia para comprender la enfermedad de leucemia y favorecer el impacto de esta noticia en los menores. La herramienta se encuentra diseñada para poder aplicarse en diferentes contextos, tanto clínicos como no clínicos. Esto se debe a su versatilidad en cuanto a



contenido, manejando un lenguaje sencillo y claro, además de apoyos visuales fáciles de comprender e interpretar. Es una herramienta que se puede adaptar e implementar en diferentes países, ya que sus ilustraciones son neutras y no se encuentran relacionadas con alguna ideología de género o religión. Actualmente, se encuentra en proceso de realizar una adaptación al idioma inglés, con el propósito de lograr un impacto a nivel internacional. Los instrumentos son de libre acceso, contactándonos a los investigadores principales si algún grupo de investigación se encuentra interesado en validarla en su contexto con el fin de contribuir a la generalización de los resultados.

Conclusiones

En niños y niñas con leucemia es muy importante la revelación del diagnóstico para favorecer una correcta adherencia al tratamiento. Observamos que aquellos pacientes oncopediátricos que no tienen conocimiento sobre su situación de enfermedad, pueden llegar a presentar síntomas ansiosos y/o depresivos relacionados con las atribuciones causales que caracterizan a los infantes.

Para los pacientes oncopediátricos, la explicación de la enfermedad tiene que ir acorde con la etapa del desarrollo en la que se encuentren. Para los psicólogos es muy importante contar con herramientas ilustradas, con una narrativa y lenguaje simple para el trabajo lúdico con niños y niñas que han recibido un diagnóstico de leucemia. También los psicólogos deben recibir capacitación para manejar la problemática de ocultamiento del diagnóstico que realizan en ocasiones los padres de los pacientes afectados con esta condición. Muchos padres se muestran reacios a decirles la verdad a los pacientes sobre su condición de salud, por temor a causarles daño psicológico o estrés emocional, temor a perder la adherencia al tratamiento, lo cual puede llevar al niño al desajuste psicológico, a establecer relaciones causales erróneas en donde crea que su enfermedad es producto de un castigo, o por haber hecho algo mal. Si el paciente llega a conocer su diagnóstico a través de terceras personas que lo comuniquen o revelen de manera inadecuada, es posible que se afecte su ajuste psicológico, entendiéndose por esto que pueden llegar a presentarse problemas de comportamiento interiorizado (depresión, ansiedad y problemas psicosomáticos), exteriorizado (comportamiento de ruptura de normas y agresión) y, también se puede llegar a perder la adherencia al tratamiento. En el caso particular de esta enfermedad es muy importante realizar acompañamiento psicológico a los niños y niñas, para el proceso de revelación, debido

a que pueden hacer muchas preguntas relativas a la causa de sus largas estancias hospitalarias, el aislamiento del entorno educativo, familiar y social y, sobre todo, debido a los efectos adversos que genera el tratamiento de quimioterapia.

El acceso a los niños y niñas con diagnóstico de leucemia es muy difícil. Algunas clínicas y hospitales tienen muchas restricciones que impiden el acceso de un equipo de investigación a los pacientes. En ocasiones, para garantizar el acceso del equipo investigador a los sujetos de estudio, exigen retribuciones económicas o en especie que son muy difíciles de cumplir. Esto conlleva grandes limitaciones para acceder a una muestra amplia para el estudio. Para un estudio como este, son pocos los jueces expertos que pueden participar en la validación, cumpliendo con todos los requisitos de este tipo de paneles. Adicionalmente, los médicos expertos en pacientes oncopediátricos en la ciudad de Barranquilla son muy pocos, por lo que el acceso fue restringido para solicitar su participación en este proceso de validación de la herramienta.

Los costos de este tipo de herramientas son un elemento importante a considerar debido a que, si no se cuenta con recursos económicos para las ilustraciones y diagramación de este tipo de herramientas, puede ser muy difícil que en las editoriales acepten con fines de publicación, debido a que son exclusivas para un tipo de diagnóstico.

En relación con los procesos implementados, cabe destacar que la herramienta se encuentra actualmente disponible para su lectura de manera digital en la plataforma de Editorial Uninorte, así como ejemplares en físico en la librería de KM5 en la Universidad del Norte de la ciudad de Barranquilla y la Librería Nacional. Esta herramienta cuenta con indicaciones pertinentes para que su uso pueda ser implementado tanto por profesionales de la salud, como por padres de familia y/o cuidadores.

Lo anterior se ha hecho con el fin de facilitar y favorecer el proceso de revelación del diagnóstico de leucemia, brindando una mayor accesibilidad a la herramienta. En relación con los procesos que no deberían repetirse, resulta pertinente ser cauteloso en la fase de validación de las herramientas, ya que se puede prestar para la apropiación de la idea por parte de terceros. En este estudio, recibimos solicitudes sospechosas de parte de algunos profesionales de la salud que presuntamente querían apropiarse de la autoría de la herramienta.

REFERENCIAS

- Cuenta de Alto Costo. (1 de agosto de 2022). La atención de las leucemias pediátricas en Colombia debe ser una prioridad. <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/la-atencion-de-las-leucemias-pediatricas-en-colombia-deben-ser-una-prioridad/>
- Escobar- Pérez, J., y Cuervo- Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6(1), 27-36. http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). McGraw-Hill.
- Skjong, Rolf & Wentworth, B.H. (2001). Expert judgment and risk perception. *Proceedings of the International Offshore and Polar Engineering Conference*, 4, 537-544.
- Sociedad Americana Contra el Cáncer. (1 de agosto de 2022). Leucemia. <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia.html>
- Unicef. (2003). *Guía metodológica y video de validación de materiales IEC*. Ebrasa.

MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA EXPERIENCIA HUMANA



**Carolina
Ángel Henao** ⁵



**Tatiana
Correa Becerra** ⁶

⁵ Psicóloga, especialista en Psicooncología y máster en Cuidados Paliativos. Gestora de Cuidados Paliativos en la IPS Eje Paliativos S.A.S. Correo electrónico: gerente.ejepaliativos@gmail.com.

⁶ Psicóloga y máster en Psicología Clínica. Asesora y consultora externa en la IPS Eje Paliativos S.A.S. Correo electrónico: tatiana.correabecerra@gmail.com



Modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana

Esta iniciativa surgió a partir del trabajo conjunto de un equipo de profesionales de la salud que, motivados por las inquietudes y deseos de mejorar la atención brindada a los pacientes que presentaban grandes sufrimientos por enfermedades en estadios avanzados, decidieron unir esfuerzos y plantear un programa que se caracterizara por la atención humanizada y compasiva y se centrara verdaderamente en las necesidades de los pacientes y sus familias.

De este modo, la propuesta se formuló a través de la conformación de la razón social IPS Eje Paliativos (Eje Paliativos, una experiencia humana, 2017), la cual tiene como misión brindar atención en cuidados paliativos a pacientes con patologías crónicas, degenerativas, avanzadas e irreversibles, en el manejo del dolor, los síntomas y el sufrimiento generado por la enfermedad, bajo la implementación del modelo de calidad New Palex (2013), enfocando la intervención no solo en el paciente sino también en los cuidadores, como parte fundamental para que logren tener mejor calidad de vida y mayor bienestar durante el proceso de su tratamiento, enfermedad y final de vida.

Es así como el modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana, por medio de una asistencia interdisciplinaria, humanizada y compasiva, presta especial atención al abordaje de los aspectos psicosociales de los pacientes y sus familias; implementando un modelo que combina intervenciones desde la psicología, el trabajo social, la consejería espiritual (hecha a través de búsqueda y acompañamiento de redes de apoyo espiritual y religioso, según las necesidades y solicitud de los pacientes) y el voluntariado, para impactar positivamente en los procesos de enfermedad, final de vida y duelo, tanto de los pacientes como de su núcleo familiar.

Población o poblaciones participantes

La población beneficiada dentro del programa de cuidados paliativos y su modelo de intervención psicosocial fueron pacientes con enfermedades crónicas, avanzadas, degenerativas y/o progresivas, oncológicas y no oncológicas, de todos los rangos de edades que habitan en los departamentos de Risaralda y Quindío, adscritos a diferentes EPS y/o medicinas prepagadas, pertenecientes tanto a régimen contributivo como subsidiado y sus familias o cuidadores que cumplan criterios para ingresar a un programa de cuidados paliativos.

El modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana se caracteriza por brindar atención en áreas de difícil acceso y tratar a los pacientes en estado de vulnerabilidad con especial atención; de este modo, la IPS patrocina o apadrina a algunos pacientes que por barreras de acceso al sistema de salud y sus condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, no pueden beneficiarse de un programa de cuidados paliativos de calidad.



Situación espacio-temporal

El desarrollo del modelo de intervención psicosocial ha ido evolucionando a través de dos perspectivas, una temporal y otra metodológica.

Fase inicial de la propuesta

En el año 2017 se dio inicio a la fase teórica, donde el objetivo principal fue la creación y el desarrollo teórico de los protocolos iniciales de atención psicosocial, desde los enfoques cognitivo conductual y sistémico, así como el desarrollo de la historia clínica psicosocial y del manual de implementación del modelo de calidad en cuidados paliativos New Palex.

Fase inicial de atención

Entre los años 2018 y 2019, se realizaron las primeras atenciones a pacientes, las alianzas estratégicas con diferentes EPS, las primeras adaptaciones metodológicas del modelo de intervención psicosocial planteado inicialmente y las diferentes herramientas de intervención que se iban a utilizar. Esto respondiendo a los múltiples procesos de auditorías y controles internos y externos para el mejoramiento continuo. Se dio inicio, igualmente, al proyecto de participación comunitaria “Eje de Corazón” (Eje Paliativos, una experiencia humana, 2019), donde comenzó a involucrarse la comunidad por medio de la conformación del voluntariado, las acciones educativas de promoción y fomento de la compasión y los cuidados paliativos hacia la comunidad en general.

Dentro del marco comunitario, cobra vital importancia involucrar la acción de la comunidad mediante campañas educativas orientadas a fomentar el cuidado compasivo, la importancia de la empatía hacia el otro y la mirada de la

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

enfermedad como una oportunidad para cuidar y atender al ser humano enfermo y que sufre (Librada et al., 2020).

Fase de funcionamiento

Entre los años 2019 y 2020 se continuó con la atención de pacientes, consolidando el programa de cuidados paliativos en Risaralda y se dio inicio a la atención en el departamento del Quindío, se aumentó la capacidad instalada asistencial, se continuó con el proyecto “Eje de Corazón”, el grupo de voluntariado, y se realizaron evaluaciones y auditorías para el mejoramiento de los protocolos y guías de atención psicosocial.

Fase de consolidación

Entre los años 2020 y 2022, se consolidaron los programas de cuidados paliativos y sus modelos de intervención psicosocial en Risaralda y Quindío y, se inició el proyecto para brindar atención a los pacientes del Norte del Valle del Cauca. Así mismo, se recibió la certificación del modelo de alta calidad New Palex, y se logró ser referente en cuidados paliativos e intervención psicosocial en diferentes gremios científicos a nivel regional y nacional; además, se amplió la capacidad instalada del equipo de intervención psicosocial y se revisaron y actualizaron los modelos, protocolos y guías de intervención psicosocial.

En este periodo también se dio inicio al protocolo Red Cuida, con el objetivo de involucrar a las familias, cuidadores y grupos sociales cercanos a los pacientes en el cuidado compasivo y fomento de los cuidados paliativos. El desarrollo del protocolo Red Cuida se realizó a partir de la identificación de pacientes que carecían de redes de apoyo y cuidados, cuyas necesidades básicas

de apoyo y soporte, no podían ser adecuadamente satisfechas, aumentando su dolor y sufrimiento en medio de la enfermedad.

La comunidad, por medio de acciones simples y sencillas de cuidado, compañía y atención, puede impactar positivamente en la calidad de vida del enfermo y puede ayudar a reducir su dolor y sufrimiento. Así pues, este protocolo de la Red Cuida tenía los siguientes objetivos:

1. Crear e identificar las diferentes redes de apoyo familiares, sociales y comunitarias que puedan tener los pacientes, volviendo la mirada hacia la persona gravemente enferma.
2. Identificar a quienes no cuentan con suficientes redes de apoyo.
3. Generar en las comunidades, por medio de la psicoeducación y la sensibilización, estrategias de empoderamiento y empatía, que les permita desarrollar mayor sensibilidad hacia la historia y el legado de ese ser humano que puede ser su familiar, su amigo o su vecino, dándole la importancia y el valor que merece y honrando el legado de la vida que despierta.



El modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana se ha desarrollado en los siguientes territorios:

- Pereira y área metropolitana.
- Municipios de Risaralda: La Virginia, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal, Belén de Umbría y Marsella.
- Armenia.
- Municipios del Quindío: Salento, Montenegro, Circasia, Filandia, La Tebaida y Calarcá.
- Actualmente, se encuentra en proceso el inicio de la atención a pacientes en Cartago y Norte del Valle.

Antecedentes

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHP, por sus iniciales en inglés), (2019), los cuidados paliativos se definen como:

“ el cuidado holístico de personas con sufrimiento grave relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave, especialmente aquellos que se acercan al final de la vida. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, familias y cuidadores. (p. 1)”

primer Hospice en Los cuidados paliativos tuvieron su inicio en los años 40 con Cicely Saunders, quien conformó el donde se prestó atención humanizada a los pacientes que iban a fallecer, brindando cuidados para disminuir su dolor y sufrimiento, mejorando su calidad de vida y calidad de muerte; a partir de ello, han tenido

un importante desarrollo en el mundo (Del Río y Palma, 2007). Sin embargo, en las últimas décadas se ha prestado mayor atención a los cuidados paliativos, debido al incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, al aumento en la longevidad de la población y las consecuencias que esto trae a nivel social (Del Río y Palma, 2007)

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo o mediano, y a nivel mundial tan solo un 14% de las personas que necesitan atención paliativa la reciben (OMS, 2020). Según el Atlas de Cuidados Paliativos en América Latina, las enfermedades crónicas actualmente tienen una prevalencia estimada en el 60% de la población mundial (Pastrana et al., 2021).

En Colombia, su desarrollo inició principalmente desde el año 2010 con la sentencia de la ley Sandra Ceballos (Ley 1384, 2010), la cual plantea las disposiciones legales para el tratamiento del cáncer en el país. Posteriormente, hacia el año 2014, con la sentencia de la Ley Consuelo Devis Saavedra (Ley 1733, 2014), en la cual se determinan los cuidados paliativos como un derecho en salud y se inició con la puesta en marcha de un sin número de estrategias sociales, académicas y asistenciales que han permitido el desarrollo de este importante campo en Colombia.

Las enfermedades crónicas, avanzadas, degenerativas, progresivas e irreversibles, implican un gran sufrimiento para quienes las padecen y sus familias, representando un gran costo en la salud y bienestar físico del paciente por la manifestación de síntomas desgastantes e incapacitantes sostenidos y progresivos en el tiempo, así como un gran sufrimiento expresado en una carga emocional, familiar y social. Una

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

de las manifestaciones generadas en el paciente es el dolor, que es considerado como uno de los aspectos que más deteriora y afecta la calidad de vida de quien lo padece y su familia. Según el término “dolor total” definido por Cicely Saunders, el dolor no solamente tiene un correlato físico sino también comprende las dimensiones emocionales y espirituales del ser humano, donde el dolor físico aborda el daño tisular, síndromes dolorosos y compresión nerviosa; el dolor emocional que se manifiesta como depresión, angustia, miedo y ansiedad y, el dolor espiritual, que abarca el sentido de la vida y de la trascendencia (López y Rivera, 2018).

necesidades relacionadas con el manejo de su dolor y síntomas de la enfermedad, necesidades socioeconómicas y familiares (roles, apoyo), necesidades espirituales, de comunicación asertiva y de recibir malas noticias desde la verdad soportable, necesidades de toma de decisiones y voluntades anticipadas, reconocimiento de derechos, necesidades de adherirse a sus tratamientos, afrontamiento de la enfermedad y su proceso de la muerte, necesidades de acceso a programas y profesionales de apoyo bien capacitados en cuidados paliativos y de mantener el control de su vida (Malca, 2005).



Ante la aparición de las enfermedades anteriormente descritas, el paciente se enfrenta a diferentes temores generados por el impacto del diagnóstico como el temor a la muerte, el temor generado por la incertidumbre del tratamiento, el miedo a la pérdida de la rutina y la dinámica familiar, el miedo a las secuelas físicas, a la pérdida del control, a la pérdida de independencia y la autonomía y el miedo a la progresión de la enfermedad (Robert, Álvarez, Valdivieso, 2013). De igual manera, debe asumir diferentes

Teniendo en cuenta estos antecedentes, surgió el modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana, de la IPS Eje Paliativos, el cual desde el año 2017 viene desarrollando acciones terapéuticas y comunitarias multidisciplinarias desde la psicología, el trabajo social, la consejería espiritual y las acciones de voluntariado orientadas a mejorar la calidad de vida y la calidad de muerte de los pacientes y sus familias en los departamentos de Risaralda y Quindío.

El modelo de intervención surgió de la experiencia particular de una de las psicólogas (líder del equipo psicosocial, gerente y socia accionaria de la entidad que desarrolla el modelo), durante su desarrollo profesional previo con pacientes oncológicos a nivel domiciliario, ambulatorio y hospitalario en la región. A partir de las experiencias adquiridas y en la búsqueda de mejorar las formas de intervención en cuidados paliativos, se fue madurando y desarrollando el modelo actual. Durante un periodo de diez años de trabajo con pacientes oncológicos, se gestó el desarrollo del modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana, de la IPS Eje Paliativos, el cual ha llevado un proceso de evolución de cinco años, hasta lo que es hoy en día.

Propósitos

El modelo descrito tuvo varios propósitos. En primer lugar, brindar atención psicosocial especializada en cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, avanzadas e irreversibles y a sus familias, cuyas enfermedades generan sufrimiento y malestar en las diferentes dimensiones de su vida. En segundo lugar, mejorar sus estrategias de afrontamiento, su calidad de vida, calidad de muerte y bienestar por medio de una asistencia interdisciplinaria humanizada y compasiva; finalmente, implementar un modelo de atención que combinara intervenciones desde la psicología, el trabajo social, la consejería espiritual y el voluntariado.

Recursos

El modelo de intervención psicosocial se desarrolla en una IPS privada a nivel domiciliario y ambulatorio. A nivel domiciliario, el equipo se desplazaba hasta las viviendas de los pacientes y, a nivel ambulatorio, se contó con una sede principal habilitada para atención médica y psicológica, donde se realizó atención tanto al paciente como a su cuidador. En cuanto a los recursos humanos, el modelo contó con la participación de cinco psicólogos y cinco trabajadores sociales, que hacían parte del personal asistencial de la IPS Eje Paliativos, y un grupo de voluntarios.



Sostenibilidad y replicabilidad

Respecto a la capacidad de recursos económicos o financieros para el desarrollo del modelo y su sostenibilidad, esta se garantiza desde el amparo de la Ley Consuelo Devis Saavedra, en la cual se consideran los cuidados paliativos como un derecho en salud y se dispone como de obligatorio cumplimiento para el sistema de salud en Colombia. El modelo, al estar inmerso dentro de un programa de cuidados paliativos de una IPS privada, cuenta con convenios de prestación de servicios de salud con diferentes EPS y medicinas prepagadas, en los departamentos de Risaralda y Quindío, las cuales garantizan el acceso a los servicios de cuidados paliativos a sus pacientes por medio de sus convenios con Eje Paliativos.

Con respecto a la replicabilidad, el modelo inició en Risaralda y posteriormente se replicó en el Quindío. Actualmente, se encuentra en proceso para replicarse en el Norte del Valle, buscando mejorar el acceso y las garantías de atención a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos. Se están llevando acciones e intervenciones de orden psicosocial que les permitan mejorar su calidad de vida, sus estrategias de afrontamiento y adaptación, así como contar con mayor bienestar en el curso de su enfermedad y final de vida.

Metodología

Dentro del modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana se desarrollan estrategias de intervención en el paciente y su familia desde los siguientes ejes conceptuales y metodológicos:

1. Eje de conocimiento y atención inicial.

Este eje está relacionado con la fase inicial de la atención, en el cual se empieza con la reco-

lección inicial de la información y conocimiento del paciente, su familia y su círculo de apoyo social y comunitario. Durante la atención psicológica se recolecta la información pertinente del consultante, su conocimiento sobre su diagnóstico y su pronóstico de la enfermedad. Se realiza una evaluación del estado mental, cognitivo y comportamental del paciente y su entorno, se aborda la parte inicial de la historia clínica y se plantea el proceso terapéutico más conveniente para el paciente.

Durante la atención por parte de trabajo social, se recoge la información pertinente del núcleo familiar del paciente, sus redes de apoyo familiar, social y comunitario, se identifican diferentes necesidades y vulnerabilidades del consultante, la familia y los cuidadores; todo esto con el fin de desplegar las acciones necesarias para el abordaje de las necesidades identificadas. De igual manera, se indaga sobre los aspectos espirituales del paciente y su familia o cuidadores, con el fin de establecer la ruta de apoyo espiritual cuando sea necesario. El apoyo espiritual es un acompañamiento al paciente y la familia realizado por diferentes actores que pueden ir desde sacerdotes, pastores o representantes de cada comunidad religiosa, según el credo de los pacientes; de igual manera, Eje Paliativos cuenta con voluntarios con formación en espiritualidad en cuidados paliativos, que a su vez brindan este tipo de acompañamiento.

2. Eje de adaptación al diagnóstico y a la enfermedad.

Este eje se desarrolla por medio de la puesta en marcha de estrategias enfocadas en la psicología cognitivo-conductual y el abordaje sistémico desde trabajo social, partiendo de la identificación de problemáticas y necesidades del eje inicial.

En la intervención por psicología, se pone en marcha el plan terapéutico establecido por medio de estrategias, herramientas y técnicas, desde la psicoprofilaxis y la psicoeducación en adherencia al tratamiento, desarrollo de procesos de comprensión sobre la enfermedad, tratamiento y curso de estos, la promoción de la salud en los familiares y cuidadores de los pacientes y la prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad; soporte, acompañamiento e intervención psicosocial mediante la evaluación, tratamiento y acciones terapéuticas enfocadas a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, el mejoramiento de sus estrategias de afrontamiento, aceptación de la enfermedad y el proceso de morir; intervención en alteraciones psicológicas, conductuales y emocionales derivadas del proceso de la enfermedad; intervención psicosocial en dolor total, técnicas conductuales para el manejo del dolor y otros síntomas, modulación emocional; intervenciones enfocadas hacia la verdad soportable y la conspiración del silencio.

Desde trabajo social se ponen en marcha las estrategias de intervención familiar, social y comunitaria planteadas en el eje inicial, con el fin de dar respuesta a las necesidades y aspectos relacionados con la dinámica familiar, roles familiares, el síndrome de Burnout o sobrecarga del cuidador, claudicación familiar, la activación de las redes sociales de apoyo desde la implementación del protocolo Red Cuida y la resolución de diferentes vulnerabilidades detectadas en el paciente y la familia, brindando apoyo desde los recursos aportados por el voluntariado.

Ante la identificación de necesidades espirituales, se ponen en marcha las estrategias de búsqueda de acompañamiento espiritual al paciente y a su familia.

3. Eje de acompañamiento en duelo y final de vida.

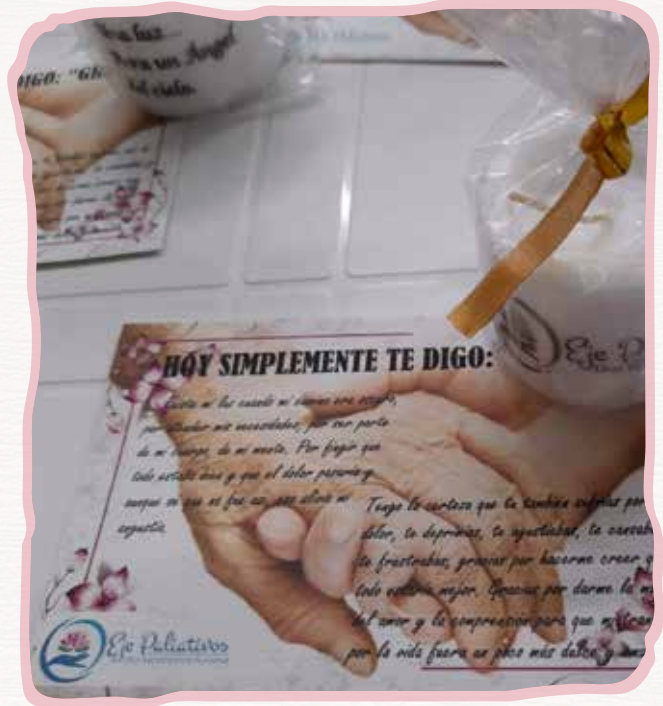
En este eje se disponen las estrategias de acompañamiento al paciente y a su familia en su final de vida, desde la activación institucional del código lila. Esta es una clasificación interna del programa de cuidados paliativos para identificar un deterioro clínico marcado en el paciente, cuando este presenta una probabilidad de muerte en los próximos dos meses. La intención es activar la máxima humanización en el cuidado e iniciar atención oportuna en duelo anticipado por medio de la implementación del protocolo de atención en duelo, mediante el cual se despliegan todas las acciones interdisciplinarias para brindar la atención necesaria que derive en una muerte digna y compasiva del paciente. Se desarrollan intervenciones encaminadas al afrontamiento del duelo y al final de vida, para



Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

lo cual se ha desarrollado un modelo específico de intervención, cuyo objetivo es el acompañamiento y preparación del paciente y su familia. Desde la intervención en psicología se realiza abordaje de los asuntos pendientes, el duelo anticipado del paciente y su familia y el duelo durante el proceso de muerte; además, posterior a la muerte del paciente, para favorecer esa adaptación familiar de vuelta a la vida normal. Se realiza psicoeducación familiar sobre el cuidado de la calidad de vida al paciente próximo a fallecer y su calidad de muerte.

Desde el trabajo social se encaminan acciones enfocadas en el acompañamiento de las voluntades anticipadas del paciente y el abordaje de la espiritualidad al final de la vida.



4. Eje de acción comunitaria. Se trabaja desde el marco del proyecto “Eje de Corazón”, aborda aspectos de la acción comunitaria en cuidados paliativos y la compasión, el voluntariado, la psicoeducación a personal de la salud, la educación a familias y cuidadores en aspectos relacionados con la enfermedad y el buen trato, el fomento de los cuidados paliativos en la sociedad, la investigación y el desarrollo del protocolo Red Cuida.

Resultados y conclusiones

Durante todo el proceso del modelo Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana se han logrado grandes avances y desafíos y, lo más importante, grandes recompensas y satisfacciones. Hoy, es posible decir que se ha producido un aumento significativo en el acceso a los cuidados paliativos y a la atención psicosocial en cuidados paliativos en Risaralda y Quindío.

Durante el curso de estos años se logró la apertura de una nueva línea de interés teórica, investigativa, práctica y laboral para los psicólogos de la región, la cual es considerada novedosa, innovadora y en desarrollo a nivel mundial. Igualmente, se ha logrado brindar atención humanizada, compasiva y de calidad



para los pacientes y cuidadores en cuidados paliativos, abanderados con la premisa de que lo más importante en el actuar asistencial es el trato humanizado, y que desde allí pueden desplegarse grandes beneficios para la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades con grandes demandas de sufrimiento.

Se ha impactado positivamente en la comunidad, mejorando la calidad de vida de los pacientes con necesidades de cuidados paliativos y sus familias. Se ha logrado el fomento y desarrollo de los cuidados paliativos y el cuidado compasivo a nivel social y comunitario, realizando una colaboración permanente en el desarrollo de los cuidados paliativos a nivel nacional con sociedades científicas, como la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (Asocupac), la colaboración para el desarrollo de las competencias profesionales de los psicólogos interesados en el área de los cuidados paliativos, con sociedades científicas como el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic), mediante estrategias como conversatorios en Facebook Live y el curso básico de cuidados paliativos para psicólogos. Así mismo, cooperación con instituciones de educación superior facilitando espacios académicos para los estudiantes y fomentando el rol del psicólogo en los cuidados paliativos.

Entre los logros alcanzados durante la ejecución de la iniciativa, se encuentran:

1. Desarrollo de un modelo de atención psicosocial, exclusivo para pacientes en cuidados paliativos, que abarca todas las fases de la enfermedad, desde el momento del ingreso al programa hasta el acompañamiento en duelo y final de vida. Este modelo interviene no solo al paciente, sino a su familia y red de cuidadores, abarcando aspectos físicos, emocionales, psicológicos, familiares, sociales y espirituales.
2. Aumento progresivo en la cantidad de pa-

cientes intervenidos a lo largo del tiempo de ejecución, iniciando en el año 2018 con un paciente. Desde enero hasta julio del año 2022, se han atendido alrededor de trecientos pacientes y sus familias, teniendo un acumulado total de atención a más de mil pacientes entre Risaralda y Quindío.

3. Dentro de un programa de atención a pacientes se ha logrado incluir como parte fundamental de dicha atención, al cuidador y a la familia del paciente, impactando no solo en la calidad de vida de quien padece directamente la enfermedad sino también en quienes cuidan y dejan de lado sus vidas para dedicarse a atender a quien más lo necesita en su fase final de la vida. Son los cuidadores y las familias, muchas veces, los grandes olvidados del sistema de salud y es sumamente importante dirigir la mirada terapéutica hacia ellos, ya que cumplen con una misión invaluable: cuidar de quien se va.

4. Desarrollo y ejecución de un modelo que abarca no solo la atención a pacientes y familiares sino la implicación comunitaria, buscando el fomento y el desarrollo de los cuidados paliativos y el trato compasivo.

5. Reconocimientos otorgados por la Alcaldía de Pereira, por la implementación de la política de humanización en salud de la IPS Eje Paliativos, abanderada principalmente por el modelo de intervención psicosocial. Estos reconocimientos fueron recibidos en los años 2021 y 2022, siendo la única IPS en recibirlos durante dos años consecutivos.

6. Se han enfrentado diferentes desafíos, como:

- a. Barreras de acceso. Relacionadas con el desconocimiento de la sociedad sobre los derechos para acceder a servicios de cuida-

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

dos paliativos por falta de educación y exposición a la normatividad legal vigente; además de las barreras propias del sistema de seguridad en salud que dificultan y retrasan el acceso a programas y servicios de cuidados paliativos a los pacientes que lo necesitan.

b. Zonas de difícil acceso. Algunos pacientes se encuentran radicados en zonas rurales alejadas o catalogadas como de alta peligrosidad, lo cual dificulta la atención domiciliaria en cuidados paliativos.

c. Formación y competencia profesional. Los profesionales en el área psicosocial tienen pobre exposición académica en temas relacionados con los cuidados paliativos, lo cual dificulta acceder a personal calificado y experimentado en el área.

A pesar de los desafíos expuestos, se ha logrado implementar estrategias educativas y logísticas al interior del programa, con la comunidad en general, los diferentes actores del sistema de salud y la comunidad académica, buscando fomentar los cuidados paliativos y mejorar el acceso a dicha atención.

7. Los indicadores derivados de las diferentes intervenciones interdisciplinarias dentro del modelo muestran resultados muy satisfactorios con más del 80% de percepción de favorabilidad general de los pacientes hacia las atenciones recibidas del programa. A continuación, la tabla 1 muestra los resultados de los indicadores del número de pacientes atendidos, calidad de vida y satisfacción con la atención, la cual visibiliza las metas alcanzadas desde el año 2018 hasta el año 2021.



Tabla 1.

Indicadores de calidad del modelo de Intervención Psicosocial en Cuidados Paliativos: una Experiencia Humana

Nombre del indicador	Meta original	Meta alcanzada
Número de pacientes atendidos en el programa y modelo psicosocial desde la psicología y trabajo social	Cuantificación a partir del año 2018	Indicadores reportados al modelo de gestión de la calidad internacional New Palex que son los indicadores que se reportan a las EPS y a las cuentas de alto costo en cáncer y al Ministerio de Salud y Protección Social: <ul style="list-style-type: none"> ● Año 2018: 127 ● Años 2019 a 2020: 160 ● Años 2021 a 2022: 940
Calidad de vida	Medición a partir del año 2021 de forma trimestral	Enero/2020: 81% Percepción de calidad de vida Abril/2020: 89% Percepción de calidad de vida Julio/2020: 89% Percepción de calidad de vida Octubre/2020: 90% Percepción de calidad de vida Enero/2021: 85% Percepción de calidad de vida Abril/2021: 80% Percepción de calidad de vida Julio/2021: 84% Percepción de calidad de vida Octubre/2021: 88% Percepción de calidad de vida
Satisfacción con la atención	Medición a partir del año 2021	Enero/2020: 100% Satisfacción con el programa Abril/2020: 93% Satisfacción con el programa Julio/2020: 87.7% Satisfacción con el programa Octubre/2020: 92.67% Satisfacción con el programa Enero/2021: 99.78% Satisfacción con el programa Abril/2021: 99.65% Satisfacción con el programa Julio/2021: 99.8% Satisfacción con el programa Octubre/2021: 99.2% Satisfacción con el programa

Finalmente, es necesario continuar trabajando por el desarrollo de programas de cuidados paliativos en el país, facilitar mayor acceso, tanto a profesionales como a estudiantes de pregrado y posgrado, al conocimiento de los cuidados paliativos, fomentar una mayor participación de los psicólogos y su gremio científico en este tipo de áreas que están en pleno desarrollo a nivel mundial y que necesitan mayor abordaje, así como investigación e interés académico y profesional.

REFERENCIAS

- Del Río, I. y Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. Boletín escuela de medicina UC, Pontificia Universidad Católica de Chile. 32 (1), 16-22.
- Eje Paliativos, una experiencia humana. (2017). Quiénes somos. <https://www.ipsejepaliativos.com/es/quienes-somos-wp612>
- Eje Paliativos, una experiencia humana. (2019). Voluntariado Eje de Corazón. <https://www.ipsejepaliativos.com/es/eje-de-corazon-wp628>
- Ley 1384 de 2010. (2010, abril 19). Congreso de la República. Diario oficial No 47.685 http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1384_2010.html
- Ley 1733 de 2014. (2014, septiembre 8). Congreso de la República. Diario oficial No 49.268 http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html
- Librada S, Nabal M, Forero D, Muñoz I y Guerra-Martín M. D. (2020). Implementation models of Compassionate Communities and Compassionate Cities at the end of life: A systematic review. *International Journal of Environmental Research of Public Health*, 17, 6271. doi: 10.3390/ijerph17176271. PMID: 32872244; PMCID: PMC7504622.
- López, J., y Rivera, S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 339-354. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>
- New Palex. (2013). Metodología de gestión integral para alcanzar la excelencia en programas y recursos de cuidados paliativos. www.newhealthfoundation.org
- Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Revista Persona y Bioética*, 9(2), 64-67.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Cuidados paliativos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] & Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos [IAHPC]. (2019). Consensus Based Palliative Care Definition <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>

Pastrana, T., De Lima, L, Sánchez-Cárdenas, M., Van Steijn, D., Garralda, E., Pons, J. J., Centeno, C. (2021). Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. IAHPC Press.

Robert V., Álvarez C. y Valdivieso F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial, Revista Médica Clínica Las Condes, 24(4), 677-684, [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)

LA DEPRESIÓN COMO UN MONSTRUO BAJO LA CAMA. TRATAMIENTO BREVE DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES HEMATONCOLÓGICOS



**Miguel Ángel
Jiménez Toro** ⁷

⁷ Psicólogo, especialista en Evaluación Clínica y Tratamiento de Trastornos Emocionales y en Salud Pública, magíster en Psicología Clínica. Coordinador del servicio de salud mental de la Clínica Oncológica Colsubsidio 127. Correo electrónico: manjimenezt@gmail.com.

El cáncer, según Guerrero et al. (2016), “es considerado un grave problema de salud pública, debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales para el paciente, así como por los altos costos económicos y de recursos humanos que representa para el Estado” (p. 298). Varias investigaciones han señalado la respuesta de ansiedad, depresión y estrés, durante el diagnóstico, tratamiento y periodo libre de la enfermedad.

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer genera una asociación con la muerte (Velásquez & Zuluaga, 2015) y una serie de afecciones, siendo más relevantes las de tipo emocional por el nivel de malestar e incapacidad que traen a las personas y consigo síntomas latentes de depresión. La depresión es una forma de responder situacional que incluye respuestas cognitivas, afectivas y conductuales sobre el contexto función de la persona, principalmente en conductas de evitación (Barraca & Pérez-Álvarez, 2015). Para Navarrete (2009), se trata de una alteración del estado de ánimo que genera impotencia, ideas pesimistas, sentido de tristeza constante y una alta reducción de actividades

cotidianas. La prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes con cáncer oscila en un 42%, y Park y Rosenstein (2015) estiman que “en todos los pacientes con cáncer, 20% puede tener depresión menor o distimia” (p. 3), señalándose una relación del 43% entre el estilo de afrontamiento con un menor tiempo de supervivencia (Bernal & Muñoz, 2017).

Entre los tratamientos psicológicos con mayor apoyo empírico y eficacia para la depresión, se encuentra la terapia de activación conductual (AC), que se basa en el modelo conductual de la depresión de Ferster en 1973 y la terapia conductual desarrollada por Lewinsohn en 1974. Se fundamenta en el reforzamiento positivo y la Ley de igualación de Hearnstein (Bianchi-Salgueiro & Muñoz-Martínez, 2014) es decir, adopta una postura en la cual la depresión sería resultado de la ausencia del reforzamiento positivo. La AC consiste en un tratamiento breve y estructurado que tiene como objetivo la activación, aumentando las experiencias gratificantes mediante el incremento de acciones valiosas (Dimidjian, Martell & Dunn, 2010).



Madre e hija en proceso de psicoterapia, sensibilizando frente a valores en proceso.

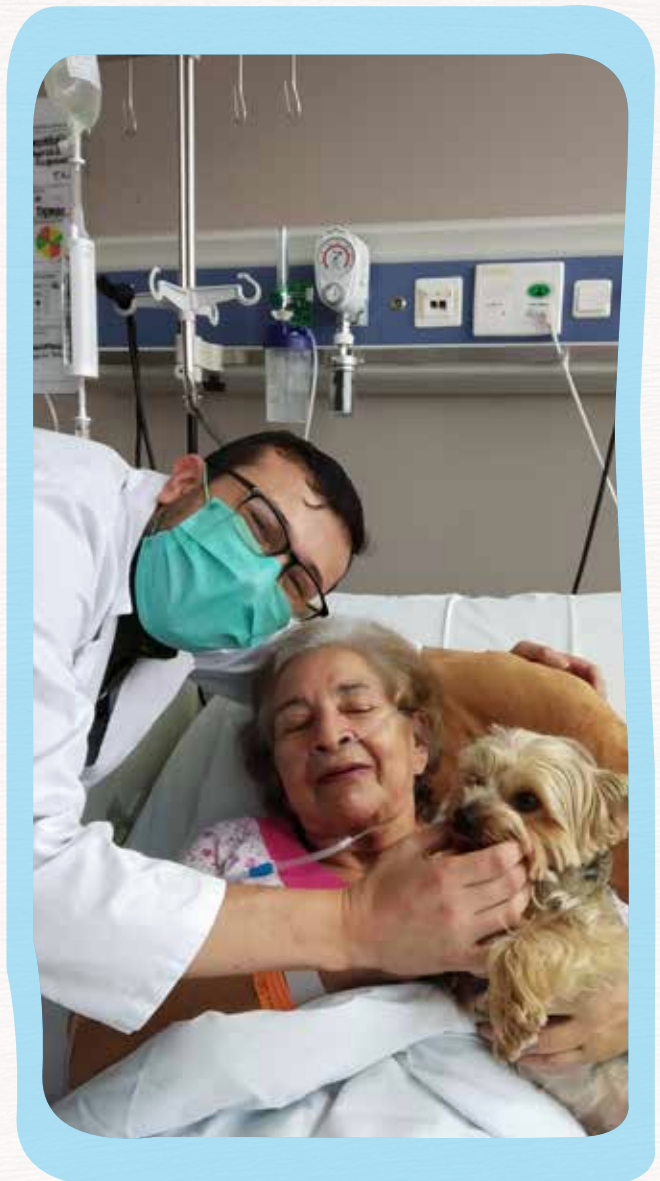
Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

El programa “La depresión como un monstruo bajo la cama”, basado en la intervención de activación conductual y el protocolo BATD de Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto (2010) hace parte del trabajo desarrollado en el marco de salud mental para los pacientes con diagnóstico oncológico. Se hace énfasis en la respuesta de malestar que impacta en las actividades cotidianas, la pérdida de refuerzo positivo, sumada a las largas hospitalizaciones que representan aceleración de síntomas afectivos, impactando en la estancia de la hospitalización en la que se observa inactividad del paciente, conductas poco saludables, rumiación, conductas de escape, y las reacciones propias del tratamiento (quimioterapia). Este programa se convierte en una intervención basada en la evidencia, con efectividad que ofrece una posibilidad de atención para los pacientes con dicha patología.

La utilidad de este tratamiento con pacientes oncológicos y depresivos ha sido probada por Hopko (2008), señalando una alta efectividad. De igual forma, Villoria, Fernández, Fernández y Peláez (2020) realizaron un estudio experimental con el objetivo de valorar la utilidad del tratamiento de AC en 18 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, señalando cambios en la recuperación de las actividades, en particular, domésticas ($p = 0,005$) y ocio ($p = 0,05$) y cambios en las escalas aplicadas. Sin embargo, no se conocen otros estudios que realicen esta intervención en pacientes con leucemia y el apoyo durante el tratamiento con quimioterapia y su hospitalización.

El programa “La depresión como un monstruo bajo la cama” tiene dos objetivos principales: uno enfocado en proporcionar a los pacientes con diagnóstico hematológico, herramientas para restablecer su relación con fuentes de estímulo que supongan para ellos reforzamiento

positivo dentro y fuera del curso de la enfermedad. El segundo objetivo en el marco académico e investigativo es establecer el efecto del tratamiento breve de activación conductual para la depresión (BATD, por sus iniciales en inglés) sobre la frecuencia de conductas depresivas en pacientes con diagnóstico hematológico. Dentro del programa, los objetivos buscan influir en un marco investigativo que prueben intervenciones con evidencia sobre la población, que puedan replicarse y adaptarse y ser modelos para programas institucionales.





Grupo de pacientes en espacio de integración y ejercicio experiencial

Participantes

El programa de intervención “La depresión como un monstruo bajo la cama”, de activación conductual, fue dirigido a ocho pacientes, cuatro mujeres y cuatro hombres, entre 18 y 40 años ($M = 28.3$ $DE = 4.15$), con diagnósticos de leucemia linfocítica aguda (LLA) que se caracteriza por presentar anemia, trombocitopenia, neutropenia, y leucemia mieloide aguda (LMA), comparte similitudes con la LLA, sin embargo, en esta hay mayor riesgo de infiltración en diferentes tejidos, y la invasión del sistema nervioso central (SNC) (Sala, Blanco & Pérez, 2007). Estos participantes tenían diagnóstico y tratamiento reciente en la Clínica Colsubsidio 127. Se seleccionaron de forma no probabilística.

Los pacientes son naturales de la ciudad de Bogotá, residentes en las localidades de Fontibón, Kennedy, Suba y en la ciudad de Tunja. Cinco de ellos con orientación sexual heterosexual y tres con orientación homosexual, dos con diagnóstico adicional de larga data de VIH y manejo retroviral al momento de la intervención con diagnóstico indetectable. Se encontraron síntomas reactivos de depresión, evaluada por entrevista y escala de Zung para depresión (puntuación >40 puntos), sin consumo de medicamentos psiquiátricos o intervenciones psicológicas o psiquiátricas en el último año. Cuatro profesionales y cuatro en proceso de formación universitaria; la mayor frecuencia de las personas registra estrato tres.

Situación espaciotemporal

La clínica en donde se lleva a cabo el programa está ubicada en zona urbana al norte de Bogotá y pertenece a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar, Colsubsidio. Tiene como misión ser aliada en la lucha contra el cáncer. Cuenta con un equipo interdisciplinario y servicio humanizado durante todo el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación. Su visión es ser un referente en la reducción de la incidencia y la mortalidad del cáncer, esto de la mano del Dana-Faber, (hospital de Boston, Estados Unidos) y abrió sus puertas el 14 de septiembre del 2020. El programa “La depresión como un monstruo bajo la cama” inició en enero del año 2021 y finalizó en septiembre del mismo año. La aplicación del programa fue de corte experimental, dado que es una intervención en la cual se manipulan intencionalmente variables para determinar su efecto (Hernández et al., 2014). Tuvo un diseño es tipo A-B con seguimiento, en el cual se evalúan los efectos del tratamiento, conforme al cambio comportamental generado luego de su introducción (Barlow & Hersen, 1984). La experiencia se desarrolló en las siguientes fases:

Fase 1. Identificación y selección de pacientes, febrero y marzo 2021. Tras la remisión del equipo de hematología se informó de manera individual al paciente, se diligenciaron los formatos de registro y evaluación.

Fase 2. Implementación del programa, entre mayo y junio 2021. Se resalta que para el año 2021 aún se mantenía la contingencia de aislamiento por COVID-19, el acompañamiento familiar fue virtual en los primeros cuatro meses del año y fue suministrado por el equipo psicosocial (psicología y trabajo social).

Fase 3. Seguimiento llevado por el psicólogo a cargo.

- 3.1. Entre julio y septiembre fue el primer seguimiento de forma virtual por el aplicativo teams.
- 3.2. Quince días posterior al egreso.
- 3.3. Al mes de forma presencial.
- 3.4. Cuarto seguimiento al mes de forma presencial y según facilidad de desplazamiento del paciente.



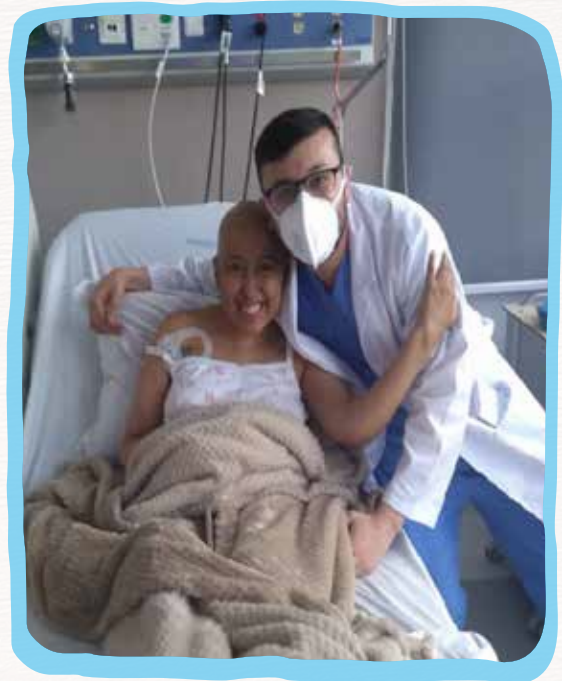


Grupo pacientes, ejercicio de integración y relación a valores desde AC

Recursos

Los recursos han sido propios de la Clínica Colsubsidio 127 (hojas, computador, esferos, tablet) y por parte del profesional involucrado (Protocolo BATD, libros, videojuegos, colores); anualmente la clínica dispone un rubro para el servicio de salud mental, con el objetivo de mantener tanto los elementos empleados en el proyecto como actividades realizadas en prevención y promoción. Los pacientes se encontraban dentro de su plan y programa de salud de la clínica Colsubsidio 127, llevándose a cabo las sesiones en sus habitaciones.

En la actualidad, con la intención de desarrollar una tercera cohorte, el equipo de la experiencia y el equipo de tecnología están en la construcción de una app que facilite el registro del protocolo, oriente en acciones valiosas y ejemplifique las posibles estrategias que pueden implementar los pacientes.



Paciente y terapeuta, acompañamiento en finalización de quimioterapia

Instrumentos

Esta experiencia de atención con el programa de activación conductual “La depresión como un monstruo bajo la cama” es de tipo experimental, es decir, se manipulan variables intencionalmente para determinar el efecto sobre otras. El alcance es de tipo explicativo, con el fin de delimitar de qué modo y por qué causa se produce un acontecimiento en particular (Hernández et al., 2014). Es un diseño de tipo A-B con seguimiento, en el cual se evalúan los efectos del tratamiento, conforme al cambio comportamental generado luego de su introducción (Barlow & Hersen, 1984). Los instrumentos usados para la medición se describen a continuación.

Escala de Zung para depresión (EZ-D). Diseñada por Zung (1965) y adaptada por Campo-Arias (2006) en población colombiana, tiene como objetivo medir el nivel de sintomatología depresiva. Cuenta con un Alpha de Cronbach de .85 con población colombiana, y un 94.7% de sensibilidad para episodios depresivos mayores (Campo, Díaz & Barros, 2005). Se compone de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert de 1 a 4.

Environmental Reward Observation Scale (EROS). Diseñada por Armento y Hopko (2007) y validada para la población colombiana por Valderrama-Díaz et al. (2016), mide el refuerzo medioambiental que reciben las personas. Cuenta con un Alpha de Cronbach de .87. Se compone de 10 ítems, con cinco opciones de respuesta tipo Likert de 0 a 4.

Behavioral Activation for Depression Scale (BADSD). Diseñada por Kanter et al. (2007) y adaptada por Leal (2016). Este instrumento ha evidenciado un Alpha de Cronbach de 0.79, en particular, la escala de activación ($\alpha = .87$), evitación y rumiación ($\alpha = .83$), afectación del trabajo/actividad ($\alpha = .78$) y afectación de la vida social de ($\alpha = .83$). Por su parte, la adapta-

ción de Leal (2016) evidencia un Alpha de Cronbach de .92. El objetivo es evaluar comportamientos que son responsables del cambio, mediante la medición de la activación, evitación/rumiación, afectación del trabajo/actividad y afectación de la vida social del individuo (Kanter et al., 2007). Está compuesta por 25 ítems, con siete opciones de respuesta tipo Likert de 0 a 6, dependiendo del grado de acuerdo del evaluado con cada ítem.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Creada por Zigmond y Snaith (1983) y validada para Colombia en pacientes oncológicos por Rico, Restrepo y Molina (2005), tiene como objetivo detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. Cuenta con Alfa de Cronbach de .85 y confiabilidad por mitades de .8. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión. Está conformada por 14 ítems, consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión y subescala de ansiedad, respuestas de tipo Likert que van de 0 a 3.

Escala índice de Karnofsky (IK). Ha sido elaborada como instrumento evaluador de calidad de vida, en pacientes con cáncer. Se centra en el funcionamiento físico, psicológico y social. (Karnofsky, Abelmann & Craver, 1948). Cuenta con un 43% de fiabilidad entre observadores con el coeficiente Kappa de Cohen (Hutchinson, Boyd & Feinstein, 1979).

Escala EORTC QLQ C-30. Es un instrumento validado por Sánchez Pedraza y Valderamar (2020). Está conformado por 30 ítems que se distribuyen en cinco subescalas funcionales (cinco ítems relacionados con aspecto físico, dos relacionados con rol asumido, dos con el aspecto cognoscitivo, cuatro con el aspecto emocional y dos con el social), en tres subescalas de síntomas (conformadas por tres ítems relacionados con fatiga, dos con náusea/vómito y dos con dolor), una subescala de evaluación global (integra-



Colaboradores clínica Colsubsidio 127 en el marco de lucha contra el cáncer, fomentando la relación paciente y equipo de apoyo.

da por dos ítems) y seis ítems individuales adicionales calificados en formato Likert. Los puntajes del instrumento se transforman linealmente en una escala de 0 a 100. Cuenta con una Alpha de 0.94.

Cuestionario de datos sociodemográficos. Es un cuestionario diseñado con el objetivo de recolectar información sobre los aspectos relevantes de la persona, lo cual incluye datos sociodemográficos y antecedentes personales.

Formatos de registro. Su objetivo es identificar la frecuencia de conductas saludables y depresivas, mediante los formularios del Manual revisado del BATD-R (Maero & Quintero, 2016), dentro de los que se incluyen los formularios de Monitoreo diario, Áreas vitales, Valores y actividades, de Selección y jerarquía de actividades, y los de Acuerdos.

Procedimiento

Fase 1. Se llevó a cabo la selección de los participantes tras la remisión del equipo de hematología y se informó de manera individual, con previo consentimiento de participación, se aplicaron las escalas. Adicionalmente, se diligenciaron los formatos de registro, la EROS y la BADS, como medidas complementarias para corroborar los cambios en la depresión, tanto a nivel individual como contextual, al momento de la hospitalización.

Fase 2. Se implementó el protocolo BATD. Los participantes registraron la frecuencia de las conductas saludables y depresivas y su registro en la valoración subjetiva de estado de ánimo por día, durante la totalidad de las semanas que tardó el proceso terapéutico y la estancia en la hospitalización. La sesión preliminar incluyó la presentación de la terapeuta, dos sesiones de evaluación (A) luego la intervención (B), siguiendo el protocolo a partir de la tercera hasta la décima sesión, en donde se llevaron a cabo las actividades planteadas de acuerdo con los formatos de áreas vitales, valores y jerarquía de actividades, previamente planteados a los pacientes.

Tabla 1.

Estructura de la activación conductual breve

Sesión	Descripción
1	Psicoeducación sobre la depresión e intervención (incluyendo su estructura) y formulario de monitoreo diario
2	Monitoreo diario, revisión de la descripción del tratamiento, áreas vitales, valores y actividades asociadas
3	Monitoreo diario, revisión del inventario de áreas vitales, valores y actividades asociadas, y selección y jerarquía de actividades
4	Monitoreo diario con planificación de actividades
5	Revisión del registro diario y monitoreo diario con planificación de actividades de la siguiente semana
6	Revisión de registro diario, acuerdos y monitoreo diario de la siguiente semana
7	Revisión de registro diario, revisión de concepto y edición del inventario de áreas vitales, valores y actividades y monitoreo para la siguiente semana
8	Revisión de registro diario y revisión de concepto y edición de selección y jerarquía de actividades
9	Revisión de registro diario, revisión y concepto de acuerdos y monitoreo para la siguiente semana y subsiguientes
10	Revisión de registro diario, monitoreo para la siguiente semana y preparación para la finalización de la intervención

Fase 3. Al finalizar el tratamiento se hizo el seguimiento de cada uno de los participantes, mediante la aplicación de los formatos de monitoreo diario, el registro de estado de ánimo diario y los instrumentos EZ-D, EROS y BADS como medida post. Estos fueron diligenciados por el psicólogo a cargo; de julio a septiembre se hizo el primer seguimiento de forma virtual y luego de forma presencial al mes, así mismo por medio de un drive compartido con los pacientes.

Resultados

Los resultados se presentan a partir de las comparaciones entre las fases línea de base, tratamiento y seguimiento del proceso psicoterapéutico de cada uno de los participantes del estudio, según las medidas del estado de ánimo, las conductas depresivas y las saludables. Se complementó con un análisis estadístico de las series de tiempo, con el estadístico Tau-U; del mismo modo, se analizaron los valores NAP (no solapamiento de todos los pares) según Parker y Vannest (2009) y, finalmente, con un análisis gráfico de las variaciones entre las fases del proceso psicoterapéutico.

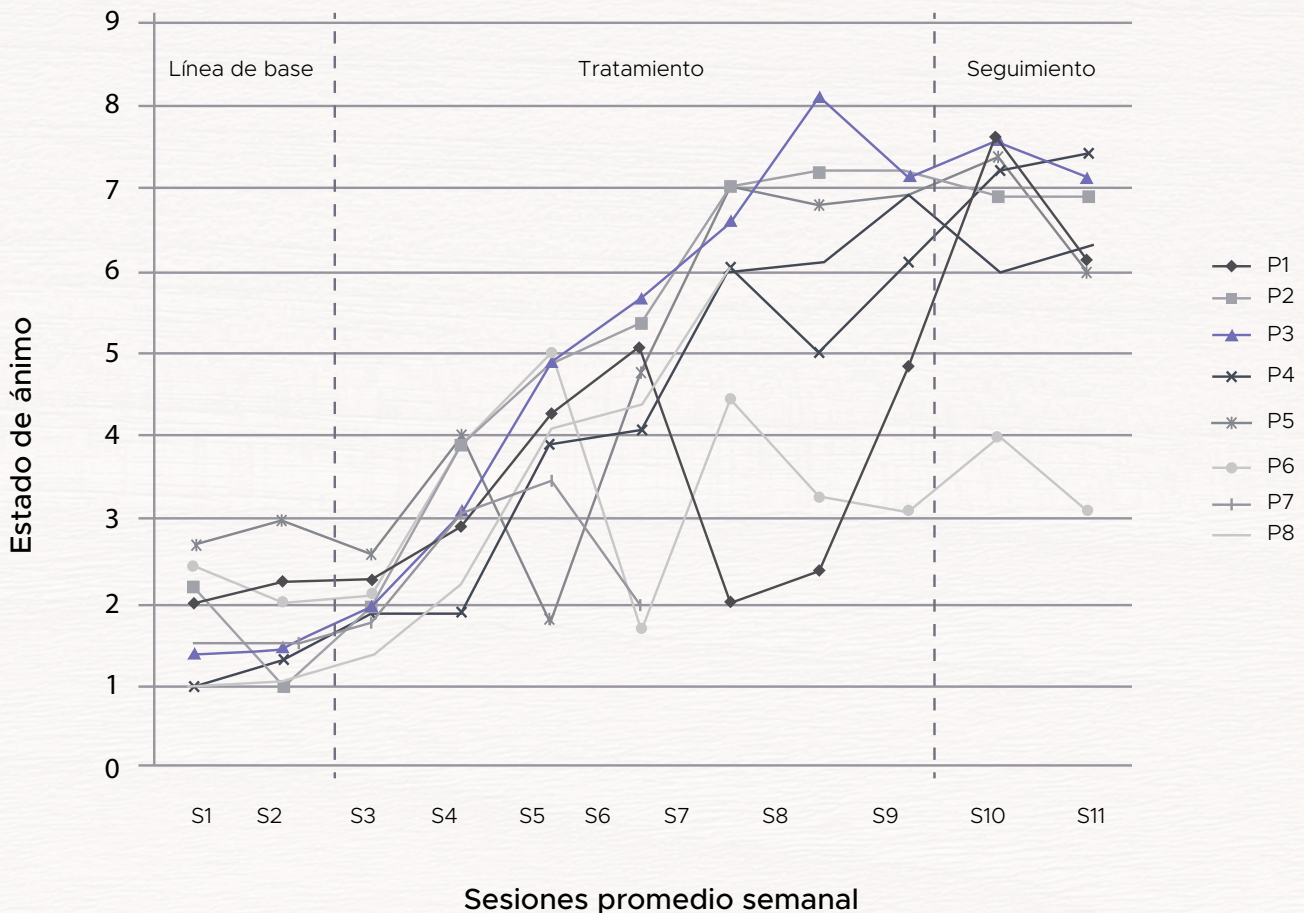


Figura 1. Comparaciones entre líneas de base, tratamientos y seguimientos, de los ocho pacientes en las medidas del estado de ánimo

Para la obtención de los resultados se mantuvieron los registros de forma constante entre las fases pre y post, se genera análisis gráfico de las variaciones entre las fases del proceso psicoterapéutico, se evidencian cambios entre las fases, con incrementos en las etapas de tratamiento en el estado de ánimo y las conductas saludables, así como un decremento en las conductas depresivas. Para la comparación

entre los participantes según las medidas pre y post por cada test aplicado, se empleó la prueba de rangos de Wilcoxon y el cálculo del tamaño del efecto según la fórmula $r = z / \sqrt{N}$ (Pallant, 2007). Al comparar la escala EROS, se obtuvieron variaciones estadísticamente significativas en las medidas pre y post de los participantes, usando un Tau-U ($z = -2.104$, $p = .026$, $r = 0.62$ -efecto grande). Así mismo ocurre con

la escala HAD variaciones estadísticamente significativas obtenidas de la escala HAD ($z = -2.110$, $p = .026$, $r = 0.62$ efecto grande). Con base en lo expuesto anteriormente, se corrobora que la BATD tuvo un efecto positivo en la disminución de la sintomatología depresiva en los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia que hicieron parte del estudio, esto se pudo deber a lo pragmático y parsimonioso del tratamiento (Jacobson et al., 1996), además de que las sesiones fueron favorables, permitiendo aportar evidencia empírica de la intervención.

Sumado a esto, los comentarios de la experiencia de los pacientes, así como del grupo familiar, quienes posterior al proceso y avance en el tratamiento asistieron a la clínica ocasionalmente como voluntarios,

referenciando la experiencia con otros pacientes. Al finalizar parte del proceso, cada uno de los participantes dejó escrito un consejo que le daría a las personas, y una carta al personal de salud que los acompañó durante el proceso, algunos de los consejos se centran en “vivir una vida valiosa”, “el disfrute de lo que es importante para cada uno sin comparaciones”, “el acercamiento a la parte espiritual”, “el apoyo del grupo familiar”. Más allá de poder denotar la efectividad de la intervención está el crecimiento y apoyo a cada paciente, que aun sabiendo que la experiencia del cáncer y el diagnóstico de una leucemia no es fácil de sobrellevar, un acompañamiento oportuno puede sensibilizar una mejor forma de afrontamiento.

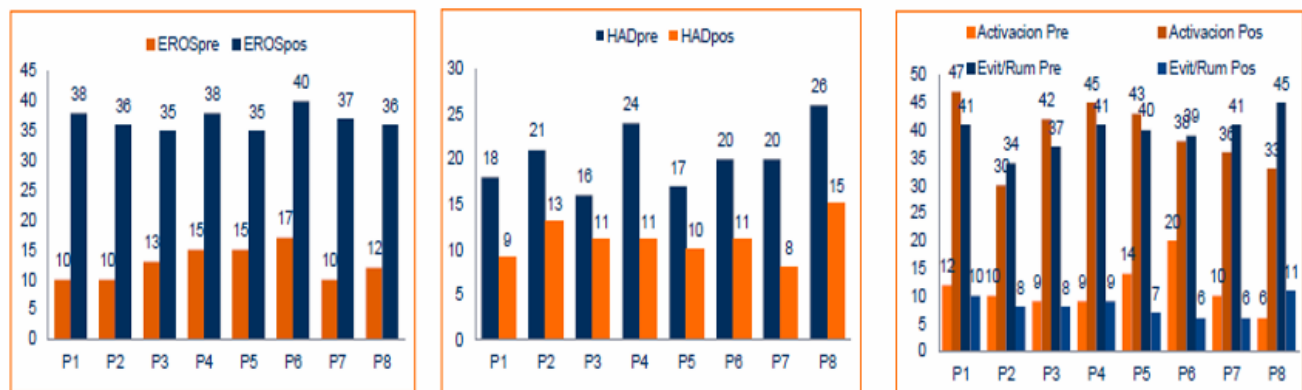


Figura 2. Comparaciones pre y post en las medidas de refuerzo medioambiental según la escala EROSHAD y BADS en los ocho pacientes

Sostenibilidad

Con esta estrategia, inicialmente se aporta evidencia empírica de la intervención de activación conductual y el protocolo implementado BATD, señalando los efectos positivos en los pacientes, la relación directa con estancia dentro de la hospitalización y las sesiones. Las estrategias de sostenibilidad y replicabilidad han estado marcadas principalmente por dicho efecto, durante el año 2022 y se resaltan tres puntos claves:

1. Reconocimiento y sistematización por parte del servicio de hematología como estrategia funcional e interdisciplinar para el acompañamiento del tratamiento en el paciente y los familiares.
2. La continuidad del programa a partir de la implementación en una segunda cohorte más amplia de pacientes hospitalizados del servicio de hematología, con el objetivo de

relacionarse con otros servicios. La vinculación de otro profesional en psicología con conocimientos en esta intervención para la gestión e implementación con pacientes ambulatorios dentro de salas de quimioterapia, aproximando a una variación con el protocolo e implementando de forma grupal y mediado por tecnologías. Para ello, se encuentra en construcción una app con los equipos de tecnología, enfocada en llevar a cabo el registro de monitoreo, organización de acciones valiosas, acciones complementarias según la estancia dentro de la hospitalización o ciclo de la quimioterapia.

3. Establecimiento de alianzas con fundaciones como “luzca bien y siéntase mejor”, en la implementación de estrategias de autocuidado guiadas con productos especializados para la piel.

Es de resaltar que en esta nueva implementación se han realizado ajustes como el manejo de los formatos de registro, actualmente se llevan en drive; así mismo con mayor posibilidad de visita de familiares se han gestionado otras estrategias de refuerzo tangible.

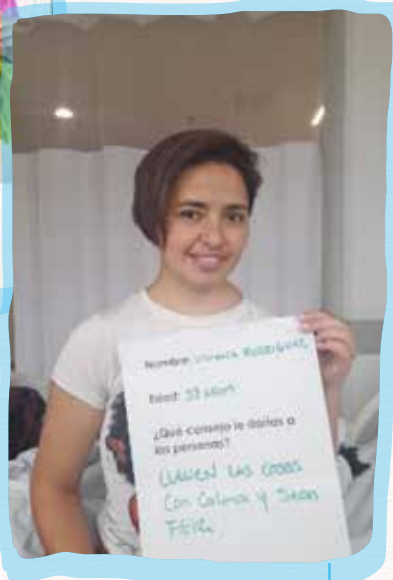
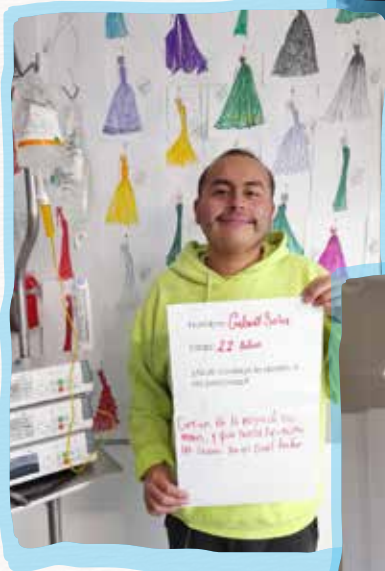
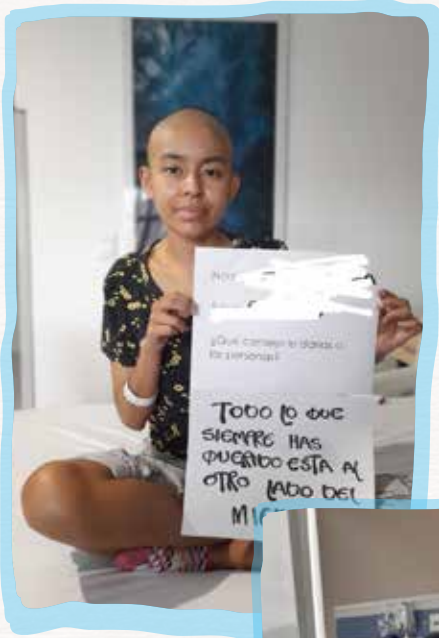
Lecciones aprendidas

Conceptuales. Se evidencia que la aplicación del protocolo resulta ser efectiva en la reducción de síntomas depresivos en los pacientes hematoncológicos, al notar la disminución de la frecuencia de conductas depresivas y el aumento en la frecuencia de conductas saludables, soportado en que todos los pacientes presentaron variaciones estadísticamente significativas positivas, en los puntajes pre y post, según las medidas de los síntomas depresivos (EZ-D). Además, se notó un efecto secundario y fue la percepción de los pacientes al personal de salud, referenciando una sensación de “compañía”, una mayor receptividad frente al proceso terapéutico por medio de la reducción del estigma de “enfermo”.

Metodológicas. Dado el protocolo BATD ya estructurado, sistematizado, la implementación de programas por sesiones promueve la réplica a mediano plazo en poblaciones similares. La importancia de la vinculación del grupo familiar, como fuente de reforzamiento y acompañamiento para los pacientes hematoncológicos. Adicionalmente, como lección aprendida, la implementación de estrategias digitales, como el llenado de formatos, la gestión



Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia



con servicios tecnológicos para la creación de una app que promueva facilidad de registros y secuencialidad con lo terapéutico. Así como la importancia de alianzas interinstitucionales para promover la visualización y otras acciones de cuidado. Como limitación se reconoce el periodo de pandemia en el que se llevó a cabo la implementación, dado que no fue tan fácil contactar con reforzadores familiares o de la red de apoyo en estas áreas. También como limitación se reconoce que los pacientes al estar hospitalizados en una larga estancia podrían adherirse más fácilmente, frente a como puede llevarse en otras áreas.

Organizacional. El reconocimiento de la labor del psicólogo como parte de un equipo interdisciplinar y la socialización de otras áreas de desarrollo que actualmente se ven limitadas en la formación como psicooncología y el rol del psicólogo en el cuidado paliativo. La certeza de la implementación de terapias basadas en la evidencia, que dan un mayor soporte al rol del psicólogo, y apoyo en los grupos interdisciplinarios.

Psicosocial. A pesar de que se haya implementado un mismo programa de intervención con ocho pacientes que comparten un diagnóstico, cada uno es único y cada uno generó desde su individualidad la forma de asumir el programa. Las consecuencias de la depresión en pacientes oncológicos también son múltiples, afectando la calidad de vida y la disminución de su adhesión al tratamiento oncológico. Por último, como conclusión, se resalta que no existen sistemas integrales de intervención para el paciente oncológico, por lo que este programa trae beneficio al paciente y red de apoyo primaria.

Ejercicio de sensibilización “que consejo le darías” por parte de pacientes

REFERENCIAS

- Armento, M. E. A. & Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38(2), 107-119.
- Barlow, D., & Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs. Strategies for Studying Behavioral Change* (2a ed.). Pergamon Press.
- Barraca, J. & Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Bernal G., P. & Muñoz A., M. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 249-270. doi: 10.5209/PSIC.54435.
- Bianchi-Salguero, J. & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93.
- Campo, A., Díaz, L. & Barros, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarios de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 54-62.
- Campo-Arias, A. (2006). Comparación de algunas propiedades psicométricas de la Escala de Zung para Depresión con puntuaciones dicotómicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 511-518.
- Dimidjian, S., Martell, C., & y Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression a Clinician's Guide*. Guilford Press.
- Guerrero A., J.M., Prepo S., A.R. & Loyo Á., J.G. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309.
- Hernández, R, Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill Education.
- Hopko, D.R., Bell, J.L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N. & Lejuez, C.W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medicalcare setting. *Behavior Therapy*, 39,126-136.
- Hutchinson, T.A., Boyd, N.F. & Feinstein, A.R. (1979). Scientific problems in clinical scales as demonstrated in the Karnofsky Index of Performance Status. *Journal of Chronic Diseases*, 32, 661-666.

- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, K., & Martell, C. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 29, 191-202.
- Karnofsky, D.A., Abelmann, W.H. & Craver, L.F. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656.
- Leal, D. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs) [tesis de maestría]. Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S., & Pagoto, S. (2010). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161. doi:10.1177/0145445510390929.
- Maero, F., & Quintero, P. (2016). Tratamiento breve de activación conductual para la depresión. Protocolo y guía clínica. Akadia.
- Navarrete, F. (2009). Afrontar la depresión. Guía de ayuda a pacientes y familiares. Fundación Juan José López; Fundación Arpegio.
- Park, E.M. & Rosenstein, D.L. (2015). Depression in adolescents and young adults with cancer. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 171-180.
- Parker, R. I., & Vannest, K. J. (2009). An improved effect size for single case research: Non Overlap of All Pairs (NAP). *Behavior Therapy*, 40, 357-367.
- Rico, J., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86.
- Sala, ML, Blanco B, & Pérez M. (2007). Hematología clínica. *Farm Hosp.* 2, 1031-1076.
- Sánchez Pedraza, R. & Valderamar, A. 2020. Validación para utilización en Colombia de la escala EORTC QLQ C-30 para evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24 (2), 61-71. DOI:<https://doi.org/10.35509/01239015.128>.
- Valderrama-Díaz, M., Bianchi-Salguero, J., & Villalba-Garzón, J. (2016). Validación de la Envi-

ronmental Reward Observation Scale (EROS) en población colombiana. Universitas Psychologica, 15(4). doi:10.11144/Javeriana.upsy15-4.vero

Velásquez S., S. & Zuluaga S., L. (2015). Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección. Duazary, 12(2), 164.

Villoria, E., Fernández, C., Fernández, P., & Peláez, I. (2020). La activación conductual (AC) en mujeres con cáncer de mama durante la quimioterapia: análisis de la evolución de casos. Psicooncología, 1(17), 11-24. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.68238>.

Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta psychiatric Scandinavica 67: 361-370.

Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. Archives of General Psychology, 12, 63-7.



@monstruosbajolacama.col perfil de Instagram, espacio de orientación y aprendizaje, que sensibiliza de los monstruos que llegan ante el diagnóstico de cáncer.

SALUD MENTAL, ACTIVIDAD FÍSICA Y BIENESTAR: ENFANCES 2/32 (SMAF+ ENFANCES)



**Antonio José
Mejía Bolaños ⁸**



**Juliana Osorio
Cualdrón ⁹**



**Haney Aguirre
Loaiza ¹⁰**

⁸ Psicólogo, Joven investigador. Universidad Católica de Pereira. Grupo de investigación en Clínica y Salud Mental. Contacto: antonio.mejia@ucp.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9660-069X>

⁹ Psicóloga. Joven investigadora. Universidad Católica de Pereira. Grupo de investigación en Clínica y Salud Mental. Contacto: juliana.osorio@ucp.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3717-8876>

¹⁰ Investigador principal. Magíster en Psicología, Universidad del Valle. Psicólogo, Universidad de Manizales. Licenciado en Educación Física y Deportes, Universidad de Caldas. Docente e Investigador Grupo de investigación en Clínica y Salud Mental. Universidad Católica de Pereira. Contacto: haney.aguirre@ucp.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2582-4941>

Salud mental, actividad física y bienestar: Enfances 2/32 (Smaf+ Enfances)



El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declara la pandemia por el nuevo Coronavirus COVID-19 (WHO, 2020). Todo el mundo estuvo enfrentando múltiples retos de bioseguridad y salubridad. Por consiguiente, los gobiernos se vieron obligados a tomar medidas para reducir el contagio del nuevo virus, entre las cuales destacan: promover el aislamiento social, evitar la congregación de personas, uso de mascarillas, lavado de manos. El conjunto de estas acciones previó (y aún se prevén) una serie de efectos inmediatos y a mediano plazo en factores sanitarios, sociales, económicos y personales (United Nations, 2020).

La estimación del impacto por el COVID-19, específicamente en materia de las consecuencias en la salud mental y física, aún sigue con diferentes pronósticos. Se ha subrayado que la salud mental es uno de los factores que tuvo mayor afectación durante el brote del COVID-19 (Del Río et al., 2020; United Nations, 2020; Vindegaard & Benros, 2020). Algunos reportes describen efectos negativos sobre la salud física y mental de las personas, así como en su estilo de vida (de Sousa Júnior et al., 2021; White et al., 2017; Zhang et al., 2020). Hay varias razones para pensar que el panorama puede ser poco alentador

de cara a la pospandemia. Por ejemplo, las Naciones Unidas advirtieron que el acceso de las personas a la salud tendrá más obstáculos, con principal incidencia negativa y desproporcionada sobre grupos sociales vulnerables (United Nations, 2020).

Conforme a lo anterior, nuestro equipo de trabajo identificó grupos poblacionales vulnerables con brechas sociales y económicas que, a su vez, fueron más críticas con el transcurrir de la pandemia del COVID-19. De tal modo, pensamos, diseñamos y ejecutamos una Estrategia de Apropiación Social del Conocimiento (EASC), que trabajara con la comunidad de manera puntual para generar un conocimiento a partir del reconocimiento de sus contextos sociales y culturales (Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación de Colombia, 2022; Ministerio de Ciencias Tecnología e Innovación de Colombia, 2010). Su principal línea de enfoque estaba demarcada para amortiguar los efectos adversos de la salud mental a través de la actividad física y el bienestar. Así, éramos conscientes de que nuestra propuesta debía caracterizarse por principios de impacto favorable, de fácil acceso, universal, y perdurable en el tiempo. Entonces surgió: *Salud mental, actividad física y bienestar: Enfances 2/32 (SMAF+ Enfances)*.

Participantes y propósito



La Fundación Enfances 2/32 Francia-Colombia es una ONG, fundada en el año 2000, con personería jurídica emitida por el Ministerio de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Regional Risaralda. Se encuentra ubicada en la ciudad de Pereira, Risaralda, y tiene como misión garantizar, promover, divulgar y restituir los derechos humanos, especialmente en la primera infancia (Enfances 2/32, 2022).

La Fundación Enfances 2/32 se centra en población vulnerable, en su mayoría víctimas del conflicto armado, desplazados o en proceso de reincorporación, familias de escasos recursos y mujeres jefes de hogar en situación de vulnerabilidad. Por consiguiente, sus acciones se enfatizan en perspectiva de los derechos de la infancia, con enfoques en: (i) Salud, ofrece atención psicosocial a niños y jóvenes. (ii) Desarrollo y Educación, con acciones de educación formal y no formal. (iii) Protección, con acciones de inclusión, formación en derechos y valores, asesoría jurídica, atención a la discapacidad, la diversidad, cuidado del medio ambiente. A su

vez, esta formación está enfocada en habilidades, para garantizar su independencia económica y fomentar su confianza y autonomía. (iv) Participación, con acciones de construcción de ciudadanía, de liderazgo y emprendimiento en todas las etapas del desarrollo humano, desde niños, niñas, adolescentes hasta jóvenes y adultos.

En sincronía con la misión y perspectiva de desarrollo de la Fundación Enfances 2/32, ensamblamos esfuerzos estratégicamente entre MinCiencias y la Universidad Católica de Pereira, y fue así como surgió SMAF+ Enfances. El principal propósito fue promocionar la salud mental y el bienestar, a través de la actividad física en niños y adolescentes en población vulnerable, víctimas del conflicto armado, desplazados y familias de escasos recursos durante la pandemia del COVID-19 de Pereira, Risaralda.



Situación espacio-temporal y antecedentes

Las enfermedades crónicas no-transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte en el mundo (World Health Organization, 2021). En consecuencia, las ENT son una problemática real que las agendas gubernamentales nacionales y transnacionales intentan asumir con responsabilidad. Así, se ha trazado la Meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) avalada en la Agenda 2030 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2022). La cual indica que se busca reducir a un tercio la mortalidad prematura a causa de las ENT, mediante su prevención y tratamiento. Aunque los factores de riesgo que se asocian a las ENT han estado bien definidos, la Meta 3.4 está claramente amenazada, y algunos académicos, científicos y líderes son escépticos frente a que se pueda lograr satisfactoriamente. Con mayor preocupación, las alertas están encendidas. Fundamentalmente, el pesimismo se sustenta en que se han retrasado los avances de reducción de muertes prematuras por ENT y, por consiguiente, se ha agudizado el problema. El grueso poblacional mundial en condición de vulnerabilidad, principalmente niños y niñas, reciben los efectos negativos de la pandemia del COVID-19.

Después de la declaración de la pandemia por el COVID-19 se modificaron drásticamente los estilos de vida de las personas. Por ejemplo, en todos los grupos etarios aumentó la exposición a las pantallas (TV, computador, videojuegos, smartphone, etc.) (Colley et al., 2020). En consecuencia, se esperaba un aumento de comportamientos sedentarios (Chandrasekaran & Ganesan, 2020; Mutz & Gerke, 2020), y afectaciones en la salud nutricional (Al-Musharaf, 2020; Neira et al., 2021). En conjunto, todas las anteriores situaciones parece que se asociaron a síntomas de estrés (Violant-Holz et al., 2020), estados emocionales de miedo, dificultad para conciliar el sueño y presencia de síntomas de ansiedad (Rajkumar, 2020). En conclusión, una afectación inmediata sobre la salud mental de las personas.



Paralelo a lo anterior, las investigaciones describieron que, en promedio, el tiempo destinado a realizar actividad física se redujo significativamente, generando problemas de salud física y mental. Incluso algunas personas que hacían actividad física dejaron de hacerla (Aguirre-Loaiza et al., 2021; Violant-Holz et al., 2020). Este aspecto es importante, pues el sedentarismo y la inactividad física representan un riesgo para la salud porque están relacionadas con las ENT y la salud mental (World Health Organization, 2020). Se sabe, por ejemplo, que hay una relación entre pacientes con enferme-

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

dades crónicas y depresión (Goldschmidt et al., 2018; WHO, 2010). Por lo tanto, los factores de riesgo previos a la pandemia se potenciaron durante esta.

Convencidos de las potencialidades y beneficios de la actividad física sobre la salud, en diciembre del 2020 se inició la planeación y diseño de la estrategia SMAF+ Enfances. El desarrollo de la estrategia tuvo como contexto el COVID-19 durante el 2021, paralelamente al “estallido social colombiano”, una serie de protestas sociales, bloqueos y enfrentamientos entre la población civil y la fuerza pública (France 24, 2022).



Metodología

En coherencia con nuestro propósito de promoción de la salud mental a través de la actividad física, con SMAF+ Enfances trazamos una ruta metodológica en tres fases: diagnóstico, intervención y seguimiento. A su vez, las fases las configuramos en momentos y/o actividades (ver figura 1).

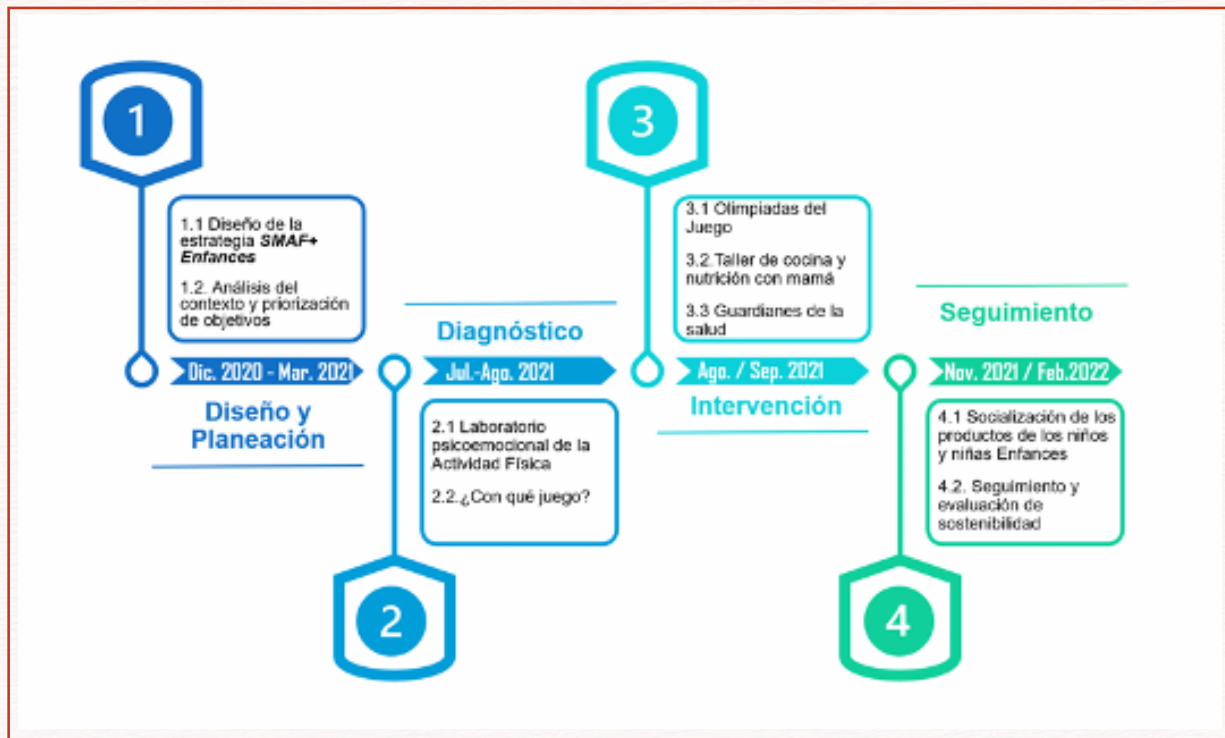


Figura 1.
Ruta metodológica de la estrategia SMAF+ Enfances

Fase 1. Diseño y planeación

La fase 1 tuvo como objetivos específicos diseñar la estrategia y evaluar el contexto situacional. En coordinación con la Fundación Enfances 2/32, la estrategia se adaptó en la jornada de la mañana con los niños y en la tarde con las mamás o acudientes, acorde con los horarios establecidos por la fundación. Se llegó a la conclusión de que las actividades con los niños debían ser lúdicas y pedagógicas, involucrar procesos cognitivos y actividad física. Por otro lado, las actividades con los padres debían ser participativas e incluyentes, desde la palabra y la experiencia de cada uno en su rol de cuidador.

Fase 2. Diagnóstico

La fase 2 tuvo como objetivo específico levantar un diagnóstico a través de actividad de campo, mediante el cual se identificarían necesidades, intereses y preferencias de los niños.

2.1 Laboratorio psicoemocional de la actividad física: se recolectó información sobre los antecedentes en colectivo de Fundación Enfances 2/32. También se realizaron cuatro intervenciones informales de pilotaje, en las que se recolectaron datos para el análisis exploratorio. En estas se evaluó el seguimiento de normas, trabajo en equipo y despliegue de actividades (Figura 2).

2.2 ¿Con qué juego? A partir de las intervenciones informales de pilotaje, se identificó que las niñas y los niños de la Fundación Enfances 2/32 no contaban con los materiales para la práctica de la actividad física, eran insuficientes, o los pocos que tenía estaban en condiciones deficientes (figura 3). En este sentido, y con base en los esfuerzos reunidos por la Universidad Católica de Pereira y MinCiencias, se gestionaron los recursos para suministrar los implementos (balones, cuerda de equilibrio, colchonetas, mallas, entre otros). Este material fue elegido con base en informa-



Figura 2.
Laboratorio psicoemocional de la actividad física

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

ción previamente obtenida sobre las preferencias de niñas y niños, quienes identificaron juegos de coordinación (p. ej. saltar la cuerda y de retos) y juegos predeportivos, principalmente aquellos que involucran cohesión de equipo (p. ej. fútbol, voleibol).

Fase 3. Intervención

La fase 3 tuvo como objetivo específico ejecutar las actividades que conforman la intervención:

3.1. Olimpiadas del juego. Se desarrollaron seis intervenciones en diferentes momentos a través del juego, buscando favorecer contenido respecto a la sensibilización emocional ante la importancia de la actividad física en la salud física y mental de niñas y niños. Cada intervención se dividió en tres partes, la primera fue a modo de actividad rompehielo, donde se apuntaba a la creación de una identidad grupal o individual. La segunda trataba los temas específicos de la actividad física a través del juego (figura 4). Finalmente, la tercera consistía en un espacio de reflexión sobre las experiencias.



Figura 3. Olimpiadas de juego

3.2 Taller de cocina para mamá. Las madres de familia, junto con las educadoras de las Fundación Enfances 2/32, participaron y experimentaron un taller práctico de cocina con recetas sencillas y saludables. Esta actividad tenía como principio regulador el acceso que las familias tienen a los diferentes grupos alimenticios. La educación nutricional fue uno de los componentes que se abordó como factor asociado

a la salud física y mental. En un segundo espacio se abordó la importancia de la actividad física en las edades escolares. A través de profesionales y licenciados en educación física y ciencias del deporte se promovieron estrategias para que las madres apoyaran e incentivaran actividades lúdicas y juegos como medios para promover una vida activa (figura 4).



Figura 4. Taller de cocina para mamá



Figura 5. Taller de cocina para mamá

3.3 Guardianes de la salud. Este momento coincide con el nombre de la cartilla, que fue producto de las creaciones artísticas donde las niñas y los niños plasmaron sus reflexiones sobre la importancia de la actividad física y la salud mental. Cada niño comentaba y expresaba en su creación artística el sentido que dio a la experiencia. Algunas de las pinturas aparecen recopiladas en la cartilla (figura 5).



Figura 6. Cartilla sobre la importancia de la actividad física y la salud mental

Fase 4. Seguimiento

La fase final tuvo dos momentos

:

4.1 Socialización y evaluación. Este momento tiene como finalidad la retroalimentación y la evaluación del proceso. El contenido de cada intervención fue evaluado en términos de temática, metodología, utilidad-aplicabilidad y el desempeño de los psicólogos orientadores. En general, se logró una percepción positiva de las familias y los menores hacia el proyecto.

Se destacaron aspectos fuertes y se identificaron limitaciones. Dentro las fortalezas, la creación de espacios de reflexión y debate significativos, así como las experiencias de las niñas, niños, y madres de la comunidad. Por otro lado, las limitaciones estuvieron adheridas en su mayoría al contexto global, estremecido por el coronavirus y el estallido social en panorama nacional del gobierno de Iván Duque (2018-2022). Finalmente, se entregó un material audiovisual y bibliográfico como evidencia del proceso, el cual corresponde a la sistematización de la estrategia de SMAF+ Enfances.

4.2. Seguimiento. En febrero de 2022 se realizó una reunión de seguimiento con la comunidad de la Fundación Enfances 2/32. La coordinadora, Amparo Villegas, expresó el impacto favorable que tuvo en la comunidad, principalmente en los niños y las niñas.

Resultados cualitativos y experiencias



Las Estrategias de Apropiación Social del Conocimiento SMAF+Enfances realzan el reconocimiento de su contexto, cultura y experiencias de vida, por medio de la estimulación y creación de espacios de comprensión, reflexión y debate. Debido a la naturaleza y alcance de la propuesta, y a través de técnicas cualitativas, en escena se desarrollaron conversatorios grupales, entrevistas a grupos focales y otros procesos que involucraban el arte como herramienta significativa para la expresión de memorias y conocimiento. Como producto de los conversatorios, grupos focales y entrevistas, se exponen a continuación algunos testimonios:

1. "A mí me parece que los niños solo deberían estudiar y jugar, después de todo para eso es esa edad". María Eugenia, 42 años.
2. "En la casa me toca hacer oficio, por eso me gusta venir a la Fundación a jugar. Aquí aprendo nuevas cosas". Jeison, 14 años.
3. "A veces, en medio del juego, siento miedo, pero igual me gusta, es muy divertido". María José, 16 años.
4. "A los niños Wles gustan mucho estas actividades porque ustedes se meten en el cuento, lo disfrutan y juegan con ellos, se vuelven niños también". Profe Rosa, 60 años.
5. "Las mamás se atrevían a conversar y contar cosas íntimas de sus vidas porque sintieron confianza con el grupo en el que estaban". Profe Sandra, 63 años.
6. "Cuando uno juega se olvida de todo, los problemas, las peleas...". Santiago, 15 años.
7. "Las mamás estuvieron muy participativas, lo que indica que ellas se sentían bien". Profe Lucía, 65 años.
8. "Es un espacio muy bonito, porque uno a veces olvida que los niños necesitan su tiempo y su juego". Lucía, 42 años.

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia



Las experiencias y reflexiones de las actividades fueron plasmadas y recopiladas en creaciones artísticas. De acuerdo con las entrevistas y los grupos focales, los niños, niñas, adolescentes y madres manifestaron, que este conocimiento podrían aplicarlo en la vida cotidiana. En el caso de las madres, expresaron que eran más conscientes de la relación entre actividad física y alimentación balanceada, tanto para sus hijos e hijas, como para otros miembros de la familia.

Resultados cualitativos y experiencias



En términos de indicadores se encuentra que: tres instituciones participaron en la estrategia de apropiación social del conocimiento (Fundación Enfances 2/32, Universidad Católica de Pereira y Ministerio de Ciencias, Tecnología e Innovación). Se realizaron diez actividades, incluyendo el diagnóstico previo, cuyo contenido estuvo dirigido a la promoción de la salud mental a través de la actividad física. Se hicieron in-

tervenciones directas con niñas, niños, educadoras y madres de familia. Participaron activamente sesenta niñas, niños y adolescentes aproximadamente por actividad, además de 17 madres y tres orientadoras. Se incluyeron un total de cuatro estrategias para la apropiación social del conocimiento de carácter educativo, audiovisual y experiencial (cartilla, vídeo, infografía e intervenciones).



Figura 7: Indicadores de impacto en la estrategia SMAF+ Enfances 2/32

Sistematización y productos de la estrategia SMAF+ Enfances

Nuestra estrategia tuvo un impacto a nivel social, psicológico y académico. En la tabla 1 relacionamos nueve productos asociados a la estrategia.

Tipo	Nombre
Cartilla	Guardianes de la salud
Vídeo	Salud mental y actividad física
Vídeo	Olimpiadas del juego
Vídeo	Pandemia: Reflexión sobre la actividad física y salud mental
Infografía	Cuidados en niños y niñas para prácticas en casa
Página web	SMAF+ Enfances Estrategia de apropiación social del conocimiento-Científicamente UCP
Artículo publicado	Aguirre-Loaiza et al. (2021)
Artículo en revisión	<i>Mental health and physical activity during the outbreak of the Covid-19 pandemic: A systematic review</i>

Tabla 1. Productos derivados de la estrategia SMAF+Enfances

Sostenibilidad y replicabilidad

La sostenibilidad y replicabilidad de la estrategia SMAF+ Enfances es coherente con los principios trazados desde el origen y el diseño de la propuesta. En esencia, se garantiza el acceso a la actividad física y perdurable en el tiempo. La actividad física es propia a la evolución del ser humano (Raichlen & Polk, 2013). Aquellas funciones, documentadas y estudiadas en los seres humanos recolectores y cazadores, parecen asociarse a cambios del tamaño del cerebro y funciones cognitivas, debido a patrones de movimiento y supervivencia como agarrar, lanzar, correr, trepar y otros (Mattson, 2012; Raichlen & Polk, 2013). En consecuencia, la salud humana y la esperanza de vida son tanto una causa como un efecto de la actividad física habitual (Lieberman et al., 2021). La actividad física, entonces, responde a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, incluso con afectaciones en su salud mental (Márquez et al., 2020)

Todo lo anterior sirve de premisa y soporte para que la estrategia SMAF+ Enfances 2/32 sea sostenible en las niñas, los niños y adolescentes de la Fundación Enfances 2/32. Las madres de familia y educadoras

participaron de los talleres sobre la importancia del juego y la actividad física en los infantes y adolescentes. Así mismo, a través MinCiencias y la Universidad Católica de Pereira, se garantizaron materiales e insumos deportivos para que los niños practicaran de manera sistemática la actividad física. Igualmente, el taller de cocina facilitó que las madres identificaran los elementos de la cocina saludable. En resumen, todas las fases aportaron para una estrategia robusta y significativa que favoreció a los miembros de la comunidad que participaron.

Finalmente, la estrategia SMAF+ Enfances ha sido robusta desde su concepción y alcance. Permite que se tengan elementos promocionales y preventivos en salud a través de la actividad física, siendo esta universal y accesible. El impacto social y de desarrollo está sustentado en un cuerpo de conocimiento científicamente confiable. Así mismo, esta estrategia es potencialmente replicable y flexible en otros segmentos poblacionales, en los cuales se procure por la promoción y prevención de la salud mental.



Agradecimientos

El equipo de investigadores y profesionales quiere extender su agradecimiento especial a:

• Fundación Enfances 2/32. Coordinadora: Amparo Villegas, Orientadoras: Rubiela Aguirre y Elena Villegas. Líder: Gustavo García.

• Universidad Católica de Pereira: Equipo de Dirección de Investigación e Innovación: Maria Luisa Nieto, Daniela Torres, Jimena López, y Adriana Guapacha. Grupo de Investigación Clínica y Salud Mental, semillero de Investigación Siclipsis y línea de Actividad Física y Deporte

• Profesionales de apoyo. Psicólogos: Sarah Ospina, Ángel Marín, Valeria Aldana, Nicolás Muñoz y Kelly Arias. Deportista: David Castro. Comunicadora Social y Periodista: Natalia Brito.

Referencias

Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.

Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, K., & Martell, C. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment, 29*, 191-202.

Karnofsky, D.A., Abelmann, W.H. & Craver, L.F. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer, 1*, 634-656.

Leal, D. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs) [tesis de maestría]. Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S., & Pagoto, S. (2010). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. *Behavior Modification, 35*(2), 111-161. doi:10.1177/0145445510390929.

Maero, F., & Quintero, P. (2016). Tratamiento breve de activación conductual para la depresión. Protocolo y guía clínica. Akadia.

Navarrete, F. (2009). Afrontar la depresión. Guía de ayuda a pacientes y familiares. Fundación Juan José López; Fundación Arpegio.

Park, E.M. & Rosenstein, D.L. (2015). Depression in adolescents and young adults with cancer. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 171-180.

Parker, R. I., & Vannest, K. J. (2009). An improved effect size for single case research: Non Overlap of All Pairs (NAP). *Behavior Therapy*, 40, 357-367.

Rico, J., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.

Sala, ML, Blanco B, & Pérez M. (2007). Hematología clínica. *Farm Hosp.* 2, 1031-1076.

Sánchez Pedraza, R. & Valderamar, A. 2020. Validación para utilización en Colombia de la escala EORTC QLQ C-30 para evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24 (2), 61-71. DOI:<https://doi.org/10.35509/01239015.128>.

Valderrama-Díaz, M., Bianchi-Salguero, J., & Villalba-Garzón, J. (2016). Validación de la Envi

TRANSER: EXPERIENCIAS DE VIDA TRANS EN MUJERES DE SIETE CIUDADES DE COLOMBIA¹²



**Paula Andrea
Hoyos Hernández** ¹³



**Laura Juliana
Valderrama Orbezo** ¹⁴



**Diego Emiro
Correa Sánchez** ¹⁵



**María del
Socorro Peláez** ¹⁶



**Mónica
Lozada Páez** ¹⁷



**Pamela
Montaña Díaz** ¹⁸



**María
Nayibe Gil** ¹⁹



**Luz Adriana
Soto Díaz** ²⁰



**Carlos Andrés
Tobar Tovar** ²¹



**Diego Fernando
Montoya** ²²

¹² Este artículo es resultado de la investigación derivada del programa TranSER, programa para el fortalecimiento de una sexualidad plena, satisfactoria y saludable en mujeres transgénero de cinco ciudades de Colombia. Cuenta con la financiación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Convocatoria para Proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud 807 de 2018 (código 125180764234), la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, (Investigar PUJ/SIGI 2378, RC 858) y el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica. TranSER es ejecutado por el Grupo Salud y Calidad de Vida del Departamento de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

¹³ Psicóloga, magíster en Familia. Candidata a doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales e investigadora del grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo de correspondencia: paulahoyos@javerianacali.edu.co
ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-7948-6338>

¹⁴ Psicóloga con maestría en Psicología clínica infantojuvenil, especialista en Terapia de aceptación y compromiso en niños y adolescentes. Psicóloga clínica, profesora del Departamento de Ciencias Sociales e investigadora del Grupo Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo de correspondencia: laura.valderrama@javerianacali.edu.co. ORCID ID
<https://orcid.org/0000-0002-1781-6642>

¹⁵ Psicólogo. Maestría en Educación (C). Profesor del Departamento de Ciencias Sociales e Investigador del grupo de investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo de correspondencia: dcorrea@javerianacali.edu.co ORCID
<http://orcid.org/0000-0002-1524-2649>

¹⁶ Psicóloga, magíster en Familia. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales e investigadora del Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo de correspondencia: mpelaez@javerianacali.edu.co

¹⁷ Psicóloga, magíster en Sexología y magíster en terapia Gestalt. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales e investigadora del Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo electrónico: mlozada@javerianacali.edu.co ORCID
<https://orcid.org/0000-0002-7530-6114>

¹⁸ Lideresa social comunitaria, dedicada a procesos de mentoría y trabajo de pares a mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de calle, mujeres trans y población en general. Representante legal de la Fundación Transmujer. Correo electrónico: transmujer@gmail.com

¹⁹ Trabajadora Social con formación académica en Individuo, Familia, Grupo y Comunidad. Especialista en Intervención Social Comunitaria. Fundación Transmujer. Correo electrónico: beyinamariana@gmail.com

²⁰ Médica especialista en medicina familiar con énfasis en terapéuticas y medicinas alternativas y complementarias. Docente del Departamento de Clínicas Médicas e investigadora del Grupo Ciencias Básicas y Clínicas de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo electrónico: lasoto@javerianacali.edu.co

²¹ Psicólogo, Comunicador Social, magíster en Filosofía. Doctor en Antropología Social y Cultural. Investigador Visitante en la Universidad de Sheffield, Reino Unido. Profesor del Departamento de Comunicación y Lenguaje e investigador del Grupo de Investigación Comunicación y Lenguajes de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo de correspondencia: catobar@javerianacali.edu.co
ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-5144-5462>

²² Comunicador Social - Periodista, magíster en Comunicación y Creación Cultural, doctor en Comunicación Audiovisual y Publicidad. Profesor del Departamento de Comunicación y Lenguaje e investigador del Grupo de Investigación Comunicación y Lenguajes de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo de correspondencia: diegofer.montoya@javerianacali.edu.co
ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2729-6756>



Introducción

TransER: programa para el fortalecimiento de una sexualidad plena, satisfactoria y saludable en mujeres transgénero de Colombia (2019-2022) ha permitido resaltar las voces de las mujeres trans colombianas, visibilizar sus necesidades desde sus propias experiencias y crear sinergias intersectoriales para el desarrollo de acciones biopsicosociales basadas en procesos transdisciplinares, afirmativos y de reconocimiento. Este programa fue aprobado en el año 2018 por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y se construyó colaborativamente entre el Grupo Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica y la Fundación Transmujer, a partir de sus líneas de trabajo clínico y de la salud, durante más de quince años, desde la investigación, la docencia y el servicio (Hoyos-Hernández et al., 2021).

TransER fue un programa macro de investigación cualitativa, con un enfoque de investigación acción participativa (IAP) y un diseño narrativo (Creswell & Poth, 2018; Hernández Sampieri et al., 2014). Su punto de partida fue comprender las experiencias de vida trans, respecto a la sexualidad, la salud sexual, y las brechas locales y nacionales relacionadas con la atención en salud en Colombia, una sociedad heterocispatriarcal que de manera estructural y sistemática ha generado condiciones inequitativas e injustas para las identidades y expresiones de género no hegemónicas (Hoyos-Hernández et al., 2021). A partir de esos objetivos, dado su carácter de IAP, se integraron otros objetivos específicos que se expandieron en la profundización de los procesos de salud y enfermedad, de atención y derecho a la salud, trabajo y empleabilidad, proyecto de vida, familia, pareja y salud mental, incluyendo lo emergido en tiempos del COVID-19 (TransER Psy COVID-19). Además de la realización de asesoría médica y psicosocial de primer nivel y acompañamiento jurídico, también se diseñó, implementó y evaluó un taller psicoeducativo sobre sexualidad y género, desde una perspectiva de autocuidado, y se desarrolló un proyecto que incluía un abordaje sobre composición corporal, autopercepción de la imagen corporal y creencias alimentarias ²³(ver figura 1).

²³ Este es un programa piloto, realizado solo con mujeres trans de la ciudad de Cali y fue liderado por los profesores de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali: Ana Lucía Valenzuela, Paula Andrea Hoyos Hernández, María del Pilar Zea y Luis Miguel Becerra.

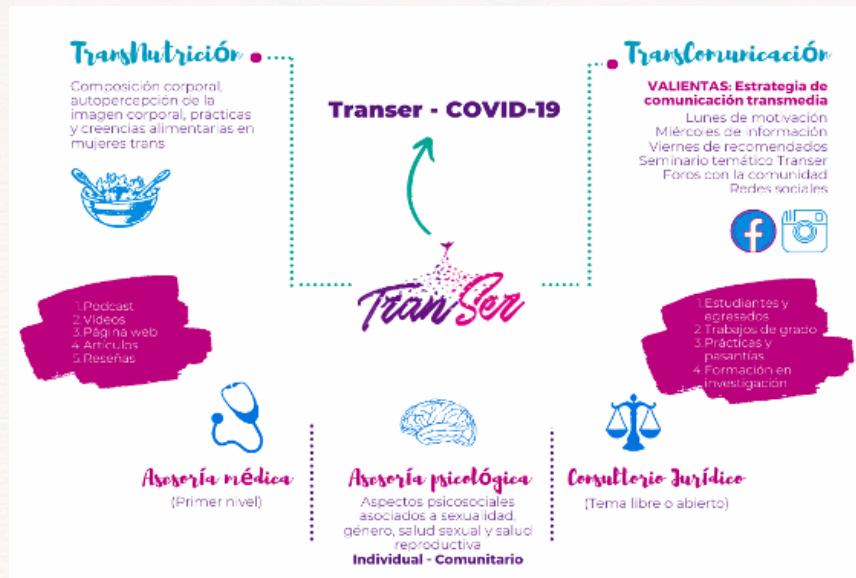


Figura 1. Mapa general del macroprograma TranSER
Fuente: Elaboración propia.

Desde TranSER se han realizado diversas acciones de apropiación social del conocimiento, como lo es Valientas: estrategia de comunicación transmedia²⁴ y diferentes workshops con personas de la comunidad LGBTIQ+, instituciones gubernamentales como Secretarías Municipales de Salud y la Secretaría de Mujer, Equidad de Género y Diversidad Sexual del Departamento del Valle del Cauca, entre otros actores sociales, académicos y educativos.

Antecedentes

En el 2018 se realizó una revisión sistemática de estudios existentes para ese momento en Colombia y en varios países del mundo, como Argentina, Brasil, Estados Unidos y Reino Unido. La mayoría de ellos dieron cuenta de altas tasas de asesinatos y agresiones que experimentan las mujeres trans, de sus resultados negativos en salud y bienestar; la discriminación, inequidades e injusticias que enfrentan cotidianamente y las barreras para acceder a servicios de salud, educación y trabajo (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010; American Psychological Association [APA], 2011; Aylagas-Crespillo et al., 2017; Baptiste-Roberts et al., 2017; Bockting et al., 2011a; 2011b; Colombia Diversa, Caribe Afirmativo y Santamaría Fundación, 2017; Domínguez et al., 2018; Estrada-Montoya y García-Becerra, 2010; Jiménez-Castaño et al., 2017; Lasso Báez, 2014; Loehr, 2007; Losada Posada et al., 2018; Lozano Beltrán, 2018; Mas-Grau, 2013; Mecanismo de Coordinación País. y Proyecto VIH Fondo Mundial, 2013; Mejía y Benavides, 2008; Nuttbrock et al., 2009; Witcomb et al., 2018; Wolford-Clevenger et al., 2018).

Algunas organizaciones no gubernamentales colombianas han liderado vigilancia y acciones con relación a la violencia en la comunidad LGBTIQ+ y destacan el incremento en acciones violentas contra las mujeres trans colombianas (Colombia Diversa, 2012, 2015, 2019; Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2015). Respecto a la salud de las mujeres trans, en Colombia es frecuente encontrar barreras en la atención, la presencia de estigma y discriminación en los contextos y en el personal de la salud, así como prácticas no afirmativas ni ajustadas a las necesidades biopsicosociales de las mujeres (Hoyos-Hernández y Valderrama, 2020). A dichas necesidades de salud, se suman las necesidades y la pobreza asociada a las inequidades sociales que impiden su participación social y la frecuente exclusión de sus hogares.

Todos estos factores, como la educación, la salud, las violencias, la familia y el trabajo, mencionados hasta el momento, hacen parte del desarrollo de cualquier ser humano, son transversales a su curso de vida y repercuten en la salud y el bienes-

²⁴ Este programa se desarrolló durante el 2020 y el 2021 en el marco de la convocatoria para el Fortalecimiento de Proyectos de CTEI en Ciencias Médicas y de la Salud con Talento Joven e Impacto Regional, 850 del 2019, del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación de Colombia. Parte de los resultados de este proceso puede ser consultado en el siguiente link: <https://valientastransmedia.javerianacali.edu.co/el-proyecto/>

tar de las mujeres trans. Estas situaciones que viven las mujeres trans evidencian la vulneración de sus derechos humanos en los múltiples entornos. Se requieren acciones de visibilización con abordajes integrales y afirmativos para la garantía y protección de sus derechos y el fortalecimiento integral de sus procesos de salud y bienestar.

Si bien estos temas contaban con algunos referentes en Colombia, por ejemplo, algunos estudios centrados en el acceso a los servicios de salud en mujeres trans (Domínguez et al., 2018; Lasso Báez, 2014), otros sobre aspectos relacionados con el trabajo (Galvis Ramos et al., 2019; Jiménez-Castaño et al., 2017; Losada Posada, et al., 2018; Posso y La Furcia, 2016), las prácticas de autocuidado y el apoyo recibido (Lozano Beltrán, 2018), la sexualidad (Estrada-Montoya y García-Becerra, 2010) y la percepción de la calidad de vida (Muñoz Najar, 2017; Mejía y Benavides, 2008), estos estudios se localizaron principalmente en Bogotá, fueron abordajes puntuales y de carácter descriptivo, contaron con una pequeña participación de mujeres y no dan cuenta del desarrollo de acciones o intervenciones en pro de las problemáticas identificadas. Por otro lado, en diferentes publicaciones de corte epidemiológico y salubrista se observó un marcado énfasis en la relación entre la comunidad trans y la transmisión del VIH (Mecanismo de Coordinación País y Proyecto VIH Fondo Mundial, 2013; Sierra et al., 2016).

Considerando el panorama anterior, se estimó necesario desarrollar un programa que incorporara la participación de mujeres trans de diversas procedencias, contextos socioculturales y de políticas públicas, edades, etnias y ocupaciones, en el cual se priorizaran sus voces y se desplegaran acciones que permitieran contribuir a sus necesidades y condiciones de vida.



Método

TranSER fue un programa macro de investigación cualitativa, con un enfoque de investigación acción participativa (IAP) y un diseño narrativo (Creswell & Poth, 2018; Hernández Sampieri et al., 2014) que tuvo como objetivo general resaltar las voces de las mujeres trans de siete ciudades de Colombia, visibilizar sus necesidades desde sus propias experiencias y crear sinergias intersectoriales para el desarrollo de acciones biopsicosociales basadas en procesos transdisciplinarios, afirmativos y de reconocimiento.



Participantes

En TranSER participaron 139 mujeres trans de siete ciudades de Colombia: Cartagena, Cali, Bogotá, Bucaramanga, Armenia, Calarcá y Jamundí, quienes se encontraban en un rango de edad entre los 18 y 62 años, teniendo una media de edad de 32 años. En cuanto al estrato y los ingresos familiares, se encontró que el 69% de las participantes son de estratos 1 y 2, y el 70% de las participantes cuenta con ingresos familiares inferiores a dos salarios mensuales mínimos legales vigentes. En cuanto a la ocupación, la mayoría se desempeñan como estilistas o como trabajadoras sexuales. Finalmente, frente al nivel de escolaridad, se puede evidenciar que el mayor porcentaje está en bachillerato completo (34%) o incompleto (31%).

Este programa, en distintos momentos, contó con la participación de profesores y estudiantes, tanto monitores como practicantes y jóvenes investigadores, de los programas de Psicología, Comunicación, Derecho, Nutrición y Dietética, Medicina y

la maestría en Psicología de la Salud, además del Consultorio Jurídico de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

El equipo base del programa fueron cinco profesionales en psicología, seis lideresas de la comunidad trans, una trabajadora social, una médica familiar y dos comunicadores, todos con trayectorias laborales y educativas en diversos campos del conocimiento de las ciencias sociales y de la salud.

Contextos y fases de TranSER

TranSER se implementó entre el periodo del 2019 al 2022 en un formato híbrido, desarrollando actividades presenciales en Cartagena, Cali, Bogotá, Bucaramanga, Armenia y Jamundí. En este periodo también se llevaron a cabo actividades virtuales sincrónicas abiertas (especialmente en tiempos de restricciones por la pandemia del COVID-19) con las mujeres participantes y con otros públicos de interés como, por ejemplo, estudiantes y profesionales de las ciencias sociales y de la salud, personas vincula-

das a instancias gubernamentales, ONG, e interesados en estos temas. A continuación, se describen brevemente las fases:

Fase 0. Preparación. Se centró en el reconocimiento y construcción de las redes de trabajo en cada una de las ciudades, la organización del equipo, de los materiales y el cronograma de trabajo.

Fase 1. Convocatoria. Una vez conformada la red de trabajo en cada una de las ciudades, a través de las lideresas de la comunidad trans, la presentación del proyecto, el establecimiento de los acuerdos, la dinámica de trabajo y el cronograma, se realizó el primer encuentro con las mujeres interesadas en vincularse. En ese espacio procedieron a la firma del consentimiento informado y posteriormente se realizaron las entrevistas en profundidad. Los contenidos de las entrevistas incluyeron: aspectos sociodemográficos, sexualidad, familia y pareja, aspectos sociales, biomédicos, alimentarios, psicológicos y ocupacionales (Hoyos-Hernández et al., 2021a).



Fase 2. Grupos de discusión. En un segundo encuentro con las participantes se implementó el foto-voz (técnica de investigación interactiva que facilita la expresión de significados y vivencias por medio de fotografías), acompañado con grupos de discusión conformados cada uno entre siete y doce personas. Estos espacios permitieron la puesta en común y las disidencias en los siguientes temas: a) Sexualidad: significados y vivencias de la sexualidad, corporalidad, identidad de género, expresión de género, relaciones sexoafectivas, satisfacción, b) Prácticas saludables con relación a la sexualidad: autocuidado, manejo de estados emocionales, asertividad sexual, VIH/sida, c) Prácticas sexuales de riesgo: consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, relaciones sexuales sin uso del preservativo, trabajo sexual, violencia/abuso sexual, emocionalidad, d) Abordaje de las brechas en Colombia, relacionadas con la salud de mujeres trans (Hoyos-Hernández et al., 2021a).

Durante el desarrollo de esta fase se presentó la pandemia y todas las situaciones que se derivaron de ella. Esto nos llevó a realizar diferentes ajustes en el cronograma y en la forma de desarrollar las actividades. De esta manera se implementa, a partir de la conversación y los acuerdos con las

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

participantes, hacer uso de medios digitales y virtuales que permitieran mantener el contacto y el desarrollo del proyecto. Así mismo, la emergencia sanitaria y el impacto en las condiciones de vida, la salud y el bienestar de las participantes generaron el desarrollo de un programa de acompañamiento psicosocial, médico y jurídico, a través de teleconsulta y la detección de necesidades y prioridades en salud (aquí mace el Programa PsyCOVID-19, que fue iniciativa de una investigación internacional diseñada por investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona, con la cual se estableció la alianza a través de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali).

Fase 3. Análisis de las historias. A partir del Consensual Qualitative Research (Santiago et al., 2011) y el análisis temático (Escalante-Gómez & Paramo, 2011), usando el Atlas Ti, se configuraron las categorías del estudio, las cuales se articulan con las narrativas de las mujeres según los temas de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión (Mieles-Barrera et al., 2012).

Fase 4. Socialización y discusión. En esta fase, a partir de la fase anterior, se socializaron con las participantes los análisis realizados y se generó un espacio de discusión. Esto permitió la construcción colectiva, la autenticidad y rigurosidad del proceso.

Las fases realizadas hasta el momento, y esta en particular, permitieron la delimitación de las necesidades para el taller psicoeducativo y para el sostenimiento de las actividades de acompañamiento psicosocial, médico y jurídico.



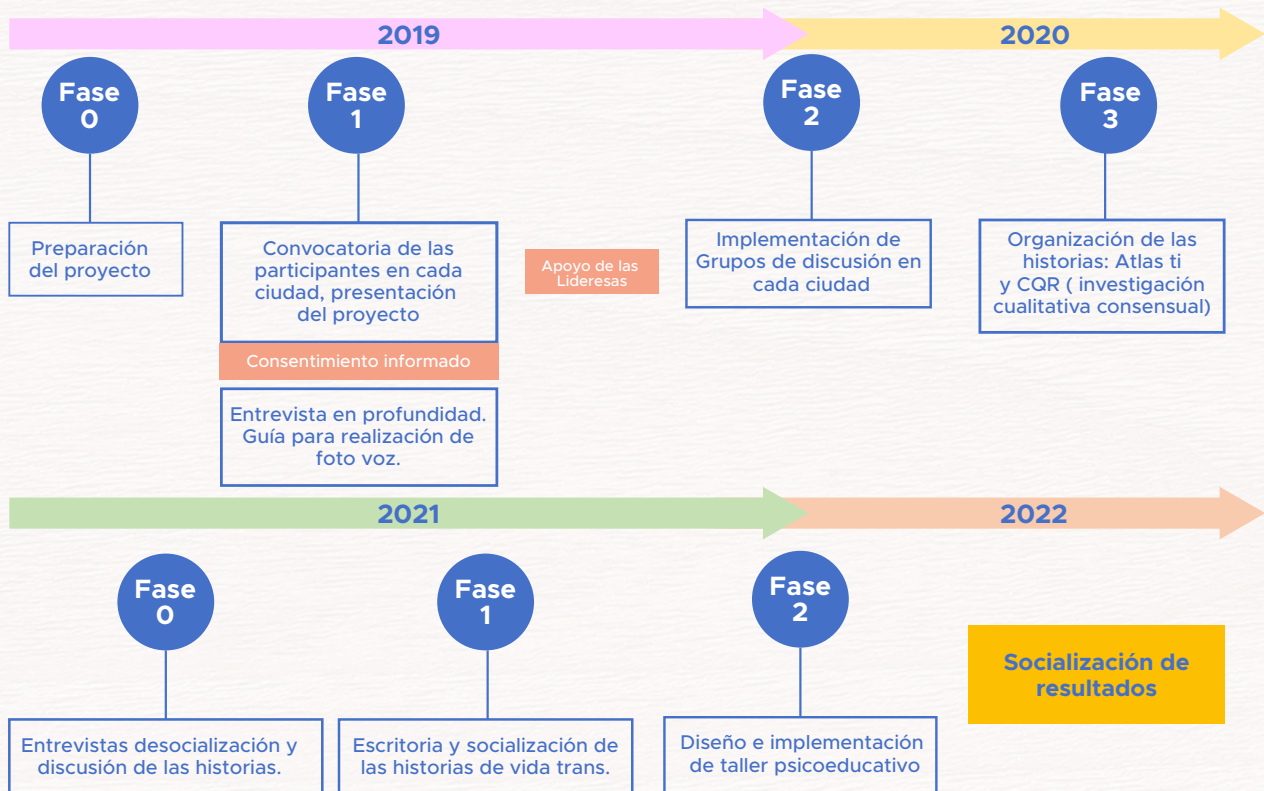
Fase 5. Análisis, escritura y socialización. A partir de la fase anterior y de las discusiones con las participantes se reeditan los análisis y se nutre la información derivada de la IAP. En esta fase se realizan también diferentes actividades de socialización y apropiación social del conocimiento.

Fase 6. Taller psicoeducativo. Este se desarrolló de forma presencial entre los meses de julio y agosto del 2021, en cada una de las ciudades participantes y se enfocó en las sexualidades y el género desde una perspectiva de autocuidado consciente y habilidades para la vida.



Se da cuenta de las fases realizadas durante el Programa TranSER por medio de la figura 2.

Figura 2. Fases del programa TranSER



Fuente: Elaboración propia.

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

El programa fue supervisado por el comité de ética en investigación biomédica de la Corporación Científica Pediátrica, certificado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). Se hizo cumplimiento de las normativas éticas para la investigación con seres

humanos (Ley 1090 del 2006; Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud) y de la reflexividad y posicionalidad (Anderson, 2012; Hosking y Pluut, 2010; McNamee & Hosking, 2012).



Conclusiones generales

TranSER como IAP permitió la visibilización de las experiencias de vida de mujeres trans y a través del acompañamiento psicosocial, médico y jurídico situado a partir de sus necesidades, contextos y territorios, contribuir de manera positiva a la salud integral de las mujeres trans en Colombia. El impacto obtenido solo es posible a partir de la articulación entre la academia, la comunidad trans, sus lideresas y la ONG Transmujer, como parte de la sociedad civil y una institución de salud, como el CEIP y la generación de estrategias de apropiación social del conocimiento. Al respecto, Valientas Transmedia y la participación en diversos escenarios académicos, investigativos y de tomadores de decisiones²⁵ permite que estos procesos nutran las dinámicas educativas, sociales y de la vida cotidiana de las personas y promueva espacios afirmativos para las personas trans.

Respecto a las experiencias de vida trans es preciso resaltar los aspectos relacionados con el territorio de las mujeres trans, la vivencia de su sexualidad, los procesos de salud y enfermedad que requieren acciones urgentes desde el acompañamiento integral y afirmativo, la exposición estructural y sistemática a violencias y su participación en escenarios familiares, laborales y sociales.

²⁵Se ha obtenido en el 2022, reconocimiento al compromiso con la comunidad LGBTQ+ del Distrito de Santiago de Cali, Escuela con Sentido, Secretaría de Salud del Valle. En el 2021, reconocimiento por su colaboración y aportes en la construcción del documento "Hacia la atención integral en salud sexual y reproductiva", del Distrito de Santiago de Cali, Secretaría de Salud del Valle. Y en el 2020, reconocimiento por parte de la Alcaldía de Santiago de Cali y la Secretaría de Salud Pública por el trabajo realizado sobre el desarrollo y aportes científicos y sociales en el fortalecimiento con enfoque diferencial a personas víctimas.

Se reconoce entonces, que las experiencias de vida trans están atravesadas por el momento del curso de vida en el que se encuentran las participantes y las regiones de residencia. Si bien estamos dentro del territorio colombiano, las ciudades participantes tienen dinámicas de vida socioculturalmente diversas, así como políticas públicas que impactan las vivencias de su sexualidad, los procesos de tránsito de género, las expresiones de sus identidades, los procesos de salud y la protección de sus derechos. TRANSER se caracterizó por la riqueza experiencial y narrativa que se amplía en varias publicaciones (Arce et al., 2023; Hoyos-Hernández y Valderrama Orbegozo, 2020; Hoyos-Hernández et al., 2021a; Hoyos-Hernández et al., 2021b; Hoyos-Hernández et al., 2023; Montoya y Hoyos-Hernández, 2022; Tobar y Hoyos-Hernández, 2021).

La vivencia de la sexualidad es transversal a la vida y se va construyendo intersubjetivamente a partir de las identidades, el género, la etnia, las relaciones familiares, laborales, socioculturales y de pares. De manera central, el cuerpo es el lugar donde se reafirma la identidad de género a través de diversas maneras de expresarla, construirla y deconstruirla. Al respecto, los procesos de hormonización permiten integrar su identidad de género con la expresión de este y, por ello, para feminizar sus cuerpos, la mayoría de las participantes recurren a prácticas automedicadas y caseras recomendadas por pares. No obstante, existen algunas mujeres que prefieren no hacerlo sin acompañamiento médico y siguen la ruta al interior de los servicios de salud, enfrentando, muchas de ellas, barreras relacionadas con los tiempos de atención, el estigma y la presencia de profesionales poco conocedores de procesos afirmativos del género. Otras pocas mujeres no desean hacer procesos de tránsito binario desde una construcción femenina hegemónica, como sí sucede con la mayoría de las participantes (Hoyos-Hernández et al., 2021a).

Respecto a los procesos de salud, se encuentra con preocupación un alto consumo de sustancias psicoactivas en varias de las mujeres, donde se identifica que el consumo es una situación multicausal, frecuentemente utilizada como estrategia de afrontamiento emocional, ante problemas en la vida, estados emocionales asociados a la tristeza, la ansiedad, el miedo y el estrés, y a los efectos de la hormonización. Estos aspectos deterioran su salud mental, lo cual se potencializa por carencias de tipo económico y la exposición a violencias, que conllevan a que muchas mujeres trans tengan o hayan tenido en algún momento de sus vidas pensamientos o ideas suicidas (Hoyos-Hernández et al., 2021a).

Las violencias de tipo psicológico, físico, sexual y policial que enfrentan las mujeres trans en Colombia se asocian con sus identidades y expresiones de género. Estas han generado una afectación directa en sus vidas, incluso la muerte, y en sus procesos de salud y enfermedad, sobresaliendo las correspondientes a la salud mental, como se mencionaron previamente, la exclusión o salida de sus familias, las escasas oportunidades laborales y un detrimento en el desarrollo de sus capacidades humanas (Hoyos-Hernández et al., 2021a).

Se encontró que las familias siguen siendo un escenario en el que las mujeres trans tienen relaciones insatisfactorias y se exponen a creencias y dinámicas familiares que obstaculizan sus procesos identitarios y no se configuran como relaciones de apoyo. Esto lleva a que, en muchos casos, las mujeres salgan de sus hogares a edades muy tempranas y se expongan a múltiples vulneraciones y desarrollen diferentes formas para sobrevivir. Al respecto, muchas participantes expresaron construir redes sólidas con pares y madres de la comunidad quienes son consideradas como las neofamilias. Cabe destacar que

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

después de un tiempo, las relaciones con sus familias de origen se fueron transformado en relaciones positivas, en especial por parte de las figuras femeninas. No obstante, también se encontró apoyo familiar positivo y tendencias de interacción familiar en relación con los tránsitos de género trans afirmativos, reconociéndose que las familias requieren sus tiempos para asumir los procesos y transitar junto con sus hijos (Hoyos-Hernández et al., 2021a).

En el área laboral, las participantes presentan oportunidades laborales bastante limitadas, suelen ejercer tipos de trabajo informales y enfrentar situaciones de precarización de sus actividades ocupacionales y múltiples desafíos para la empleabilidad. También presentan bajos niveles de cualificación profesional y la exposición a contextos discriminatorios, incluso endodiscriminatorios, lo cual se relaciona con lo expuesto anteriormente (Hoyos-Hernández et al., 2021a).



Se resalta que, pese a las diversas dificultades que atraviesan las mujeres trans, hacen gestión de su agencia a través de diversas formas de resistencia y prosecución de proyectos en sus contextos cotidianos ante el sistema patriarcal y cisnormativo. Algunas emprenden acciones de liderazgo y activismo, construyen relaciones fraternas con sus pares, hacen incidencia política y gestión de exigibilidad de sus derechos, se tornan resilientes y fortalecen sus recursos personales y valores para trascender en diversos escenarios, luchar por sus ideales, consolidar roles activos en la sociedad, y estar

en la búsqueda permanente de un proyecto de vida (Hoyos-Hernández et al., 2021a).

TranSER se considera un programa de investigación innovador que integra de forma clara y transversal la investigación, la docencia y el servicio como tres ejes fundamentales de la Pontificia Universidad Javeriana, así como el trabajo transdisciplinar desde diversos niveles de formación y saberes. Las actividades desarrolladas se constituyen en una forma de innovación pedagógica e investigativa en términos de la posibilidad del uso de distintos medios, soportes y narrativas entorno a la construcción de historias de las mujeres trans. Valientas Transmedia, de manera particular, se considera una innovación pedagógica y educativa que integró el trabajo colaborativo entre las diferentes personas, construyendo Sistemas Intertextuales Transmedia en diálogo horizontal y constante entre los estudiantes, los profesores y las mujeres (ver: <https://valientastransmedia.javerianacali.edu.co/>).

Por su parte, el diseño e implementación del taller psicoeducativo en cada una de las ciudades, para las mujeres participantes, al surgir de las conversaciones con ellas, facilitó la consolidación de recursos personales en pro de su salud y bienestar, desde el autocuidado consciente y las habilidades para la vida.

Finalmente, las participantes valoran el proceso de TranSER como una oportunidad para el fortalecimiento de una red de mujeres trans al interior de las ciudades y a nivel nacional, dado que pudieron compartir algunos espacios en el Primer Encuentro Nacional de Mujeres Trans, el 14 de diciembre del 2021.

Recomendaciones

TranSER reconoce y resalta la urgencia de diseñar e implementar estrategias, procesos y abordajes que hagan contrapeso a la patologización, medicalización y violencias estructurales y socioculturales de las identidades trans. La psicología tiene un rol fundamental para interpelar y aportar a la construcción de una ciencia psicológica que no perpetúe las normatividades asociadas al género, desde la psicología de las diferencias o la realización de investigaciones que sigan acogiendo las categorías relacionadas con el sexo o el sexo asignado al nacer como símil del género y solo reconociendo construcciones binarias y cisgénero.

Otros aspectos que requieren del despliegue de acciones son las garantías de protección de las identidades trans para que puedan disfrutar de espacios socioculturales, políticos, comunes y ciudadanos para la construcción de sus proyectos de vida, el derecho a la salud y a tránsitos de género seguros. En el ámbito educativo y laboral, se requiere con prioridad mayores oportunidades y el desarrollo de políticas de inclusión que promuevan una mayor participación de las mujeres trans.



En el campo de la salud se requiere mayor construcción de conocimiento transdisciplinar, local, situado, común; con nuestras comunidades, así como la capacitación y formación de profesionales de la salud, la construcción de un modelo integral en salud para los tránsitos de género y de políticas públicas en pro de su salud y el bienestar, construidas participativamente con las mujeres trans como protagonistas de sus procesos.

Declaración de conflicto de interés: Los autores reportan no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos: A cada una de las personas participantes; las lideresas: Leidy Katherine Albaracín (Bucaramanga), Natalia Orozco (Cartagena), Viviam Karina Savaleta (Bogotá), Brittany de la Vega (Calarcá) y Sandra Martínez (Armenia). En la Pontificia Universidad Javeriana de Cali a Carolina Duarte Alarcón, Ana Lucía Valenzuela, entre otros profesores, a la Decanatura de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, a la dirección del Departamento de Ciencias Sociales, a la Oficina de Investigación y Desarrollo, al Sello Editorial Javeriano y al Consultorio Jurídico.

Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia

A Vanessa Concha Valderrama, Diana Estefanny Arce, Juan Pablo Alvarado, Juliana Galvis Álvarez, Camila Chiran, Isabela Castañeda, Angie Vanessa Carreño, Rita María Rivera, entre otros egresados. A estudiantes de las carreras de Psicología, Comunicación y Derecho, en especial a Carolina Moreno Londoño y al Semillero TranSER. A profesionales vinculados de manera directa e indirecta en las diversas actividades de TranSER. A los doctores Pío López y Eduardo López Medina, del Centro de Estudios en Infectología Pediátrica. Al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.



Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2010). Bogotá ciudad de estadísticas: lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en cifras. http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolitic/politic/LGBTI/Observatorio/Estadisticas_LGBT_2010.pdf20ROJAS.pdf

American Psychological Association [APA]. (2011). Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. Comunicaciones Públicas y de Afiliados de la APA, 1-6. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/brochure-personas-trans.pdf>

Anderson, H. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8-24. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x>

Arce, D., Hoyos-Hernández & Ramos-Lucca, A. (2022). Experiencias de atención en salud a mujeres trans en Colombia. *Revista Pensamiento Psicológico*, 20, 1-13. [10.11144/Javerianacali.PPSI20.samt](https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI20.samt)

Aylagas-Crespillo M., García-Barbero Ó. & Rodríguez-Martín B. (2017). Barreras en la asistencia sociosanitaria en personas transexuales: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Clínica*, 28, 247-259.

Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N. & Edwards, L. V. (2017). Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 44(1), 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.11.003>

Bockting, W. O., Huang, C., Ding, H., Robinson, B. E. & Rosser, B. R. S. (2005a). Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks. *International Journal of Transgenderism*, 8(2), 123-131.

Bockting, W. O., Robinson, B. E., Forberg, J. B. & Scheltema, K. (2005b). Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS Care*, 17(3), 289-303.

Bockting, W., Miner, M., Swinburne Romine, R., Hamilton, R. & Coleman, E. (2011a). Stigma, mental health, and resilience among an online sample 156 of the U.S. transgender population. Manuscrito sometido al *American Journal of Public Health*.

Bockting, W. & Katley, J. (2011b). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral a personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Organización Panamericana de la salud, OPS. <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>

Colombia Diversa. (2012). Cuando el perjuicio mata. Informe de derechos humano de lesbianas, gay, bisexuales y personas trans.

Colombia Diversa. (2015). Informe de Derechos Humanos de lesbianas, gay, bisexuales y personas trans en Colombia 2013-2014.

Colombia Diversa. (2019). Informe de derechos humanos de personas LGBT en Colombia 2019. <https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/03/Mas-que-cifras.pdf>

Colombia Diversa, Caribe Afirmativo y Santamaría Fundación. (2017). Entre el miedo y la resistencia. Informe de derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans. Recuperado de http://www.colombiadiversa.org/ddhh-2017/pdf/Informe_completo_DDHH_Violencia.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. (2015). Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Sage publications.

Domínguez, C.M., Ramírez, S.V. & Arrivillaga-Quintero, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296-309. <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>

Escalante-Gómez, E. & Páramo, M.A. (2011). Aproximación al análisis de datos cualitativos. Aplicación en la práctica investigativa. Editorial de la Universidad de Aconcagua.

Estrada-Montoya, J. & García-Becerra, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad el VIH/sida en mujeres transgénero en Colombia. *Revista Gerencia en Políticas de Salud*, 9(18), 90-102.

Galvis Ramos, J. F., Parra Agudelo, P. A. & Rocha Español, A. (2019). Empleabilidad e inclusión laboral de personas transgénero en la ciudad de Bogotá. <http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/6204>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M. P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. McGraw Hill Education. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hosking, D. M. & Pluut, B. (2010). (Re)constructing Reflexivity: A Relational Constructionist Approach. *The Qualitative Report*, 15(1), 59-75 <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-1/hosking.pdf>

Hoyos-Hernández, P. A. & Valderrama Obergozo, L. J. (2020). Necesidades en la atención en salud desde la perspectiva de las mujeres trans. En C. A. Tobar Tovar y M. T. Varela Arévalo (Eds.), *Ciclos de vida y vulnerabilidad social en el Valle del Cauca* (pp. 119-125). Sello Editorial Javeriano. <https://acortar.link/QmmbWF>

Hoyos-Hernández, P. A., Valderrama-Orbegozo, L. J. Correa Sánchez, D., Peláez, M. S., Arce-Leonel, D. E., Concha Valderrama, V., Duarte Alarcón, C., Soto Díaz, L. A., Lozada-Páez, M., Galvis Álvarez, J., Montaña, P. & Gil, M. N. (2021a). *TranSER: experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia*. Sello Editorial Javeriano.

Hoyos-Hernández, Duarte, A. & Valderrama, L.J. (2023) Atención en salud a personas con identidades trans en América Latina y el Caribe: revisión sistematizada". *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 40(1).

Hoyos-Hernández, P.A., Concha V., Valderrama, L., Díaz, J.D. & Tovar, J. R. (2021b). Adherencia a las conductas preventivas de la COVID-19 en mujeres trans colombianas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 190-199.

Tobar, C. A. & Hoyos-Hernández, P.A. (2021). Presentación: El seminario temático TranSER y el compromiso con la investigación formativa sobre las diversidades de géneros en Colombia. En: Tobar, C. A. (2021, septiembre) Número 16: Cuaderno Javeriano de Comunicación, Diversidad de géneros (pp. 5-11). Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Compilación y edición: Tobar, C. A., Hoyos, P.A. y Amorocho, T. Producto vinculado al Programa TranSER. <http://hdl.handle.net/11522/14761>

Jiménez-Castaño, J., Cardona-Acevedo, M. & Sánchez-Muñoz, M. D. P. (2017). Discriminación y exclusión laboral en la comunidad LGBT: un estudio de caso en la localidad de chapinero, Bogotá, Colombia. *Papeles de población*, 23(93), 231-267. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.028>

Lasso Báez, R. A. (2014). *Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros*. *CES Psicología*, 7(2), 108-125. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802014000200009

Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial No 46.383. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Loehr, K. (2007). *Transvestites in Buenos Aires: Prostitution, poverty, and policy*. Dissertation, Georgetown University and Universidad de San Martín, Argentina.

Losada Posada, B., Mendoza Ariza, J. M., Reyes Jaimes J. M., Sarmiento Muñoz, J. E., Mejía Cortés, L., Cadena Chala M. C. & Cuenca Tovar, R. E. (2018). *La mujer trans, vida y trabajo*. Editorial Universidad Manuela Beltrán. <https://isbn.cloud/9789585467521/la-mujer-trans-vida-y-trabajo/>

Lozano Beltrán, J.A. (2018). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero residentes en Bogotá, durante sus procesos de tránsito de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 99-119. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/60837>

Mas-Grau, J. (2013). La patologización de la transexualidad: un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género *Quaderns de l'Institut Catala d'Antropologia*, 18, 65-79.

McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and social change: A relational constructionist approach*. Routledge.

Mecanismo de Coordinación País y Proyecto VIH Fondo Mundial. (2013). Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia, 2012. <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Informes%20Trimestrales%20VIH/2012/Prevalencia%20VIH%20Trans%202012.pdf>

Mejía, A. & Benavides, L. F. (2008). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_lgbt_2008.pdf

Mieles Barrera, M. D., Tonon, G. & Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, (74), 195-225. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072012000200010

Montoya, D. & Hoyos-Hernández, P. A. (2022). Valientas transmedia: estrategia de comunicación con la comunidad trans. Sello Editorial Javeriano.

Muñoz Najar, M. F. (2017). Percepción de la calidad de vida que tiene un grupo de mujeres transgénero que ejerce la prostitución en el barrio Santa Fe localidad de Mártires. [Tesis de Maestría, Universidad de La Salle]. https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_gestion_desarrollo/117/

Nuttbrock, L., Bockting, W., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Marci, M. & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy* 24(2), 108-125.

Posso, J. L. y La Furcia, A. L. (2016). El fantasma de la puta-peluquera: Género, trabajo y estilistas trans en Cali y San Andrés Isla, Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Río de Janeiro)*, (24), 172-214. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.08.a>

Resolución 8430 (4 octubre de 1993). Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Santiago, J., Gómez, J. M., Etchebarne, I. & Roussos, A. J. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, XVIII, 47-56.

Sierra-Alarcón, C. A., Useche- Idana, B., Botero-Ortiz, S. & Mecanismo de Coordinación País. (2016). Resultado del estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-vulnerabilidad-mujeres-trans.pdf>

Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R. & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308-315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>

Wolford-Clevenger, C., Frantell, K., Smith, P. N., Flores, L. Y. & Stuart, G. L. (2018). Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: A systematic review guided by ideation-to-action theory. *Clinical Psychology Review*, 63, 93-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.009>



COLEGIO COLOMBIANO DE
PSICÓLOGOS

6^{ta} edición

EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS

EN ATENCIÓN PSICOLÓGICA
Y PSICOSOCIAL EN
COLOMBIA