

**EVALUACIÓN DEL COMPONENTE “ACOMPañAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO”
DEL PROGRAMA TRANSFORMANDO EL CíRCULO DE LA VIOLENCIA,
SANTIAGO DE CALI, 2018 - 2023**

Jaime Arley González Arias

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI

2025

EVALUACIÓN DEL COMPONENTE “ACOMPañAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO”
DEL PROGRAMA TRANSFORMANDO EL CíRCULO DE LA VIOLENCIA, SANTIAGO
DE CALI, 2018 - 2023

Jaime Arley González Arias

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

María Janeth Mosquera Becerra, PhD (Sociología con énfasis en inequidades
sociales)

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI

2025

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, agosto del 2025

Tabla de contenido

Resumen.....	9
1. Planteamiento del problema de investigación	11
2. Estado del arte.....	16
3. Aproximación teórica	21
4. Objetivos.....	24
4.1 Objetivo general:.....	24
Evaluar el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa Transformando el Círculo de la Violencia implementado en un hospital público de la red de servicios de salud del Suroccidente colombiano, 2018-2023.	24
4.2 Objetivos específicos:	24
5. Metodología	25
6. Consideraciones éticas.....	41
7. Resultados.....	44
7.1 Descripción del Programa Transformando el Círculo de la Violencia y del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”	46
7.2 Teoría del Programa y del componente de “Acompañamiento Extrahospitalario”	57
7.3 Evaluación de coherencia: relación entre los objetivos, las actividades y los recursos del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”:	60

7.4 Coherencia entre la teoría del programa y el componente “Acompañamiento Extrahospitalario”	64
7.5 Evaluación de relevancia	66
7.5.1 Evaluación de la relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa TCV desde la perspectiva de los jóvenes:.....	67
7.5.2 Análisis de redes temáticas	68
7.5.3 Evaluación de relevancia desde la revisión rápida de alcance	93
8. Discusión y conclusiones.....	103
9. Bibliografía.....	111
10. Anexos.....	120

Lista de tablas

Tabla 1. Desarrollo de la metodología	26
Tabla 2. Lista de verificación de calidad de los estudios incluidos.	39
Tabla 3. Caracterización de participantes.....	67

Lista de figuras

Figura 1. Evaluaciones de acuerdo con las fases de los programas.....	21
Figura 2. Estructura del Programa Transformando el Círculo de la Violencia	47
Figura 3. Teoría del programa.....	59
Figura 4. Estructura del Programa TCV: Relación entre objetivos y actividades.....	60
Figura 5. Correlación entre los determinantes del contexto y las actividades de Programa	63
Figura 6. Red temática para “El componente Acompañamiento Extrahospitalario ofrece condiciones para sostenerse el proceso de recuperación”	72
Figura 7. Red temática para “Percepción persistente de amenaza e inseguridad después de vivir experiencias de violencia”	84
Figura 8. Red temática para “Cambiano de estatus social”	93
Figura 9. Diagrama de flujo de revisión de alcance rápida.....	94

Lista de anexos

Anexo 1. Inventario de documentos del Programa TCV (2018 - 2023)	120
Anexo 2. Base de datos jóvenes acompañados por lo menos un año.	122
Anexo 3. Protocolo para el desarrollo de entrevistas a los-las jóvenes.....	123
Anexo 4. Protocolo de revisión de alcance rápida.....	126
Anexo 5. Consentimiento informado.....	127
Anexo 6. Ficha de caracterización	136
Anexo 7. Guía de acompañamiento psicológico.	137
Anexo 8. Guía de acompañamiento familiar.....	138
Anexo 9. Verificación de calidad de los estudios.....	139
Anexo 10. Caracterización de los estudios incluidos.....	141
Anexo 11. Tipos de intervenciones de los HVIP	143
Anexo 12. Evidencia sobre intervenciones extrahospitalarias de los HVIP	145
Anexo 13. Efectividad de los HVIP en la reincidencia y mortalidad por nuevos eventos de violencia interpersonal.....	146

1. Resumen

Objetivo: Evaluar el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa Transformando el Círculo de la Violencia implementado en un hospital público de la red de servicios de salud del Suroccidente colombiano, 2018-2023.

Metodología: se llevó a cabo una investigación evaluativa entendida como un proceso que aplicó procedimientos científicos para acumular evidencia válida y flexible para comprender cómo un conjunto de actividades produce resultados concretos, usando revisión documental, entrevistas y revisión de literatura.

Primero, se levantó la teoría del programa mediante la revisión documental y la consulta a agentes de cambio (equipo del Programa TCV). Segundo, se evaluó la coherencia del componente, analizando su alineación interna a partir de la relación entre objetivos, recursos y actividades, así como la correspondencia entre la teoría del programa, entendida como sus postulados, supuestos teóricos y mecanismos de cambio, y las actividades desarrolladas en el componente. Tercero, se evaluó la relevancia del componente a través de entrevistas a jóvenes beneficiarios con diversos perfiles, con el fin de identificar necesidades. Además, se indagó en qué medida dichas estrategias contribuyeron a disminuir el reingreso hospitalario por nuevas heridas o fallecimientos a causa de la violencia. Finalmente, se realizó una revisión rápida de alcance para evaluar en qué medida las acciones desarrolladas para reducir la reincidencia y la mortalidad por violencia interpersonal estuvieron alineadas con la evidencia científica disponible hasta el momento.

Resultados: La evaluación permitió delimitar conceptualmente el modelo de intervención del Programa TCV y reconstruir la teoría del programa, identificando

mecanismos clave que favorecen cambios en la vida de jóvenes afectados por la violencia. El análisis de la relevancia, apoyado en la voz de los jóvenes egresados y en la literatura académica, evidenció que programa está en concordancia con los factores de éxito descritos en estudios internacionales como con las condiciones de vida de los jóvenes en la ciudad de Cali.

Conclusión: Evaluar la coherencia y relevancia de programas de prevención de la violencia juvenil constituye una estrategia clave para favorecer su replicabilidad. Hacer visibles los mecanismos de cambio esperados y orientar acciones de mejora permite avanzar hacia modelos de intervención más efectivos y contextualizados.

Palabras claves: Adolescente; Jóvenes; Reincidencia Criminal; Violencia Interpersonal; Prevención de la Violencia; Evaluación de Programas; Recurrencia; Evaluación de Coherencia; Evaluación de Relevancia; Hospital-Based Interventional Program; HVIP.

1. Planteamiento del problema de investigación

En el informe sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (1996) se señaló la necesidad de prevenir la violencia como una prioridad de salud pública, dado los impactos del fenómeno a nivel sanitario, social y judicial (2). Los datos de 2019 de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito mostraron que la tasa de homicidio por año a nivel mundial es de 6.1 por 100.000 habitantes y en la región de las Américas es de 17,2. Se estimó que los jóvenes aportan 43% al total mundial de casos de violencia y 83% corresponde al sexo masculino en edades de 10 a 29 años. Para desenlaces no fatales las personas requerían tratamientos hospitalarios con afectaciones, en algunos de los casos, de por vida (3)

La violencia interpersonal en Colombia, según datos recientes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses con una tasa de 27,31 casos por cada 100,000 habitantes a nivel nacional (4). El Valle del Cauca se posicionó como el cuarto departamento con más casos de violencia interpersonal, registrando 2.424 casos de homicidio, de los cuales 1.057 fueron reportados en Cali, con una tasa de 52,26 por cada 100.000 habitantes (4). El Instituto CISALVA señaló que entre 1993 y 2018, Cali experimentó 45,819 homicidios, con un promedio de 1,762 por año y 4.8 por día (5). Estas situaciones violentas fueron asociadas a diversos factores, tales como problemas de convivencia, presencia de pandillas y crimen organizado (5). Más del 90% de las víctimas fueron hombres, mayormente heridos por armas de fuego (5). Se reportó que los homicidios fueron más frecuentes en adultos jóvenes de 20 a 25 años, con niveles de educación básica primaria, consumo de sustancias psicoactivas, pertenencia a un

grupo étnico, condición de desplazamiento, situación de calle o identificación con la comunidad LGBTIQ+ (4).

Los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) recopilaron diferentes iniciativas implementadas para prevenir la violencia a nivel mundial (6). Quizás el mayor aporte se encontró en El Manual para la Documentación de los Programas de Prevención de Violencia Interpersonal, el cual definió los tipos de intervenciones (individuales o comportamentales, relacionales, comunitarios y sociales) para mejorar la eficiencia mediante la identificación y fortalecimiento de intervenciones probadas con objetivos consistentes y métodos que puedan apoyar los esfuerzos de los demás países (7). Entre las intervenciones en el ámbito comunitario, se identificaron aquellas desarrolladas en entornos hospitalarios, enfocadas en el tratamiento de lesiones y terapia para personas expuestas a violencia (7).

Las intervenciones de prevención de violencia juvenil en instituciones de salud tuvieron su origen en los Estados Unidos (E.U) a finales de los años 1990 e inicios del 2000, dentro de los hospitales de alta complejidad (8), y actualmente son conocidas como Hospital-Based Violence Intervention Programs (HVIP). En el año 2016, se creó la “Red Nacional de Programas de Intervención de Violencia en Hospitales” (NNHVIP), posteriormente conocida como “Alianza de Salud para la Intervención de la Violencia” (HAVI) que tiene como objetivo adelantar gestión de políticas que permitan la atención intersectorial del trauma (8). Las evaluaciones de este tipo de programas han mostrado reducción en la reincidencia y mortalidad por nuevas heridas de trauma por violencia

interpersonal, una buena relación costo efectividad, pues estos programas han contribuido a salvar vidas y reducen costos en los sistemas de salud y judicial (9).

Bonne y Dicker (2020) plantearon como retos la evaluación de los programas más allá de la presencia o no de un nuevo evento (lesión traumática), evidenciar los factores ecológicos (familiares, comunitarios y sociales) que pasan inadvertidos en análisis de carácter individual y crear un modelo de salud pública adaptable para la intervención de violencia (9).

En El Salvador, el Programa Sanando Heridas de Glasswing Internacional fue creado en el año 2016, con intervenciones a pacientes con heridas de trauma de origen violento que ingresaban al Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro” en San Bartolo y del Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” en Zacamil, los abordajes posteriores a la hospitalización se realizaron a través de articulaciones con otras instituciones u organizaciones comunitarias (10). La evaluación de este programa evidenció una reducción del 24% a 30% en la reincidencia por actos de violencia, así como un ahorro anual en gastos de salud. Además, las percepciones de los usuarios permitieron identificar elementos adicionales como la importancia del rol de los profesionales, la voluntad de ayuda en un momento crítico, las personas desarrollan habilidades para ser gestores de cambio, las estrategias de intervención, la atención personalizada y la construcción de capacidades para la empleabilidad y la gestión de recursos (10). Si bien, en las conclusiones destacaron la importancia de lo comunitario, persistió una limitación en las evaluaciones: la falta de integración entre los programas y el contexto social donde se implementaron. Es decir, no se incorporaron análisis en múltiples niveles, como el interpersonal o las condiciones de vida de la población.

En Colombia, el Programa “Transformando el Círculo de la Violencia: La hospitalización una oportunidad”, fue creado en 2018 en un hospital de la red de servicios de salud del sur occidente colombiano, y atendió 1.941 jóvenes de Cali y del Valle del Cauca con heridas de alta complejidad por violencia interpersonal (11); constituyéndose en el primer programa de su tipo en el país. Inicialmente, el programa fue concebido como un proyecto piloto basado en los HVIP de Estados Unidos e incorporó la metodología de “Pedagogía de Emergencia” en la intervención intrahospitalaria. Esta metodología, basada en el arte y la pedagogía Waldorf buscó abordar las heridas emocionales de los jóvenes hospitalizados en la sala de cirugía hombres (12).

En 2018, se realizó una fase piloto de acompañamiento a 60 jóvenes mediante visitas domiciliarias, lo que generó las evidencias para que en 2019 se estructurara una metodología de trabajo extrahospitalaria con seis pasos: recuperación física y emocional, trabajo familiar, proyecto de vida, desarrollo de habilidades sociales y ayuda a otros. El programa buscó reducir la reincidencia y mortalidad de jóvenes en la ciudad de Cali (13).

Hasta la fecha de esta investigación (2023), ni el programa en general, ni el componente de acompañamiento extrahospitalario ha sido evaluado. Esta propuesta de investigación buscó responder la siguiente pregunta ¿Cuál ha sido la coherencia y la relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa Transformando el Círculo de la Violencia frente a los objetivos de prevención de la violencia juvenil en un hospital de la red de servicios de salud del suroccidente colombiano durante el periodo 2018-2023?

La investigación evaluativa desarrollada resultó pertinente, considerando que el componente de acompañamiento extrahospitalario del programa se pretende ampliar a

otros programas hospitalarios en la ciudad de Cali (7) dada la ubicación estratégica de Santiago de Cali para la prevención de la violencia (11). Además, la evaluación permitió conocer cómo fueron diseñadas e implementadas las intervenciones en los niveles individual, social y comunitario (9), lo cual resultó clave para informar cómo el programa está aportando a la solución de una problemática de ciudad. Finalmente, esta evaluación se configuró como un aporte al conocimiento para futuros profesionales de la salud pública interesados en analizar intervenciones de prevención de la violencia en el entorno hospitalario.

2. Estado del arte

Se encuentran pocas estrategias de prevención de violencia que se han implementado y evaluado en hospitales. En este apartado se presentan los principales resultados encontrados en evaluaciones de Programas de Prevención de la Violencia Juvenil en hospitales. En general, los estudios muestran la disminución en la reincidencia y mortalidad como resultados de las intervenciones.

Los Hospital Violence Interventional Program (HVIP) de los Estados Unidos parten de la hipótesis que la hospitalización es un escenario único para servir en medio de la crisis por permitir un aprendizaje significativo y su potencial para curar el trauma psicológico (14) posterior a una herida por violencia comunitaria. Hasta el momento este tipo de intervenciones son referentes en la prevención de violencia en contextos hospitalarios para los hospitales de alta complejidad en los Estados Unidos (8).

Ranjan et al. (15) llaman la atención sobre la importancia de brindar información detallada sobre las experiencias de los participantes y dinámicas de la comunidad en las evaluaciones. Un estudio de casos y controles realizado en un Hospital de San Francisco (Estados Unidos) en un Programa de Intervención en Violencia (VIP), tomando un periodo de diez años, mostró que la reincidencia por nuevas heridas de origen violento puede disminuir un 50% comparado con un control histórico que no recibió ningún tipo de acompañamiento (16); cabe resaltar que un estudio descriptivo de serie de casos complementa este resultado al encontrar que los VIP cumplen objetivos sociales y de salud que pueden determinar resultados incluso a corto plazo (17).

A su vez, estudios de cohorte han permitido encontrar la relación entre resultados intermedios (mejora de la salud mental, educación, trabajo, vivienda o asistencia básica)

con hacer “frente a los factores estresantes” (18), disminución en la reincidencia en actos delictivos o agresividad (19) y tener adherencia en el proceso de acompañamiento (20). Un estudio similar con 2243 personas que ingresaron con heridas de origen violencia comunitaria entre 2006 hasta el 2018 en la ciudad de Boston (Estados Unidos) mostró que las metas relacionadas con asistencia básica y recuperación en la salud física tienen más probabilidad de ser alcanzados con éxito a corto plazo, mientras que la educación, trabajo y vivienda requieren de adherencia a los proceso, acompañamiento y seguimiento a largo plazo (20).

Entre los estudios transversales se destaca el Programa de Transformación de Pandillas en la ciudad de Cali con la participación de 2107 jóvenes de 84 pandillas, que si bien no se acompañaron de manera hospitalaria si tuvieron un abordaje comunitario que aporta otros elementos dirigidos a asegurar logros en estos programas: favorecer el acceso a servicios (educación, trabajo, recreación y deporte), crear intervenciones para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas, restitución de los derechos ciudadanos y desarrollo de habilidades ocupacionales, participación social y trabajo entre pares (21).

Entre general, los investigadores señalan que en futuras evaluaciones se deben considerar los factores del contexto que dificultan la adherencia de los jóvenes a los programas e identificar qué estrategias responden mejor a la prevención de la violencia escuchando la voz de todos los actores involucrados en el proceso, sobre todo a los jóvenes (15–17). Además, tener en cuenta los principales predictores de logros a largo plazo para el retorno de los jóvenes a sus vidas de manera saludable, por ejemplo: la educación, el trabajo, vivienda o superación de secuelas producto del trauma (18–21).

Los mayores aportes encontrados en estudios exploratorios, sobre todo las revisiones de alcance están relacionadas con el análisis de los Programas VIP en torno a las debilidades y fortalezas en el acompañamiento de los jóvenes en aras de plantear en las evaluaciones características relacionadas con los profesionales y los contextos en que se desarrollan las acciones (9, 15, 20, 22). Ranjan S, et al. afirman que los profesionales a través de la experiencia desarrollan conocimientos que les permiten ofrecer información relevante sobre las necesidades para lograr cambios importantes y captan los matices de las primeras fases de implementación (15).

Mueller, et al. identifican que en la evaluación de programas HVIP no solo es pertinente abordar los factores asociados a la violencia sino, también, la eficiencia clínica y rentabilidad para garantizar la sostenibilidad en el tiempo y superación de los riesgos teniendo en cuenta el contexto de recortes financieros dadas las prioridades presupuestales en los hospitales (19).

En cuanto a la eficiencia clínica se encuentran investigaciones que muestran en sus resultados ahorros anuales significativos de UDS \$3.3 millones al disminuir la reincidencia y, por ende, la prestación de servicios quirúrgicos y postquirúrgicos (10). Incluso, la reincidencia podría llegar a 45% (1 de cada 2) de los jóvenes con lesiones de trauma vuelven en los siguientes 5 años, además ser víctima de violencia aumenta la posibilidad de ser agresor generando más lesionados; por tanto, el sistema de salud se sobrecarga por los altos costos involucrados en la atención de pacientes con heridas no mortales que requieren hospitalizaciones, en muchos casos, prolongadas (23).

Cabe mencionar que los resultados de las evaluaciones proponen como temas vitales para la sostenibilidad de los programas la construcción de un modelo que permita hacer

comparaciones entre los programas de cada hospital (14); la realización de evaluaciones de eficiencia (14) y; la construcción de redes con aliados en la comunidad, universidades e instituciones locales y regionales (14).

Por otro lado, los datos de las evaluaciones de los programas HIVIP han evidenciado la necesidad de prestar atención a resultados relacionados con la mejora en la salud mental, regreso a la escuela o trabajo, menor consumo de sustancias psicoactivas y reducción de ideas de venganza (9). Tal vez, la principal causa de no prestar atención a este tipo de resultados es que han variado ampliamente entre los estudios y limitan la capacidad de compartir las mejores prácticas entre los diferentes programas (22).

Quizás la evidencia más fuerte de pertinencia de los programas la aportan el acompañamiento a jóvenes con mayor riesgo por las múltiples problemáticas y necesidades de acompañamiento como, por ejemplo, desempleo, pobreza, vivienda insegura y secuelas de salud posteriores al trauma; sin embargo, estos jóvenes requiere de un abordaje y seguimiento alrededor de servicios de atención médica, relacional y social (14,15). En conclusión, las evaluaciones han empezado a mostrar no solo la pertinencia de los programas para producir ahorros en la atención médica y procesos legales sino, también, los mecanismos y componentes más significativos de los programas para la prevención de la violencia en jóvenes con lesiones por violencia interpersonal (15).

Finalmente, la investigación que permite visualizar en mayor magnitud la cantidad de indicadores que se han venido documentando a través de las evaluaciones la realizó Monopoli et al, (22), quienes encontraron 32 indicadores de medición en los programas de acompañamiento a jóvenes en 10 programas de Estados Unidos. Entre los

indicadores se destaca la salud psicosocial como un elemento determinante para tener comportamientos saludables posteriores a la lesión y la capacidad de sobreponerse a factores de riesgo del contexto. Además, se encontraron indicadores expresados como fortalezas que no se habían incluido hasta ese momento en otras evaluaciones como, por ejemplo, mejor afrontamiento, regulación de emociones, apoyo social de familiares o adultos modelos a seguir, mejor satisfacción de la vida y orientación hacia el futuro (22).

En síntesis, las evaluaciones de Hospital Violence Interventional Program señalan que en futuros estudios se deben considerar los factores del contexto que dificultan la adherencia de los jóvenes a los programas e identificar qué estrategias responden mejor a la prevención de la violencia (15-17). Entre las debilidades reportadas en las investigaciones están la omisión de consideraciones relacionadas con los profesionales involucrados y la voz de los jóvenes (9). También, hace falta una comprensión más profunda de las acciones implementadas que favorecen la obtención de los resultados esperados (22). En cuanto a las fortalezas de las intervenciones intrahospitalarias se destaca mejora en la salud mental, retornar a escuela o trabajo y reducción en la reincidencia y muerte (15). Estos hallazgos resaltan la importancia de seguir profundizando en la comprensión de los programas existentes.

3. Aproximación teórica

En esta investigación evaluativa se tomó como referente el modelo teórico propuesto por Potvin et al. (27). Estos autores plantean tres características sobre las intervenciones en salud pública. Primero, que los programas son dinámicos, complejos y dependientes del contexto; segundo, que estos están compuestos por elementos estructurales como objetivos, recursos y actividades y; tercero, que los programas pasan o se desarrollan por fases.

Con base en dichas características, Potvin et al. (27) proponen cinco componentes para la evaluación de programas: coherencia, relevancia, resultados, logros y capacidad de respuesta. La figura 1 muestra el modelo teórico de Potvin et al (27), el cual ilustra la dinámica interna de los programas y su relación con las posibles preguntas de evaluación.

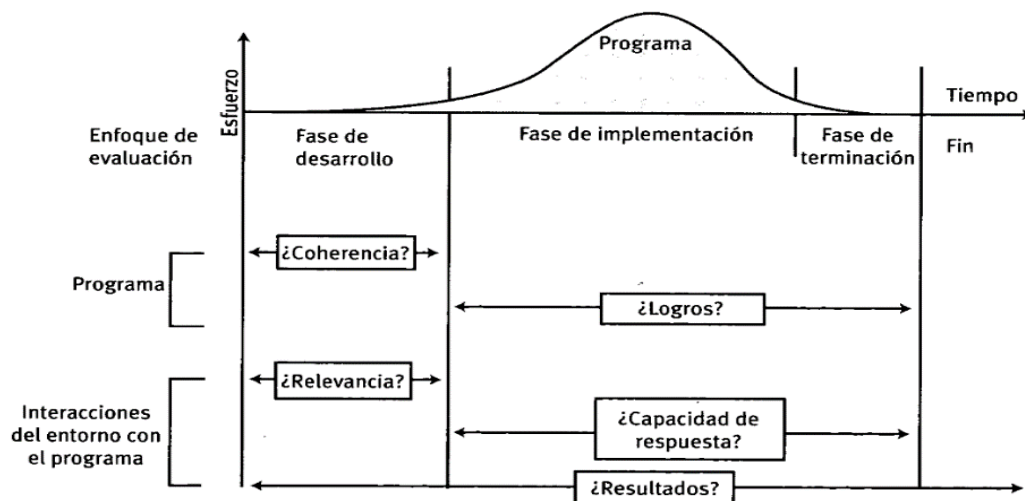


Figura 1. Evaluaciones de acuerdo con las fases de los programas
Fuente: Potvin et al (27)

En esta investigación, se priorizó la evaluación relacionada con la coherencia y relevancia. En la fase de diseño, Potvin et al. (27) proponen evaluar la coherencia y la relevancia de los programas. Sin embargo, aunque las preguntas de evaluación en estos dos componentes están concebidas para aplicarse en dicha fase, en la práctica muchas intervenciones se realizan sin tener una descripción detallada de sus componentes, proceso y actividades (56) y no cuentan con una teoría del programa claramente formulada (55), lo cual fue el caso en la evaluación aquí presentada. Por lo tanto, al momento de la evaluación de coherencia y relevancia el programa ya está en la fase de implementación.

La evaluación de coherencia se relaciona con la operacionalización de los supuestos teóricos de la intervención, mientras que la evaluación de relevancia busca comprender de qué manera el programa contribuye al mejoramiento de las situaciones de salud que se pretenden modificar. En caso de que la teoría del cambio de la intervención o la teoría del programa no estén explícitas, una de las responsabilidades del evaluador consiste en reconstruir la teoría correspondiente, considerado aspecto esencial para el análisis de coherencia.

Respecto a la evaluación de relevancia, se plantea la necesidad de examinar en qué medida se ha empleado la evidencia científica disponible en la planificación y ejecución del programa (27). No obstante, también se reconoce la importancia de considerar la relevancia a nivel local, con el fin de evitar limitar los programas únicamente a la evidencia científica (27). Por esta razón, se propone integrar el conocimiento de los profesionales, quienes no solo ejecutan la intervención, sino que también participaron en la toma de decisiones locales. En este sentido, los profesionales pueden aportar a la

comprensión de la relevancia contextual del programa, en función de su aplicabilidad en escenarios específicos y su experiencia situada en las realidades locales (27). De ahí que estas evaluaciones se orienten hacia un enfoque horizontal, otorgando voz a los diversos actores involucrados.

En la fase de implementación, Potvin et al. (27) proponen evaluar los logros, los resultados y la capacidad de respuesta. La evaluación de logros se orienta a valorar si se avanza hacia el cumplimiento de los resultados esperados, mientras que la evaluación de resultados permite determinar si el programa produjo los cambios deseados. Por su parte, la capacidad de respuesta hace referencia a la capacidad del programa de adaptarse a las condiciones cambiantes del contexto social, político y económico (27).

Se escogió el modelo de evaluación de Potvin et al. (27) por su carácter comprensible y su enfoque dinámico, que reconoce que los programas evolucionan en el tiempo. El Programa Transformando el Círculo de la Violencia, creado en 2018, ha experimentado diversos ajustes a lo largo de su implementación, lo que hace pertinente analizar las relaciones internas entre sus componentes (objetivos, recursos y actividades), las personas que lo integran y el contexto en el que se desarrolla. Evaluar la relevancia resulta especialmente importante, dado que el programa ha incorporado múltiples elementos de los Hospital-Based Violence Intervention Programs (HVIP) desarrollados en Estados Unidos; aunque comparten principios generales frente al fenómeno de la violencia, el contexto latinoamericano presenta diferencias sustanciales en las estructuras de los sistemas de salud, educación y empleo. De igual forma, evaluar la coherencia y la relevancia es esencial, ya que el programa se ha consolidado como un referente para otros hospitales de la ciudad.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Evaluar el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa Transformando el Círculo de la Violencia implementado en un hospital público de la red de servicios de salud del Suroccidente colombiano, 2018-2023.

4.2 Objetivos específicos:

1. Describir el Programa Transformando el Círculo de la Violencia y el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” y levantar la teoría del programa.
2. Determinar la coherencia interna del Componente de “Acompañamiento Extrahospitalario, relación entre la teoría del programa¹, los objetivos, las actividades y los recursos que lo sustentan.
3. Determinar la relevancia de los objetivos del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” para alcanzar el cambio esperado del Programa Transformando el Círculo de la Violencia (No reincidencia por nuevas heridas y no mortalidad por violencia).

¹ Para esta investigación la teoría de la intervención o teoría del cambio tienen el mismo significado (28).

5. Metodología

Se llevó a cabo una investigación evaluativa, entendida como un proceso que aplica procedimientos científicos para acumular evidencia válida y flexible que permita comprender cómo un conjunto de actividades produce resultados concretos (29). Se evaluó la coherencia y relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa Transformando el Círculo de la Violencia, implementado en un hospital de la red pública del suroccidente colombiano, ubicado en el municipio de Santiago de Cali (Valle del Cauca, Colombia). Como ya se indicó, en esta evaluación la coherencia y la relevancia se evaluaron con el programa en la fase de implementación, pues no se contaba con un diseño de la intervención descrito de manera clara y exhaustiva; por ello, los resultados muestran que los entrevistados se refieren no a lo diseñado sino a lo implementado.

El Programa se dirige a adolescentes y jóvenes que han participado en eventos de violencia interpersonal en contextos comunitarios. Además, estos jóvenes presentan antecedentes en actividades delictivas, escasa o nula red familiar, desempleo, consumo de sustancias psicoactivas y relaciones confrontativas (13).

En la tabla 1 se presenta el resumen del desarrollo metodológico detallando por cada objetivo específico.

Tabla 1. Desarrollo de la metodología

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	ANÁLISIS
Describir el Programa Transformando el Círculo de la Violencia y el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” y levantar la teoría del programa.	Revisión de la documentación existente del Programa TCV	Inventario del programa, descripción detallada y representación gráfica.
Determinar la coherencia entre la teoría del programa y los objetivos, los recursos y las actividades del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”.	Consulta a los agentes de cambio en la intervención (Equipo del Programa TCV)	Análisis temático
Determinar la relevancia de los objetivos del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” para alcanzar el cambio esperado del Programa Transformando el Círculo de la Violencia (No reincidencia por nuevas heridas y no mortalidad por violencia).	1. Entrevistas a jóvenes beneficiarios del Programa TCV 2. Revisión de literatura sobre Programa de Prevención de la Violencia basados en la hospitalización.	Análisis de Redes Temáticas. Revisión Rápida de Alcance.

Fuente: Elaboración propia

Para facilitar la comprensión de la ruta metodológica que se llevó a cabo en esta evaluación, esta se presentó por cada objetivo específico:

- Descripción del Programa Transformando el Círculo de la Violencia y el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” y levantamiento de la teoría del programa:

Para cumplir este objetivo, se llevó a cabo una revisión documental, entendida como el proceso de identificar, consultar y obtener materiales pertinentes para el propósito del

estudio (30). Este proceso implicó extraer y recopilar información relevante y necesaria para describir el Programa Transformando el Círculo de la Violencia, el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” y levantar la teoría del programa (30). Se realizó un rastreo de la producción documental que respaldaba el programa, lo cual permitió construir una descripción detallada de su estructura, incluyendo objetivos, actividades y recursos, según lo propuesto por el modelo teórico de Louise Potvin et al. (27) para la evaluación de programas.

El investigador principal elaboró un inventario de los documentos oficiales generados por el Programa TCV durante el periodo de investigación (2018–2023). Estos documentos incluían bases de datos, documentos institucionales, guías, informes, manuales y diagramas producidos en el marco de la implementación del programa (Anexo 1). En total, se revisaron 33 documentos: 9 en formato Excel, 1 en formato PowerPoint 22 en formato Word y 2 en PDF.

De este conjunto, se seleccionaron 12 documentos clave que facilitaron una descripción en profundidad del programa, siguiendo el modelo teórico de Potvin et al. (27), el cual propone examinar la estructura interna de los programas (objetivos, recursos y actividades) y los supuestos que sustentan las acciones, con el fin de levantar la teoría del programa. Cabe resaltar que dicha teoría no se encontraba formulada explícitamente en los documentos, ni como texto escrito ni como representación gráfica. Se diseñó una tabla en Excel para organizar la información documental en las siguientes categorías:

Categorías para la revisión documental

1. Aspectos teóricos del programa
2. Objetivos generales y específicos
3. Actividades componente intra y extrahospitalario
4. Recursos humanos y materiales
5. Personas y roles identificadas como relevantes en la intervención.
6. Rasgos del contexto de la intervención
7. Resultados esperados a corto, mediano y largo plazo
8. Proceso de cambio/cambios esperados.

Toda la información fue leída y releída por el investigador principal con el fin de realizar una descripción detallada del programa y del componente de Acompañamiento Extrahospitalario. Adicionalmente, para el levantamiento de la teoría del programa se utilizó la propuesta de Reinholz y Andrews (2020), el cual propone hacer explícitos los supuestos o hipótesis presentes en las intervenciones sociales para comprender cómo y por qué los programas pueden generar los resultados esperados. Además, desde lo metodológico, ofrece una forma estructurada de representar la teoría del programa.

En este caso, el proceso metodológico consistió en identificar el cambio esperado del Programa Transformando el Círculo de la Violencia, definido como la no reincidencia o muerte por nuevos eventos de violencia interpersonal en los jóvenes participantes. Posteriormente, se identificaron los factores contextuales que podrían incidir en el desarrollo de la intervención, las condiciones previas necesarias para el cambio, así como los alcances y respuestas esperadas.

Con base en esta información, se construyó la vía de cambio, estableciendo las relaciones entre los supuestos teóricos, los efectos esperados de las actividades y los resultados esperados. Esta versión estructurada de la teoría del programa permitió identificar los mecanismos de cambio que subyacen a las actividades implementadas. Finalmente, se elaboraron dos representaciones gráficas: una del programa que incluía el componente de Acompañamiento Extrahospitalario, y otra correspondiente a la teoría del programa. Esta información fue revisada en consenso el 20 de febrero a las 2:00 p.m., en la Universidad del Valle (Escuela de Salud Pública), junto con tres (3) personas expertas del equipo operativo del programa, quienes desarrollaban actividades con los jóvenes tanto en contextos intra como extrahospitalarios. Los perfiles diversos de estas expertas permitieron construir una versión más ajustada de la teoría del programa (31). Las participantes en esta actividad tienen las siguientes características:

1. Psicóloga del Programa TCV: Desarrolló la guía de acompañamiento emocional y cuenta con más de dos años de experiencia en la implementación y liderazgo de acciones intra y extrahospitalarias enfocadas en la recuperación emocional de los jóvenes.
2. Trabajadora Social del Programa TCV: Experiencia en intervención en contextos comunitarios y acompañamiento a familiar y tiene más de un año de experiencia en la implementación de la guía de acompañamiento familiar del Programa TCV.
3. Gestora social: es una líder comunitaria, con formación como auxiliar de enfermería y tiene más de cuatro años de experiencia como Gestora Social del Programa TCV.

La metodología del consenso con las expertas del Programa TCV consistió en presentar dos representaciones gráficas: primero, el diagrama con la descripción del programa, el cual fue proyectado mediante video beam y también entregado en formato impreso a las personas participantes. Después de esta presentación inicial, se otorgaron 20 minutos para que las tres personas invitadas revisaran el diagrama y concertaran observaciones en conjunto. Se les ofrecieron materiales para escribir, establecer relaciones, realizar anotaciones o borrar sobre el diagrama, así como hojas adicionales para registrar comentarios y apreciaciones iniciales. Se brindó la posibilidad de ampliar el tiempo en caso de ser necesario.

La misma dinámica se aplicó para la revisión de la teoría del programa. Se realizaron dos rondas de consenso por cada diagrama, en el marco de una sesión que tuvo una duración total de una hora y treinta minutos. Finalmente, se logró construir una versión consensuada de la descripción del Programa Transformando el Círculo de la Violencia, del componente Acompañamiento Extrahospitalario y de la teoría del programa.

- Coherencia entre la teoría del programa² y los objetivos, los recursos y las actividades del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”:

Los insumos utilizados para la evaluación de coherencia provinieron del primer objetivo, el cual permitió una descripción detallada del Programa Transformando el Círculo de la Violencia, del componente Acompañamiento Extrahospitalario y el levantamiento de la teoría del programa. Estos resultados facilitaron la organización de la información y sirvieron como base para la evaluación de coherencia.

² Para esta investigación la teoría de la intervención o teoría del cambio tienen el mismo significado (28).

La evaluación de coherencia, fundamentada en el modelo de Potvin et al. (27), se enfocó en analizar la coherencia interna del programa a partir de dos dimensiones clave. La primera correspondió a la relación entre los objetivos, las actividades y los recursos del componente de Acompañamiento Extrahospitalario, lo cual permitió responder la pregunta: ¿Existe coherencia entre lo que el componente se propone lograr, los recursos que dispone y las actividades que ejecuta para alcanzar dichos objetivos?

La segunda dimensión evaluó la correspondencia entre la teoría del programa, entendida como sus postulados, supuestos teóricos y mecanismos de cambio, y las actividades desarrolladas en el componente extrahospitalario, con lo cual se buscó responder la pregunta: ¿Cómo se manifiestan los postulados y mecanismos de la teoría del programa en la implementación del componente Acompañamiento Extrahospitalario?

Para abordar este objetivo se implementó un análisis temático, como herramienta para organizar y cohesionar la información recopilada (32). Este proceso implicó comprender la complejidad inherente a la recolección y sistematización de datos derivados de las interacciones entre diversos actores (32). La aplicación de esta técnica permitió identificar relaciones y patrones dentro de fenómenos sociales específicos, en este caso, las dinámicas internas del componente de Acompañamiento Extrahospitalario, incluyendo su estructura, actores participantes y contexto institucional (32).

A partir de la agrupación de categorías asociadas a las preguntas de evaluación formuladas, se definieron los temas centrales de la evaluación. Finalmente, se identificaron de manera definitiva los temas relevantes y se establecieron jerarquías entre los hallazgos de la evaluación, con el fin de proporcionar una estructura clara y organizada a los resultados del análisis (32).

- Relevancia de los objetivos del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” para alcanzar el cambio esperado del Programa Transformando el Círculo de la Violencia (No reincidencia por nuevas heridas y no mortalidad por violencia):

La evaluación de relevancia se abordó desde dos enfoques complementarios: la perspectiva de los jóvenes participantes y la evidencia disponible en la literatura científica. En el primer enfoque, se exploró la experiencia de jóvenes con distintos perfiles (edad, sexo, tipo de lesión, educación y trabajo) clave dentro de la oferta del Programa TCV. A través de entrevistas a jóvenes egresados del Programa, se identificaron sus necesidades tras su egreso hospitalario y el retorno a sus entornos familiares, así como se indagó sobre su valoración de la oferta del programa, la utilidad percibida y los aspectos que consideraban necesarios mejorar.

En el segundo enfoque, se realizó una revisión rápida de alcance (rapid scoping review) con el fin de analizar la relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” frente al cambio esperado del programa (la no reincidencia por nuevas heridas y la no mortalidad por violencia interpersonal). Esta revisión buscó responder la pregunta central: ¿Qué evidencia existe sobre las intervenciones extrahospitalarias implementadas como parte del componente de acompañamiento comunitario de los Hospital-Based Violence Intervention Programs (HBVIPs) para prevenir la reincidencia y la mortalidad por violencia interpersonal? (ver anexo 4).

- Evaluación de relevancia desde la perspectiva de los jóvenes:

El proceso inició con la creación de una base de datos de los jóvenes egresados (234 jóvenes) del Programa Transformando el Círculo de la Violencia durante el periodo de investigación (2018–2023). Para cada uno se incluyó información sobre tiempo de acompañamiento, sexo, edad al ingreso, escolaridad y situación laboral antes y después del acompañamiento, presencia de discapacidad, fecha de egreso y números de contacto registrados. Se identificó que 19 jóvenes habían fallecido antes del inicio de la investigación.

Del total de jóvenes egresados (234) con números de teléfono de contacto, 81 cumplían con el criterio de haber recibido acompañamiento durante al menos un año, tiempo estimado para participar en la totalidad de las actividades del programa y de estos 8 habían fallecido, 5 de los jóvenes fallecidos habían sufrido lesiones medulares con paraplejia que desarrollaron úlceras por presión grado IV o infecciones urinarias por repetición y 3 por nuevas heridas por violencia interpersonal.

Los jóvenes vinculados al Programa Transformando el Círculo de la Violencia fueron hombres alrededor de los veinte años de edad, provenientes de contextos urbanos atravesados por la pobreza, con barreras para el acceso a educación y trabajo. Vivían en barrios afectados por la presencia de fronteras imaginarias, conflictos interpersonales y dinámicas de violencia territorial. Muchos habían interrumpido su formación escolar y se encontraban vinculados a trabajos informales o sin ocupación. Algunos presentaban discapacidades derivadas de lesiones por arma de fuego, principalmente paraplejas o

limitaciones motoras, mientras que otros habían tenido antecedentes judiciales o vínculos con pandillas (11).

La base de datos fue entregada a la monitora de investigación, encargada de establecer contacto con los jóvenes. A la monitora se le entregó un libreto para las llamadas, que incluía una presentación del programa para facilitar el reconocimiento por parte de los jóvenes. La búsqueda y el contacto telefónico con los jóvenes se realizó de manera aleatoria a partir de una base de datos conformada por 69 hombres (46 en situación de discapacidad) y 11 mujeres (2 con discapacidad ocular). Para seleccionar perfiles representativos, el investigador principal combinó variables como edad, sexo, tipo de discapacidad, nivel educativo y situación laboral tanto al ingreso como al egreso del programa (ver anexo 2).

Esto permitió definir perfiles tipo para orientar el agendamiento de las entrevistas cabe aclarar que de algunas posibles combinaciones no se encontraron casos. Los perfiles ajustados fueron:

1. Hombre con discapacidad, entre 13–17 años, sin escolaridad al ingreso, que estudia al egreso. (2 casos)
2. Hombre con discapacidad, 13–17 años, sin escolaridad al ingreso ni al egreso. (3 casos – 2 fallecidos)
3. Hombre sin discapacidad, 13–17 años, sin escolaridad al ingreso, que estudia al egreso. (4 casos)
4. Hombre sin discapacidad, 13–17 años, sin escolaridad al ingreso ni al egreso. (2 casos)

5. Hombre con discapacidad, 18–25 años, sin escolaridad o empleo al ingreso, que estudia o trabaja al egreso. (8 casos, 1 fallecido)
6. Hombre con discapacidad, 18–25 años, sin escolaridad o empleo al ingreso ni al egreso. (8 casos, 4 fallecidos)
7. Hombre sin discapacidad, 18–25 años, sin escolaridad o empleo al ingreso, que estudia o trabaja al egreso. (16 casos, 1 fallecido)
8. Hombre sin discapacidad, 18–25 años, sin escolaridad o empleo al ingreso ni al egreso. (2 casos)
9. Mujer sin discapacidad, 18–25 años, sin escolaridad o empleo al ingreso, que no estudiaba ni trabaja al egreso. (1 caso)
10. Mujer sin discapacidad, 18–25 años, sin escolaridad o empleo al ingreso, que estudia o trabaja al egreso. (4 caso)
11. Mujer sin discapacidad, 13–17 años, sin escolaridad al ingreso y escolaridad al egreso. (1 casos)
12. Mujeres sin discapacidad, 13–17 años, que estudiaba al ingreso y continuaban estudiando al egreso. (3 casos)
13. Mujeres con discapacidad, 18–25 años, que no estudiaba o trabajaba al ingreso y continuaba sin estudiar o trabajar al egreso. (1 casos)
14. Mujeres con discapacidad, 18–25 años, que no estudiaba o trabajaba al ingreso y estudiaba o trabajaba al egreso. (1 casos)

De estos perfiles se logró localizar por llamada telefónica y concretar para entrevista a personas de los perfiles 2, 5, 7, 10, 11 y 12. Las entrevistas se realizaron en un

consultorio en el Hospital Universitario del Valle, ya que, al ofrecer la posibilidad de realizarlas en casa, los participantes manifestaron preferencia por acudir al hospital teniendo en cuenta que se les proporcionó un transporte particular que los recogió en la casa y los llevó de regreso. La monitora gestionó la logística, recibió a los participantes y apoyó con la grabación de las entrevistas, previa firma del consentimiento informado. El investigador principal fue el encargado de realizar las entrevistas, dada su experiencia y conocimiento de las actividades del programa intra y extrahospitalaria.

Antes de cada entrevista se leyó el consentimiento informado a cada participante, se aclararon dudas y se entregó una copia física del mismo. Todas las personas entrevistadas eran mayores de edad al momento del estudio; si bien algunas eran menores al ingreso al programa, ya habían alcanzado la mayoría de edad (por la antigüedad de los casos, entre 2018–2025), por lo que no se requirió el asentimiento informado. La guía de entrevista fue probada en un piloto con el primer joven entrevistado, lo cual permitió hacer ajustes en la formulación de preguntas y en la dinámica de la conversación. Las entrevistas se transcribieron por parte de la monitora de la investigación con la revisión y supervisión del investigador principal para que la transcripción de los audios fuera tal cual lo expresaban los jóvenes.

La transcripción de las entrevistas fue realizada por la monitora bajo la supervisión del investigador principal. La lectura de las entrevistas, la selección de fragmentos según los temas y el análisis de redes temáticas fueron llevados a cabo por el investigador principal, siguiendo la propuesta metodología de Braun y Clarke (2006) y complementando con el enfoque de redes temáticas desarrollado por Attride-Stirling (2001). Este último facilita la organización jerárquica de los temas en niveles básicos,

organizadores y globales. Gracias a este enfoque, fue posible explorar y visualizar relaciones entre los temas emergentes, identificar patrones y comprender estructuras subyacentes en los relatos de los participantes (33).

Las etapas del análisis fueron las siguientes:

1. Identificación y categorización de fragmentos: Se seleccionaron segmentos relevantes de las transcripciones y se asignaron categorías: necesidades, oferta del programa y percepción de utilidad del programa con base en el modelo de Potvin et al. (27), como unidades de significado extraídas directamente de las narrativas de los jóvenes.
2. Agrupación de categorías en temas preliminares: Los fragmentos categorizados fueron organizados en grupos temáticos, estableciendo conexiones en función de su recurrencia y sentido compartido. Estas agrupaciones corresponden a los temas básicos dentro del modelo de Attride-Stirling (2001).
3. Refinamiento y consolidación de temas: Se revisaron los grupos temáticas y se organizaron para construir temas organizadores, los cuales permitieron una representación coherente y contextualizada de la información.
4. Construcción de la red temática: Se elaboró una representación visual que permitió comprender la jerarquía y estructura entre los temas globales, organizadores y básicos, facilitando el análisis de sus interrelaciones y conexiones dentro del discurso.
5. Análisis e interpretación: Se examinaron los patrones emergentes de la red temática para extraer conclusiones sobre la relevancia del componente de

Acompañamiento Extrahospitalario del Programa TCV, desde la perspectiva de los jóvenes.

Finalmente, los resultados de la evaluación se organizaron en torno a tres temas globales “El componente Acompañamiento Extrahospitalario ofrece condiciones para sostener el proceso de recuperación física”, “Percepción persistente de amenaza e inseguridad después de vivir experiencias de violencia” y “Cambiano de estatus social” orientados a resaltar la voz de los actores y su percepción sobre las intervenciones que impactan su vida.

- Evaluación de relevancia desde la literatura académica:

Para responder al tercer objetivo, relacionado con determinar la relevancia de los objetivos del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa TCV frente a la no reincidencia por nuevas heridas y la no mortalidad, se realizó a cabo una revisión de alcance rápida (rapid scoping review) (34) que se desarrolló en tres fases.

Primera fase: tamizaje inicial.

1. Se descargó los archivos en formato RIS de cada base de datos, se realizó una copia de respaldo y se cargaron en la plataforma Rayyan.
2. Se llevó a cabo el tamizaje utilizando las herramientas de la plataforma, lo que permitió eliminar los documentos duplicados, seleccionar los registros más completos y descartar los duplicados exactos.
3. Se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes que permite ver la plataforma conservando la información que arrojan los motores de búsqueda y se aplicaron

los criterios de inclusión establecidos en el protocolo (ver anexo 4). Los documentos fueron clasificados en tres categorías que tiene la plataforma Rayyan: incluir (Cumplen todos los criterios), excluir o revisar (en este último caso, se consultó con la tutora del trabajo de grado para la decisión final).

Segunda fase: lectura completa y revisión de calidad de los estudios.

1. Los documentos seleccionados fueron cargados en formato PDF a la plataforma Rayyan para la lectura completa.
2. Para la evaluación de calidad metodológica, se aplicó una lista ajustada de verificación TREND, basada en la propuesta de Crepaz y Des Jarlais (35). Esta adaptación consideró únicamente los ítems más alineados con los objetivos e intereses específicos de esta investigación.

La tabla 2 muestra las sesiones y los criterios de verificación aplicados a los artículos que avanzaron a la fase de análisis de resultados, con el propósito de evaluar su calidad en términos generales y no como criterios de exclusión.

Tabla 2. Lista de verificación de calidad de los estudios incluidos.

Sección	Qué se verificó
Título y resumen	Se revisó en la primera fase (tamizaje inicial) se revisaron los siguientes criterios para descartar: abordaron el tema central de la revisión (población, concepto y contexto) e investigación original que evaluará intervenciones.
Introducción	Formato estándar para artículos científicos (estructura IMRD)
Sustento teórico	Teoría que soporta la intervención
Métodos – Participantes	Criterios de inclusión, forma de reclutamiento y lugar donde se hizo.

Métodos – Intervención	Descripción de la intervención (contenido, duración, frecuencia, quién lo impartió, en qué lugar, etc.)
Objetivos	Que estén claramente definidos los objetivos e hipótesis del estudio y/o la intervención.
Resultados esperados	Indicadores relacionados con la investigación (reincidencia y muerte), métodos para la recolección de datos y validación de instrumentos aplicados.
Participantes	Personas de 13 a 25 años, heridos por violencia interpersonal en contexto comunitario.
Seguimiento	Descripción del tiempo de intervención y/o seguimiento
Discusión – Interpretación	Reflexión sobre los resultados, sesgos, limitaciones, y mecanismos.
Discusión – Generalización	Validez externa: ¿estos resultados se aplican a otros contextos?

Fuente: elaboración propia, adaptada de la propuesta de verificación TREND para evaluación de calidad metodológica, desarrollada por Crepaz y Des Jarlais (35).

Tercera fase: análisis e interpretación de resultados.

Para la extracción de los datos se diseñó tres matrices basadas en el modelo teórico de Luisa Potvin (6), el cual contempló la estructura de las intervenciones a partir de tres componentes principales: actividades, objetivos y recursos. En términos de efectividad, este modelo orientó la evaluación hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos y la obtención de resultados esperados, considerando tanto los efectos inmediatos de las actividades como sus resultados finales, beneficios y repercusiones para la población objetivo. Cabe aclarar, en esta revisión, los resultados evaluados estuvieron relacionados específicamente con la reducción de la reincidencia y la mortalidad por violencia interpersonal en jóvenes. Se realizó una prueba piloto de la matriz con un artículo previamente seleccionado para ajustar el instrumento de extracción según las necesidades y asegurar su claridad y aplicabilidad.

6. Consideraciones éticas

Desde una perspectiva ética, conforme a las regulaciones de Colombia, realizar ética en investigación implicó cuidar de las personas u objetos que posibilitan alcanzar los objetivos propuestos (36). En este caso, un diseño de investigación robusto fue crucial para anticipar situaciones que pudieran poner en riesgo la integridad de los participantes. El investigador asumió un compromiso ético, guiándose por los planteamientos de Ezequiel Emmanuel (2010) sobre el valor social de la investigación. Además, se siguieron las Pautas Éticas Internacionales Relacionadas con la Salud de los Seres Humanos CIOMS (36).

La investigación enfrentó varios riesgos que se abordaron cuidadosamente para salvaguardar la integridad y el bienestar de los participantes. En primer lugar, los jóvenes involucrados estaban expuestos a riesgos sociales debido a las fronteras imaginarias en sus comunidades. Para contrarrestar esto, se pagó un servicio de transporte que facilitó su desplazamiento hasta el lugar en que se realizaron las entrevistas y se garantizó la confidencialidad mediante la grabación y transcripción de las entrevistas tal como se encontraban en los audios.

Asimismo, se reconoció el riesgo psicológico para los adolescentes y jóvenes, ya que la investigación abordó temas sensibles relacionados con su proceso de hospitalización. Para gestionar este riesgo, se contó con el apoyo de la psicóloga del programa, asegurando así un entorno de apoyo y comprensión durante las entrevistas. Además, se reconoce el riesgo de pérdida de confidencialidad para los expertos. Para mitigar este riesgo, se incluyó en el grupo personas de diferentes perfiles dentro del programa y se aplicaron estrictas normas de seguridad en el manejo de la información,

con acceso exclusivo por parte del investigador principal. A pesar de que el nivel de riesgo es mayor al mínimo, especialmente considerando la vulnerabilidad de los participantes, se implementaron medidas sólidas de mitigación para asegurar la protección de los participantes y la integridad de la investigación.

Adicionalmente, se destaca que el conflicto de interés se aborda de manera transparente. El investigador principal, quien también es coordinador del componente extrahospitalario del Programa TCV, presentó la información tal como se registre en los documentos y fue expresada por los participantes. La no manipulación de los datos se garantizó mediante la transcripción fiel de las entrevistas, respetando la integridad de la información.

En cuanto a los posibles sesgos, se adoptó medidas preventivas a lo largo de cada objetivo de la investigación. Toda duda e inquietud se discutió con la directora del trabajo de grado para asegurar la objetividad en el análisis de la información recopilada. La consulta constante con directora del trabajo de grado proporcionó una capa adicional de control de calidad y evaluación imparcial en la interpretación de los resultados.

Los riesgos a los que se expusieron los participantes se consideran razonables en relación con los beneficios potenciales que ofrece la investigación, especialmente en el contexto de alta vulnerabilidad de los jóvenes participantes. Dada la posibilidad de que estos jóvenes enfrentaron nuevamente situaciones perjudiciales en los años siguientes, la investigación se presentó como un recurso valioso para brindarles un acompañamiento continuo en ese proceso, contribuyendo así a su bienestar y recuperación.

Además, los beneficios de la investigación van más allá de los participantes directos. Al identificar estrategias efectivas para el acompañamiento de jóvenes

afectados por la violencia interpersonal, la investigación aportó al conocimiento y desarrollo de mejores prácticas en este ámbito. La inclusión de la perspectiva directa de los jóvenes mediante entrevistas enriqueció la revisión y permitió una comprensión más profunda de sus necesidades específicas en términos de capacidades, oportunidades y motivaciones.

En este sentido, los resultados de la investigación generaron recomendaciones concretas para fortalecer el acompañamiento, identificando áreas que requieran ajustes o replanteamientos. Estas recomendaciones tienen como objetivo mejorar las intervenciones y actividades destinadas a favorecer el bienestar de los jóvenes afectados por la violencia interpersonal. En conclusión, la relación entre los riesgos y los beneficios se evalúa como equitativa, considerando el impacto positivo que la investigación tuvo tanto para los participantes como para la comunidad en general.

7. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la evaluación de coherencia y de relevancia del componente "Acompañamiento Extrahospitalario" del Programa Transformando el Círculo de la Violencia (TCV). En primer lugar se hace una descripción detallada del programa y su estructura, así como la reconstrucción de su teoría, todo ello elaborado con base en el modelo propuesto por Louise Potvin et al. (27). Dado que el programa no contaba con una teoría explícita, escrita o representada gráficamente, esta fue elaborada por el investigador y luego se llegó a un consenso con el equipo de trabajo, al igual que la descripción de su estructura y componentes.

La evaluación de coherencia del componente se centró en analizar la alineación interna a partir de la relación entre objetivos, recursos y actividades, así como la correspondencia entre la teoría del programa, entendida como sus postulados, supuestos teóricos y mecanismos de cambio, y las actividades desarrolladas en el componente. En primer lugar, se identificó que los objetivos específicos del programa no dan cuenta del componente de acompañamiento extrahospitalario, el cual abarca las intervenciones realizadas durante el año de seguimiento (después del egreso del hospital). O sea que, aunque este componente está descrito y se desarrolla, sus objetivos no se reflejan en la documentación existente.

En segundo lugar, el componente muestra coherencia con el contexto al tener en cuenta la situación de pobreza y la violencia que enfrentan los jóvenes al egresar del ambiente hospitalario y, además, se cuenta con un equipo humano y recursos hospitalarios organizados para su implementación. En tercer lugar, la sostenibilidad del componente tiene desafíos en particular porque hay actividades que no cuentan con

recursos financieros y cuya gestión depende de factores externos, lo cual compromete la continuidad de ciertas actividades. Finalmente, en relación con la teoría del programa, se evidenció coherencia en aspectos como la atención temprana e integral, el abordaje en múltiples niveles de intervención y el seguimiento por parte de las gestoras sociales.

La evaluación de relevancia del componente basado en los testimonios de los jóvenes permitió identificar varios aspectos clave. En primer lugar, se valoró la capacidad del componente para superar barreras estructurales del sistema de salud, al facilitar el acceso a servicios médicos, transporte y provisión de insumos de salud básicos. En segundo lugar, se reconoció el rol central de las gestoras sociales, así como el acompañamiento emocional de la psicóloga y el apoyo brindado por la trabajadora social a las familias.

En tercer lugar, se destacó el transporte puerta a puerta y el acceso a espacios seguros fuera del barrio como elementos esenciales de protección, mientras que los encuentros con el equipo adquirieron un valor simbólico, al funcionar como red de apoyo ante la fragilidad de los vínculos personales. En cuarto lugar, surgieron críticas relacionadas con la inestabilidad de los recursos, la inequidad en las oportunidades educativas y la limitada capacidad del programa para atender las necesidades de los lesionados medulares y los procesos de inserción laboral, lo cual llevó a que el emprendimiento fuera percibido como una alternativa relevante de autogestión. En quinto lugar, se evidenció que, en contextos de riesgo real o consumo problemático, el programa fue considerado poco relevante.

Finalmente, la evaluación de relevancia evidenció que, aunque ni los HIVIP ni el Programa Transformando el Círculo de la Violencia (TCV) definen objetivos específicos

para el componente de acompañamiento extrahospitalario, el TCV se alinea con los objetivos generales de los HVIP al contribuir a reducir la reincidencia por violencia. Sus actividades más relevantes fueron la atención temprana e interdisciplinaria en la hospitalización como ventana de oportunidad, y en el ámbito extrahospitalario el acompañamiento por gestores sociales, el apoyo en salud mental, el trabajo con las familias y la vinculación a educación y empleo, identificadas como claves para disminuir la reincidencia hospitalaria. Se concluye que el TCV presenta alta relevancia y podría fortalecerse incorporando elementos de los HVIP como el trabajo con pares mentores, apoyo legal y gestión de vivienda.

7.1 Descripción del Programa Transformando el Círculo de la Violencia y del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”

El Programa Transformando el Círculo de la Violencia (TCV) busca reducir la mortalidad, los reingresos hospitalarios y la violencia por venganza en jóvenes atendidos en el Hospital Universitario del Valle debido a trauma penetrante secundario a hechos violentos (Documento Proyecto Inicial, 2017). El programa, que surgió en 2017 con el objetivo de prevenir la reincidencia en eventos violentos, cuenta con siete objetivos específicos, los cuales se han mantenido sin cambios hasta la fecha del estudio (Documento Proyecto Inicial, 2017).

El programa tiene dos componentes: intrahospitalario y extrahospitalario. El componente intrahospitalario inicia con la identificación de los jóvenes candidatos, seguido de una entrevista motivacional que busca generar en ellos una percepción de riesgo sobre lo sucedido e incentivar ideas de cambio. Posteriormente, se ofrece un

acompañamiento psicopedagógico basado en la Pedagogía de Emergencia (12), brindándoles herramientas para afrontar su situación y reducir el impacto emocional. Por su parte, el componente extrahospitalario consta de seis pasos de acompañamiento: recuperación física, recuperación emocional, acompañamiento familiar, proyecto de vida, desarrollo de habilidades sociales y ayuda a otros (Artículo Descriptivo del Programa TCV, 2022). En la figura 2 se sintetiza la estructura del programa con base en la información recolectada a través de los documentos existentes del programa y la consulta con los profesionales del Programa TCV.



Figura 2. Estructura del Programa Transformando el Círculo de la Violencia

Fuente: elaboración en consenso con el Equipo del Programa TCV

El componente intrahospitalario se realiza durante la estancia del joven en el hospital, esta puede variar de 1 a 10 días o incluso hasta 8 meses, dependiendo de la gravedad de las heridas. El único criterio para el acompañamiento intrahospitalario es que el/la joven haya sido herido por violencia interpersonal y tenga entre 13 a 25 años. Utilizando el sistema de registros internos del HUV, todas las mañanas de lunes a viernes, la monitora inicia la búsqueda de los jóvenes en salas específicas del hospital: Urgencias SOAT, Cirugía Hombres, Cirugía Mujeres, Cirugía Pediátrica Ana Frank, Críticos Urgencias, Neurocirugía, Ortopedia, Observación Trauma, Pediatría Anhelos de Vida, Pediatría Clínica Urgencias, Trauma y Reanimación, UCI Neurocirugía, UCI Pediatría (CIPAF), UCI Trasplantes, UCI 2, UCI 3, UCI 4 y Unidad de Cuidados Intensivos, utilizando el sistema de registros internos del HUV.

La información recopilada se registra en una matriz de Excel para que las gestoras sociales, la psicóloga y la trabajadora social (Con apoyo de estudiantes de práctica profesional en psicología y trabajo social) visiten a los jóvenes que ingresan por violencia interpersonal. En las visitas se entrevista al joven y acompañante para inicialmente recoger información de sus referentes familiares, recursos y factores de riesgo que permiten realizar una caracterización preliminar (Documento Institucional Programa TCV, 2022).

Cada integrante del programa realiza acciones diferentes durante las visitas intrahospitalarias: las gestoras sociales por el conocimiento de las realidades locales favorecen la construcción de confianza con el joven y los referentes familiares, la psicóloga junto con las practicantes acompañan la estabilización emocional,

problematización de factores de riesgo que originan el trauma violento y refuerzo de idea de cambio del joven y la trabajadora social junto con las practicantes realizan acciones educativas con los referentes familiares para guiar la recuperación en casa y apoyo de la carga emocional que representa esta labor de cuidado (Documento Institucional Programa TCV, 2022).

Además, desde la parte espiritual las personas reciben un acompañamiento pastoral con lectura de oraciones de la biblia, conversaciones y reflexiones sobre el perdón y la reconciliación a cargo de un sacerdote protestante alemán que actúa como voluntario en el programa.

Mientras está hospitalizado se llevan a cabo diversas actividades tanto individuales (cama a cama), como grupales en los espacios comunes de las salas, incluyendo a los familiares que visitan al joven. Entre las técnicas se encuentra: acuarelas, dibujo de formas, lectura sanadora, musicoterapia, pintura narrativa, herramientas derivadas de la pedagogía Waldorf, utilizando la metodología de Pedagogía de Emergencia (Documento Institucional del Programa TCV, 2023).

La pedagogía del trauma (12) y la pedagogía de emergencia no son metodologías terapéuticas, aunque están orientadas a la estabilización y recuperación emocional (12). En la pedagogía del trauma la prioridad es la estabilización psíquica y social, ayudando a niños, adolescentes y jóvenes a manejar sus emociones y superar situaciones sin exponerlos prematuramente al trauma (12).

En la pedagogía de emergencia, que es una rama de la pedagogía del trauma, el enfoque es la educación y formación en contextos de crisis, con intervenciones durante la fase de shock aguda, dentro de las primeras horas o semanas posteriores a un evento

traumático (12). Su propósito es activar estrategias de autosanación y ayudar a los niños y jóvenes a integrar sus experiencias sin desarrollar trastornos traumáticos (12). Para ello, se emplean actividades como el arte, el juego, la narración, el movimiento y los ritmos, promoviendo la expresión emocional y la reconstrucción del sentido de seguridad (12).

Ambas pedagogías buscan brindar un acompañamiento que fortalezca la resiliencia y apoye el proceso terapéutico, asegurando que las víctimas de situaciones estresantes agudas y/o traumáticas alcancen estabilidad antes de cualquier confrontación con su experiencia traumática (12).

Durante las actividades grupales, todas las personas de la sala pueden participar independientemente de su diagnóstico, siempre y cuando puedan desplazarse al lugar donde se lleva a cabo la actividad. Estas actividades se realizan con los participantes sentados.

Para pasar al acompañamiento extrahospitalario, los jóvenes deben cumplir con ciertos requisitos: residir en la ciudad de Cali, tener entre 13 y 25 años, no estar bajo medida de aseguramiento privativas de la libertad, no tener un consumo problemático de sustancias psicoactivas, no tener diagnóstico de enfermedades de salud mental y no ser habitante de la calle.

El componente extrahospitalario se lleva a cabo una vez que el joven egresa del hospital, durante un año. Las gestoras sociales son quienes contactan por teléfono al/la joven para concretar la primera visita domiciliaria, durante la cual se amplía la información sobre las actividades del programa y se establecen las reglas de juego, que incluyen el compromiso de no reincidir en actos de violencia y participar en las

actividades del acompañamiento extrahospitalario. Si el joven acepta, firma un consentimiento informado y en las siguientes visitas se diligencia una ficha de caracterización para evaluar sus condiciones iniciales en términos de recursos y factores de riesgo (Ver anexo 5 y 6).

El proceso de acompañamiento se desarrolla a través de una metodología denominada "Pasos del Acompañamiento" (Artículo Descriptivo del Programa TCV, 2022). Si bien la metodología consta de seis pasos, estos no se realizan necesariamente de manera lineal o secuencial. Esta metodología fue creada por el Programa TCV en 2019 como respuesta a las condiciones de riesgo de los jóvenes vinculados y acompañados durante mayo a diciembre del 2018. A continuación, se describen los ocho (8) pasos:

Paso 1: Acompañamiento a la recuperación física:

El proceso comienza desde el hospital a través de los profesionales de la salud que realizan intervenciones quirúrgicas para salvar la vida del joven tras ser herido, principalmente por armas de fuego o cortopunzantes. Estos especialistas aseguran que la recuperación sea lo más efectiva posible durante la hospitalización. Sin embargo, se ha identificado que una vez el joven es dado de alta, muchos no conocen bien las rutas de atención en salud ni los procedimientos del sistema, como la gestión de autorizaciones y citas.

Además, enfrentan barreras de seguridad en sus entornos y no saben cómo hacer los cuidados postoperatorios en casa. Este desconocimiento, sumado a la falta de adherencia a los tratamientos, lleva a complicaciones severas, como infecciones y

úlceras en aquellos con lesiones medulares, lo cual puede resultar en reingresos a urgencias, muertes evitables y altos costos para sus familias y el sistema de salud.

Para mitigar estos riesgos, personas que viven en los barrios de los jóvenes y son reconocidas en los territorios, llamadas en el programa “Gestores Sociales”, brindan orientación sobre cuidados, trámites y rutas de atención en salud a los jóvenes y a sus cuidadoras o cuidadores, con el fin de fomentar una adecuada recuperación del trauma físico.

El propósito es garantizar que los jóvenes sigan los planes de manejo y rehabilitación ambulatorios que se les ordenan para autorizar por las EPS una vez salen del hospital. Las gestoras realizan dos visitas mensuales a cada joven. En total cada gestora acompaña 20 jóvenes, inicialmente para apoyar este paso y luego para avanzar en las actividades del paso 4 (Proyecto de vida saludable) descrito más adelante.

Paso 2: Recuperación emocional:

Este paso comienza mientras el joven aún está hospitalizado, un periodo que puede durar entre tres días o meses, dependiendo de la gravedad de las heridas con las que llegue el joven al hospital. Durante la hospitalización y posterior a la salida, el enfoque está en la prevención de problemas de salud mental, dado el impacto traumático de la experiencia.

A través de arte y la psicología, el programa ofrece acompañamiento para que los jóvenes puedan identificar y gestionar sus emociones, incentivando el desarrollo de capacidades de autogestión para enfrentar situaciones emocionalmente desafiantes. También se les enseña a sobrellevar la pérdida y a reconocer mecanismos de

afrontamiento saludables, así como a adoptar hábitos de autocuidado y adherencia a su recuperación física.

Cabe aclarar que el acompañamiento por psicología se lleva a cabo con una evaluación inicial que se realiza en la primera consulta para conocer las condiciones del joven a partir de una valoración integral que incluye datos sociodemográficos, dimensiones individuales, físicas y psicosociales, sintomatología según el DSM-V, tipo de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), necesidades observadas, observaciones manifiestas y un análisis de caso. Esta evaluación se lleva a cabo mediante herramientas como el test de la Figura Humana y la Cartografía de Emociones, permitiendo una comprensión más profunda de la situación del joven y facilitando la identificación de sus necesidades y riesgos. Con esta valoración se diseña un plan de acompañamiento de una sesión al mes para abordar aspectos como la inteligencia emocional, el proceso de duelo, el autocuidado, la autopercepción y el desarrollo de habilidades sociales. Desde psicología se desarrolló una guía de acompañamiento (Ver anexo 7) a partir de los hallazgos identificados en los jóvenes (Guía de Acompañamiento Psicológico, 2022).

Paso 3: Acompañamiento familiar:

El acompañamiento a la familia se considera fundamental para asegurar un entorno seguro para el joven. Este se inicia con un diagnóstico realizado a través del Familiograma y el Ecomapa, que permiten identificar las dinámicas familiares. A partir de este diagnóstico, se elabora un plan de trabajo que promueve la expresión y escucha de sentimientos, la creación de espacios lúdicos donde se pueden abordar problemas familiares, y la empatía como clave en la comunicación.

Además, se busca que las familias participen activamente en la recuperación del joven, fortaleciendo vínculos afectivos y aprendiendo estrategias para la resolución de conflictos. El objetivo final es que el hogar sea un lugar seguro y de apoyo para el joven, promoviendo un acompañamiento que facilite su recuperación física y emocional y el desarrollo de un proyecto de vida. Desde el área de trabajo social se desarrolló una guía de acompañamiento (Ver anexo 8) a partir de los hallazgos identificados en 100 familias acompañadas durante los años 2018 y 2019 (Guía de Acompañamiento Trabajo Social).

Paso 4: Construcción de proyecto de vida saludable:

El propósito de este paso es que los jóvenes puedan establecer rutinas ocupacionales, descubrir sus propios recursos personales y explorar oportunidades para desarrollar o fortalecer un proyecto de vida saludable. Se ofrecen proyectos de nivelación escolar del bachillerato por módulos, apoyo en la búsqueda de empleo y orientación para emprender iniciativas productivas.

Dado que las necesidades de los jóvenes son diversas, se lleva a cabo un trabajo de búsqueda de alianzas con organizaciones comunitarias e institucionales, liderado por la trabajadora social y el coordinador extrahospitalario. Se realiza un seguimiento individualizado de cada joven por parte de las gestoras sociales, para acompañar el proceso de construcción del proyecto de vida y tomar acciones concretas para hacerlo realidad.

Paso 5: Desarrollo de habilidades sociales:

Este paso busca que los jóvenes refuercen sus habilidades de interacción social y reduzcan comportamientos violentos a través de la participación en encuentros juveniles en espacios públicos abiertos.

Se llevan a cabo encuentros juveniles con los jóvenes que son vinculados al componente extrahospitalario y han avanzado en la recuperación de sus heridas físicas. Cada encuentro se realiza en distintos lugares de la ciudad, con el fin de promover un reconocimiento de toda la oferta turística y recreativa de Cali a la que pueden acceder de manera gratuita y con entrada libre.

Durante estas jornadas, los jóvenes se involucran en actividades que les permiten relacionarse con otros de manera saludable, mejorando su comunicación y su capacidad para resolver conflictos sin recurrir a la violencia. Estos encuentros promueven la integración social y el respeto mutuo, fortaleciendo la confianza en sus relaciones y en su comunidad.

Se visitan sitios emblemáticos como la Universidad del Valle, el Parque de las Garzas y el Centro Histórico de Cali. Estos encuentros son diseñados y liderados por todo el equipo de trabajo del Programa TCV, cabe aclarar, que tan solo se pueden realizar 4 a 5 encuentros anuales dado los costos de transporte y alimentación que son cubiertos por autogestiones que realiza el coordinador general del programa, coordinador extrahospitalario y los voluntarios del programa realizando actividades formativas, eventos académicos y campañas de donación de recursos.

Paso 6: Ayuda a otros:

A través de prácticas de voluntariado los jóvenes apoyan a otras personas que se encuentran en situaciones similares a las que ellos vivieron. Se realizan jornadas de arte en las salas de hospitalización con ayuda de los jóvenes que están terminado el proceso para lograr, por un lado, que los jóvenes recién ingresados por heridas de violencia

puedan ser acompañados por un par y, por otro, que el voluntariado les permita cultivar la sensibilidad social.

También, se realizan jornadas de alimentación y trabajo espiritual con habitantes de calle, lideradas por un sacerdote voluntario del programa. Estos voluntariados permiten que los jóvenes conecten con su comunidad y contribuyan de manera positiva, reforzando un sentido de propósito y retribución social.

Para el desarrollo de las actividades el programa cuenta con un equipo de trabajo compuesto por personal del HUV, que incluye un coordinador general, un coordinador del componente extrahospitalario, una psicóloga, una trabajadora y cuatro gestoras sociales, estos perfiles cuentan con un manual de funciones (Documento Institucional del Programa TCV Plataforma DARUMA-HUV, 2023). Además, un grupo de voluntarios que incluye arteterapeutas, pedagogos de emergencia y artistas, así como practicantes de universidades en convenio (Universidad del Valle, Unicatólica, Universidad San Buenaventura y Universidad Santiago de Cali) en las áreas de psicología, trabajo social y fisioterapia. También se dispone de una monitora estudiantil del Programa de Atención Prehospitalaria financiada por la Universidad del Valle.

En cuanto al financiamiento de las acciones, este se obtiene a través del HUV, donantes externos, proyectos de cooperación internacional y donaciones de tiempo por parte de los voluntarios. Por último, el programa cuenta con un registro de las actividades a través de diarios individuales de proceso de los jóvenes, matriz de caracterización pre y post del acompañamiento, informes mensuales y anuales de reporte de resultados. Toda esa información se utiliza para realizar ejercicios académicos e investigación sobre el programa lo cual es liderado por el doctor Adolfo González.

7.2 Teoría del Programa y del componente de “Acompañamiento Extrahospitalario”

Dadas las condiciones de alta vulnerabilidad de los jóvenes hospitalizados por heridas causadas por violencia interpersonal, quienes han experimentado situaciones cercanas a la muerte debido a la gravedad de sus lesiones, se observa en ellos una mayor percepción del riesgo y una disposición al cambio en relación a las dinámicas de vida previas. Este momento crítico se configura como una ventana de oportunidad que, mediante una intervención temprana, permite resignificar la hospitalización como un espacio de aprendizaje, siempre que se favorece la introspección sobre la gravedad de las heridas, la susceptibilidad percibida y el fortalecimiento de la autoeficacia, mecanismos que impulsa la intención de cambio orientada a la reducción de factores de riesgo. En consecuencia, el abordaje se debe iniciarse de forma temprana e interdisciplinar durante la hospitalización.

Una vez dado de alta, el joven retorna a un entorno donde persisten múltiples factores que incrementan la probabilidad de reincidencia por nuevas heridas causadas por violencia interpersonal, e incluso la muerte. En muchos casos, estas condiciones la sostenibilidad de la intención de cambio iniciada durante la hospitalización. No obstante, los elementos que puede mantener y fortalecer dicha intención de cambio son el trabajo con pares (Gestores Sociales) y la construcción de un proyecto de vida basado en los sueños y aspiraciones del joven. Este proceso facilita su desvinculación de dinámicas asociadas a la violencia y la ilegalidad.

Para materializar el proyecto de vida, es necesario potenciar capacidades como la resolución de conflictos, el autocuidado físico y emocional, las habilidades

relacionales, la confianza propia y los refuerzos positivos de la familia. Como beneficio directo, se identifica la reducción de reincidencia hospitalaria por nuevas lesiones y en la mortalidad asociada, así como una mejor vinculación a los sistemas de salud, educativo y empleo. Finalmente, se espera un resultado positivo en el bienestar del joven y su familia, reflejando en una mejor calidad de vida, una mayor percepción de seguridad y un fortalecimiento del bienestar emocional, inicialmente afectado inicialmente por el trauma o estrés agudo generado por la experiencia violenta.

En la figura 3 se representa de forma ascendente la teoría del programa, tomando como punto de partida la hospitalización del joven herido por violencia. Este ingreso hospitalario se identifica como un momento clave de intervención, como una ventana de oportunidad que, tras una experiencia cercana a la muerte, permite al joven reconocer su situación del riesgo y aumentar la disposición al cambio. Una vez dado de alta, el joven retorna a un contexto caracterizado por alta vulnerabilidad social, familiar e institucional, lo cual incrementa el riesgo de reincidencia hospitalaria e incluso de muerte. Ante este escenario, el programa como nuevo punto de enganche propone un trabajo con pares (Gestores Sociales) y la construcción del proyecto de vida, el cual se consolida mediante el fortalecimiento de capacidades personales y sociales, y la generación de vínculos familiares protectores. Esta intervención busca avanzar progresivamente hacia la mejora del bienestar del joven y su familia, reflejado en indicadores como la reducción de la reincidencia hospitalaria, el acceso y permanencia en el sistema educativo, la vinculación al empleo formal o emprendimiento y una mayor adherencia con sistemas de salud.

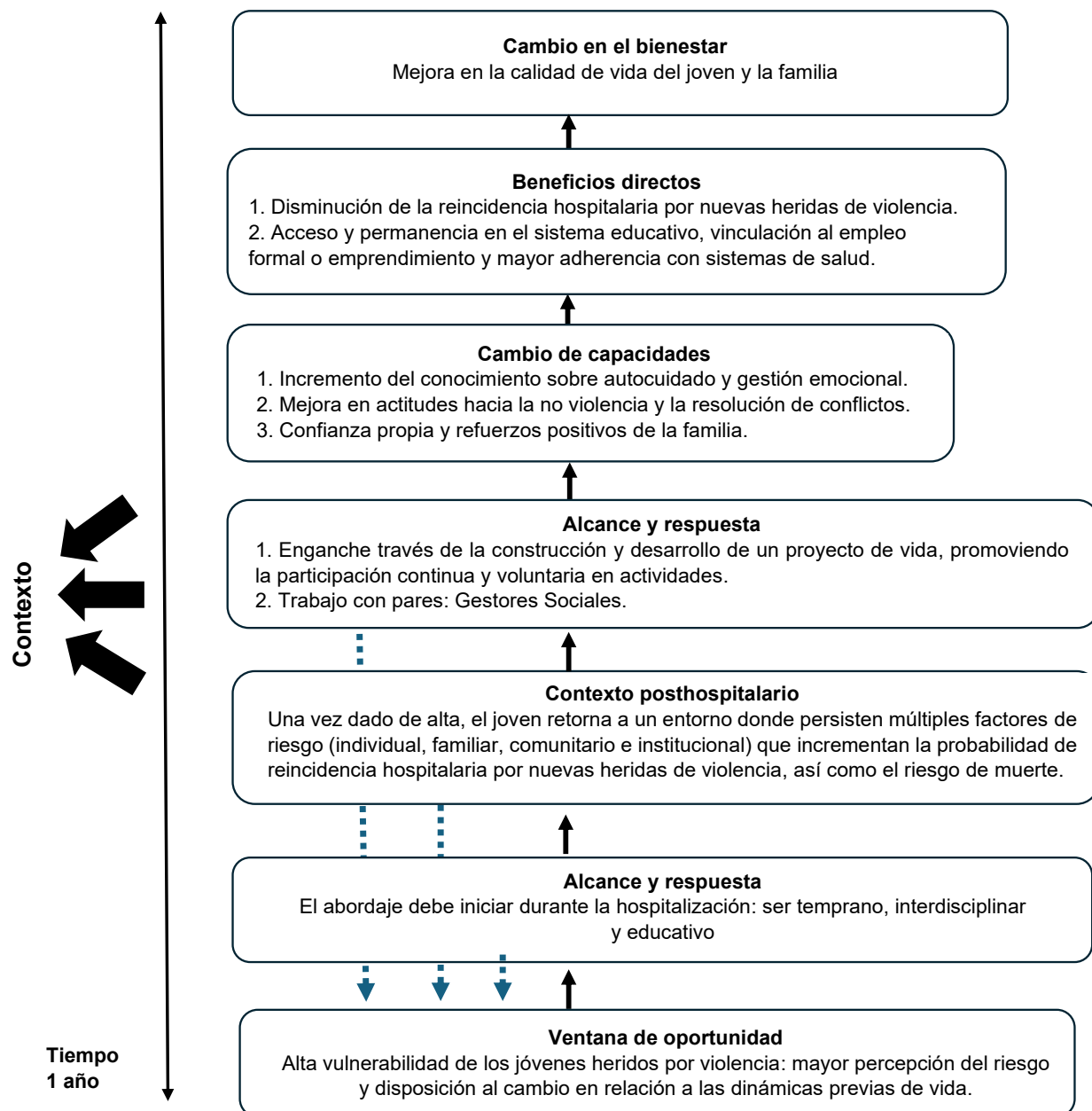


Figura 3. Teoría del programa

Fuente: elaboración en consenso con el Equipo del Programa TCV

7.3 Evaluación de coherencia: relación entre los objetivos, las actividades y los recursos del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”:

La evaluación de coherencia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del programa Transformando el Círculo de la Violencia (TCV) permitió identificar tres hallazgos principales en relación con la alineación interna del componente.

En primer lugar, se identificó que si bien las actividades del componente “Acompañamiento Intrahospitalarios” están alineadas con los objetivos específicos del programa (Ver figura 4), no ocurre lo mismo con el componente de “Acompañamiento Extrahospitalario”. Solo el Paso 4 - Desarrollo de Proyecto de Vida- articulado a ofertas de ciudad, guarda cierta relación con uno de los objetivos: “desarrollo de redes entre hospital y comunidad que les permita continuar con el acompañamiento integral extrahospitalario”, mientras el resto de las actividades no se reflejan en los objetivos específicos existentes. En la figura 4 se puede observar cómo los primeros tres objetivos si responden a las actividades del componente intrahospitalario, mientras que los siguientes objetivos parecen estar desarticulados de las actividades del componente.

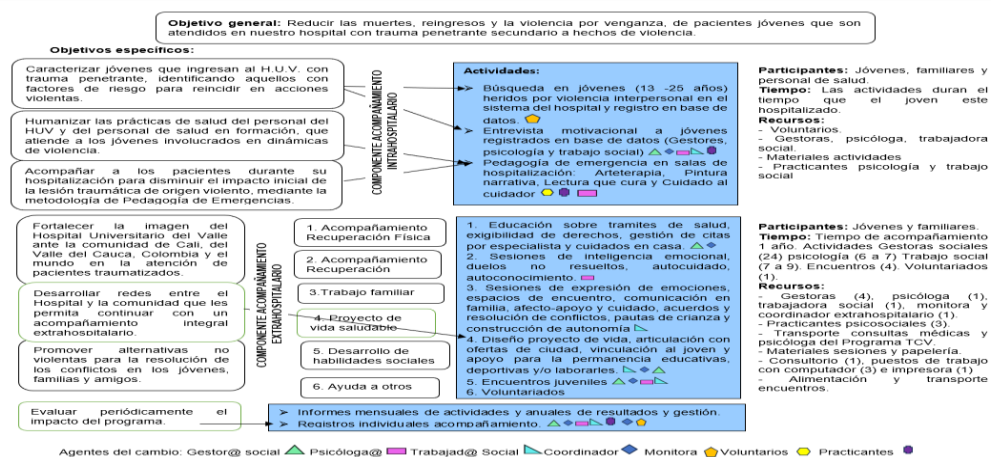


Figura 4. Estructura del Programa TCV: Relación entre objetivos y actividades.

Fuente: elaboración en consenso con el Equipo del Programa TCV

El segundo lugar, se encontró que las actividades del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” responden a determinantes clave como la pobreza y la violencia que afectan directamente a los jóvenes. Por ejemplo, la pobreza se aborda tanto como factor a intervenir a través de actividades orientadas a facilitar el empleo o el desarrollo de habilidades productivas, así como una condición estructural que limita la asistencia a citas médicas o la participar en actividades por fuera del hogar.

A continuación, se presentan algunas condiciones del contexto que enfrentan los jóvenes y la manera en que estas se abordan desde las actividades del componente, tratando de responder de manera situada a sus realidades sociales: (1) las relaciones conflictivas entre jóvenes encuentran un escenario de transformación en los encuentros juveniles realizados en espacios públicos de ciudad; (2) estos mismos encuentros permiten intervenir entornos de ciudad marcados por la violencia; (3) la falta de oportunidades laborales se contrasta alternativas educativas, de empleo o emprendimiento; (4) el bajo nivel educativo y la permanencia escolar se enfrentan con alternativas no convencionales como el aprendizaje acelerado por módulos para la validación del bachillerato; (5) la exposición y participación en economías ilegales (como el microtráfico) o dinámicas de pandillas se mitiga con la promoción de actividades ocupacionales y formativas; (6) la pobreza extrema se aborda con estrategias que facilitan el acceso a formación educativa o procesos de generación de ingresos; (7) las problemáticas intrafamiliares se trabajan a través de visitas domiciliarias realizadas por una trabajadora social, promoviendo la construcción de vínculos, expresión de sentimientos y emociones y el refuerzo positivo; (8) las creencias negativas sobre la

salud son tratadas mediante procesos educativos liderados por las Gestoras Sociales en el entorno familiar; (9) los problemas de salud mental se atienden con acompañamiento psicológico individual y; (10) las barreras en el acceso a los servicios de salud se reducen mediante el acompañamiento en trámites administrativos y gestión de citas médicas.

La figura 5 evidencia que las acciones del componente Acompañamiento Extrahospitalario están diseñadas teniendo en cuenta las condiciones estructurales que afectan a los jóvenes vinculados al programa, especialmente aquellas relacionadas con la pobreza extrema, las limitaciones en el acceso a servicios esenciales y violencia estructural. No obstante, esto no implica que el programa actúe directamente sobre estas problemáticas, sino que las reconoce como parte del contexto que condiciona la intervención. La secuencia organizada por columnas permite visibilizar cómo cada actividad, liderada por el equipo operativo del programa, contribuye a generar cambios observables a través de indicadores como la adherencia al tratamiento médico, disminución del trauma, el fortalecimiento de vínculos familiares y el desarrollo de habilidades sociales y relacionales. El diagrama permite revisar cómo el programa, a partir de una comprensión integral del contexto, plantea una serie de actividades que, bajo ciertas condiciones, buscan generar respuestas interdisciplinarias centradas en el joven y su entorno inmediato, en particular su núcleo familiar.

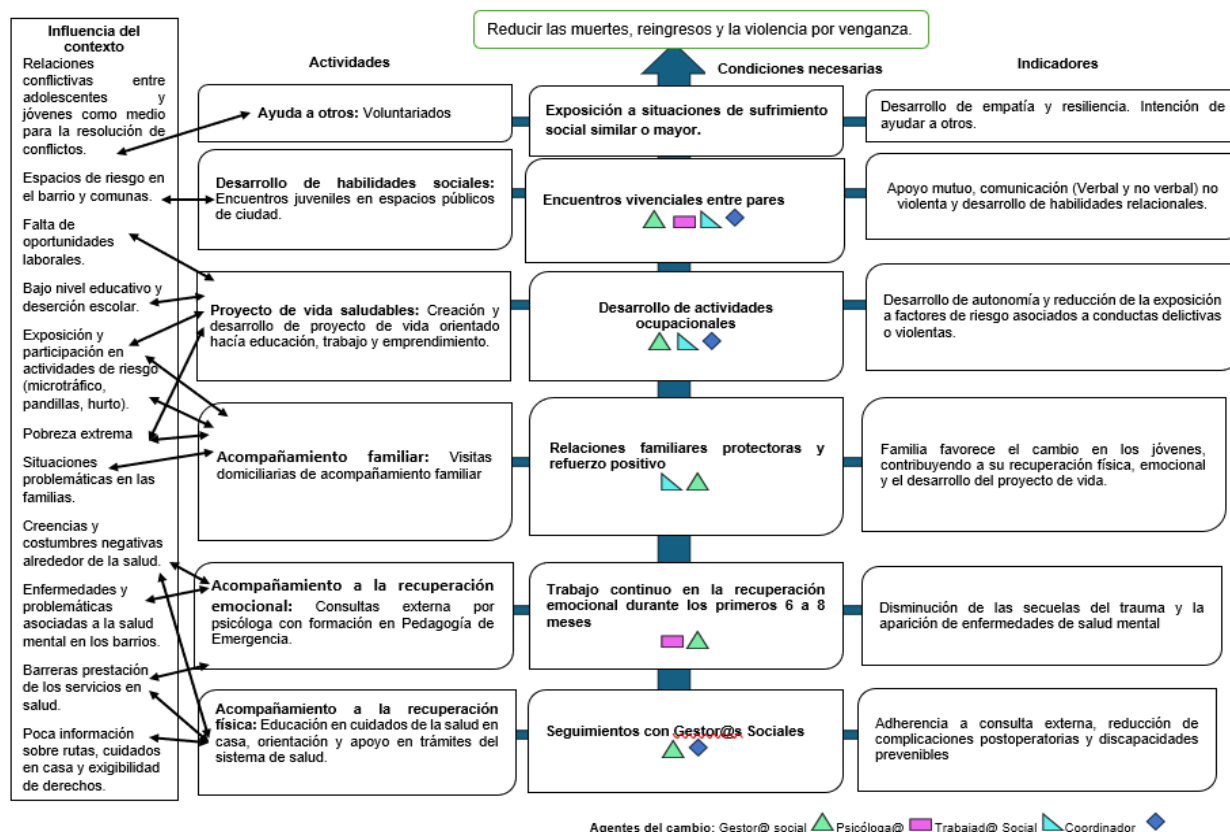


Figura 5. Correlación entre los determinantes del contexto y las actividades de Programa

Fuente: elaboración en consenso con el Equipo del Programa TCV

Además, se encontró que el acompañamiento familiar y el trabajo sobre proyecto de vida son componentes estructurales para el logro del cambio esperado. La participación de la familia refuerza los procesos de recuperación física y emocional, y funciona como un factor de permanencia del joven en el acompañamiento. Del mismo modo, las actividades asociadas al proyecto de vida fortalecen la motivación del joven y su vinculación con ofertas educativas y laborales. Entre tanto, la familia tiene un lugar fundamental al actuar como referente de cuidado y soporte emocional, y su participación constante constituye un elemento determinante para la efectividad del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”.

En tercer lugar, persisten desafíos pues no todos los recursos económicos están presupuestados y su gestión depende de factores externos. Las actividades apoyadas por el personal y la infraestructura del hospital, como la recuperación física o el acompañamiento psicológico, presentan mayor estabilidad y continuidad. En cambio, aquellas que dependen de recursos externos presentan mayor inestabilidad: transporte, alimentación y materiales educativos, lo que afecta directamente a los jóvenes y la continuidad del programa.

Por ejemplo, en la recuperación física las gestoras sociales promueven la educación en casa sobre cuidados y la necesidad de tener continuidad en los tratamientos médicos, pero la asistencia a citas depende de la capacidad de los jóvenes, familias y líderes del programa para conseguir los recursos para el transporte. Los pasos de proyecto de vida y desarrollo de habilidades sociales a través de encuentro juveniles, también dependen de recursos externos para transporte, matrículas y alianzas institucionales. La inestabilidad de estos recursos representa un riesgo estructural para la sostenibilidad del componente y la consolidación del cambio esperado.

7.4 Coherencia entre la teoría del programa y el componente “Acompañamiento Extrahospitalario”

En la evaluación se encontró coherencia entre la teoría que soporta el programa y las actividades del componente extrahospitalario en la atención temprana e integral, el abordaje en múltiples niveles de intervención y el seguimiento por parte de las gestoras sociales (ver figura 3); sin embargo, se identifican limitaciones en la medición de cambios de capacidades, ya que no existen indicadores definidos para su seguimiento. Aspectos

como el autocuidado, la gestión emocional, la mejora en actitudes no violentas, la resolución de conflictos, la confianza en sí mismo y el refuerzo positivo desde la familia son considerados cambios observables en el proceso de los jóvenes, pero no se encuentra un seguimiento con indicadores específicos. En contraste, con los beneficios directos del programa para los que sí se han establecido indicadores medibles, con registros de frecuencia que permiten calcular resultados en términos porcentuales. Entre estos se destacan la disminución de reingreso hospitalario por lesiones y la mortalidad, el acceso a educación, trabajo y emprendimiento y la adherencia al tratamiento médico. En conclusión:

Primero, se destaca la existencia de un sistema de captación oportuna de los jóvenes por parte de la monitora del programa, así como la intervención integral e interdisciplinar por parte de las gestoras sociales, psicóloga, trabajadora social, sacerdote y pedagogos de emergencia, lo cual configura una respuesta organizada desde el componente intrahospitalario.

Segundo, se encuentra coherencia en el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” al intervenir desde diferentes niveles de riesgo: individual, familiar, institucional y social, a través de las actividades desarrolladas en los seis pasos del acompañamiento extrahospitalario. Además, la teoría del programa sugiere que la efectividad de este componente es crucial, ya que su ausencia o implementación deficiente puede favorecer el retorno a dinámicas de riesgo y reducir la fuerza de la intención de cambio generada durante la hospitalización.

Tercero, el rol de las gestoras sociales se valoró como un puente entre el hospital y comunidad, favoreciendo la vinculación sostenida de los jóvenes a las actividades del

componente “Acompañamiento Extrahospitalario”. En este sentido se encuentra coherencia en que las gestoras sociales estén presentes durante todos los pasos del acompañamiento, con énfasis en la recuperación física una vez salen de la hospitalización y la construcción del proyecto de vida que favorece el mantenimiento de la intención de cambio de los jóvenes (ver figura 5).

Cuarto, se reconoció la presencia del acompañamiento psicosocial y los encuentros juveniles como medios para el desarrollo de habilidades tales como el autocuidado, la gestión emocional y el fortalecimiento de habilidades para la resolución no violenta de conflictos; en este sentido, aunque las capacidades que se esperan desarrollar en los jóvenes están alineadas con las actividades (ver figura 4), la falta de una herramienta que permita medir el cambio de dichas capacidades representa una incoherencia dentro del componente.

7.5 Evaluación de relevancia

Para llevar a cabo la evaluación de relevancia del Programa TCV, primero con los jóvenes beneficiarios se analizó su realidad (entrevistas) y se identificaron sus preocupaciones y necesidades, la utilidad del programa para abordarlas y los aspectos más significativos o menos relevantes de la intervención. En este análisis se tuvieron en cuenta la perspectiva de distintos perfiles de jóvenes. Luego, se evaluó en qué medida las acciones desarrolladas para reducir la reincidencia y la mortalidad por violencia interpersonal están alineadas con la evidencia científica disponible hasta el momento.

7.5.1 Evaluación de la relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa TCV desde la perspectiva de los jóvenes:

La evaluación de la relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa TCV tuvo como objetivo comprender, desde la perspectiva de los jóvenes egresados que recibieron este acompañamiento por al menos durante un año, la relación entre las necesidades que enfrentaron posteriores al egreso hospitalario y la oferta del programa. El estudio recogió para identificar necesidades prioritarias, la utilidad de las estrategias implementadas y las áreas susceptibles de mejoras. Además, se indagó en qué medida dichas estrategias contribuyeron a disminuir el reingreso hospitalario por nuevas heridas o fallecimientos a causa de la violencia. La tabla 3 muestra la caracterización de los seis jóvenes participantes en la evaluación.

Tabla 3. Caracterización de participantes

N°	Sexo	Edad al ingreso	Discapacidad producto del trauma	Situación al ingreso	Situación al egreso
1	Mujer	17	No	Estudiaba	Estudiando
2	Hombre	21	Sí	No estudiaba ni trabajaba	Estudiando y Emprendimiento
3	Hombre	22	No	No estudiaba ni trabajaba	Estudiando y trabajando
4	Hombre	17	Sí	No estudiaba	No estudio
5	Mujer	16	No	No estudiaba	Estudiando
6	Mujer	22	No	No estudiaba ni trabajaba	No estudiaba Emprendimiento

Fuente: elaboración propia

La evaluación de la relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”, a partir de las voces de los jóvenes, arrojó tres hallazgos principales. Primero, el componente resultó relevante porque responde a necesidades específicas

identificadas por las Gestoras Sociales en las visitas domiciliarias, contribuyendo al proceso de recuperación y ayudando a superar barreras del contexto y del sistema de salud. Segundo, las actividades del componente ofrecen espacios seguros, físicos y emocionales, que favorecieron la superación de percepciones persistentes de amenaza e inseguridad generadas por el evento traumático. A través de visitas domiciliarias y encuentros juveniles, los jóvenes lograron tomar distancia de entornos violentos y resignificar, desde sus propias vivencias, sus formas de relacionarse y de gestionar las emociones. Tercero, se reconoció como una de las mayores fortalezas del componente su capacidad para impulsar un cambio de estatus social, posicionando a los jóvenes en un lugar de cambio y superación. En algunos casos, este cambio permitió sostener, de manera independiente, la abstinencia frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y otros hábitos asociados a actividades delictivas. Sin embargo, el programa no cuenta con una oferta concreta para abordar la rehabilitación del consumo de SPA que expresaron los jóvenes en las entrevistas como una necesidad.

7.5.2 Análisis de redes temáticas

El primer tema global es “El componente Acompañamiento Extrahospitalario ofrece condiciones para sostenerse durante el proceso de recuperación”. Se trata de una red temática compuesta por tres temas organizadores y siete temas básicos. Esta red representa la opinión sobre el carácter del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” porque ofrece condiciones para la recuperación física de los jóvenes (ver figura 6).

Los jóvenes resaltaron que, al salir del hospital, enfrentan múltiples necesidades que dificultan el sostenimiento del proceso de recuperación física. Las principales

necesidades son: transporte, ayudas técnicas (como sillas de ruedas e insumos) y medicamentos no entregados oportunamente por las EPS. Esto fue señalado por el entrevistado N° 2:

“Lo que más necesitaba era el transporte. A veces no tenía cómo comprar medicamentos. (...) Uno tiene que comprar cosas personales: una silla de ruedas, pañales. Hay gente que necesita una cita y no tiene cómo pagarla. El programa casi siempre no tiene presupuesto... pero lo hacen, lo hacen con un amor.”

Otro joven de 22 años expresó que vivía con su mamá y que, durante la recuperación, fue ella quien se encargaba de todos los gastos. Incluso resaltó que algunas terapias respiratorias no pudieron realizarse por falta de recursos para el transporte. En este caso, las vistas de las Gestoras Sociales en el marco del acompañamiento a la recuperación física permiten identificar necesidades adicionales y gestionar apoyos. Esta cuestión se ilustra en el siguiente segmento de la entrevista:

Participante: *Pues en esos tiempos ¡uff! estábamos pasando por un mal momento de verdad. Entonces, pues, nosotros necesitábamos más que todo como... como alimentos. Alimentación.*

Entrevistador: *¿Qué te ofreció el programa?*

Participante: *Unos mercados y me ofrecieron un emprendimiento también.*

(N° 3)

Asimismo, los jóvenes valoraron positivamente la ayuda recibida para obtener autorizaciones, agendar citas con especialistas y recibir seguimiento personalizado. Entre los entrevistados estaba una joven de 22 años quien, durante su recuperación,

estaba embarazada y vivía con su esposo, aunque la mayor parte del tiempo se encontraba sola:

“Cuando salí del hospital llegué a un apartamento donde vivíamos, porque no podía ir a donde mi mamá, ni a ningún otro lugar donde me conocieran. Entonces, llegué a ese apartamento y mi marido se quedó ahí como dos semanas, pero le tocó viajar, y me quedé sola en un tercer piso con mi perrita. Mi mamá iba y me visitaba, pero me tocaba quedarme sola esperando a que ella llegara o que mi marido viniera a ayudarme a bañar, porque no podía caminar, no me podía parar sola. Necesitaba ayuda (...)

Lo que más necesitaba era tener una persona pendiente, pendiente, porque no la tenía. Mi marido no podía porque trabajaba, y mi mamá tenía que cuidar a mi papá, que también estaba enfermo. Entonces sí, necesitaba una mano que me ayudara, que estuviera ahí. [...] La gestora me ayudó mucho. Cuando me mandaban las órdenes, yo le decía que no podía y me decía: “pásamela y yo te ayudo”. Me colaboraron con la autorización. La gestora a veces no podía, pero la otra me decía: “Ya la autorizaron, te saqué la cita, la tienes tal fecha”. Siempre estaban pendientes, me escribían”. (N° 6)

No siempre las limitaciones se debieron a fallas en la prestación del servicio de salud, sino a la oportunidad de estos. Los tiempos prolongados para la atención por especialistas genera complicaciones y, en muchos de los casos, discapacidades que son prevenibles. Así lo expresó el entrevistado N° 4:

“Lo que necesitaba más que todo era terapia física. Tuve una lesión grande. (...) Que nos ayudaran a gestionar las citas médicas con el ortopedista y la

fisioterapeuta, porque es complicado. Que le den la cita en el tiempo adecuado [...]

Cuando yo salí del hospital, la gestora me colaboró mucho con las citas. Ya después dependía más de nosotros cumplir. Si uno falta, es complejo. Hay mucha gente que necesita. (...) La gestora nos vinculó al programa de la Universidad, donde una practicante me hacía seguimiento diario por videollamada. No se pausó la fisioterapia, fue un apoyo “bacano” en un momento difícil”.

En el caso de jóvenes con lesiones medulares, el componente cobró aún más relevancia, llegando incluso a desbordar las capacidades del programa. Dado que estas necesidades eran persistentes, resultó importante incentivar proyectos de emprendimiento. Los jóvenes identifican la falta de recursos como una necesidad inicial y, por tanto, valoraron el apoyo del Programa TCV en este ámbito como una vía para generar ingresos y cubrir gastos no contemplados por el sistema de salud. Como expresó el entrevistado N° 2:

“La gestora me ayudó con la cita para la silla de ruedas. También cuando tuve una infección urinaria. Además, me ayudaron a poner una venta de yogures. Con eso me sostengo y compro lo que necesito”.

En conclusión, el egreso hospitalario de un joven herido por violencia, con un paquete de ordenes médicas, no garantizó por sí solo la continuidad de su proceso de recuperación ambulatoria, incluso cuando el sistema de salud cubría ciertos insumos médicos y servicios a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS). En este contexto, el

componente “Acompañamiento Extrahospitalarios” resultó relevante al responder a necesidades específicas identificadas por las Gestoras Sociales en las visitas domiciliarias, contribuyendo al proceso de recuperación.

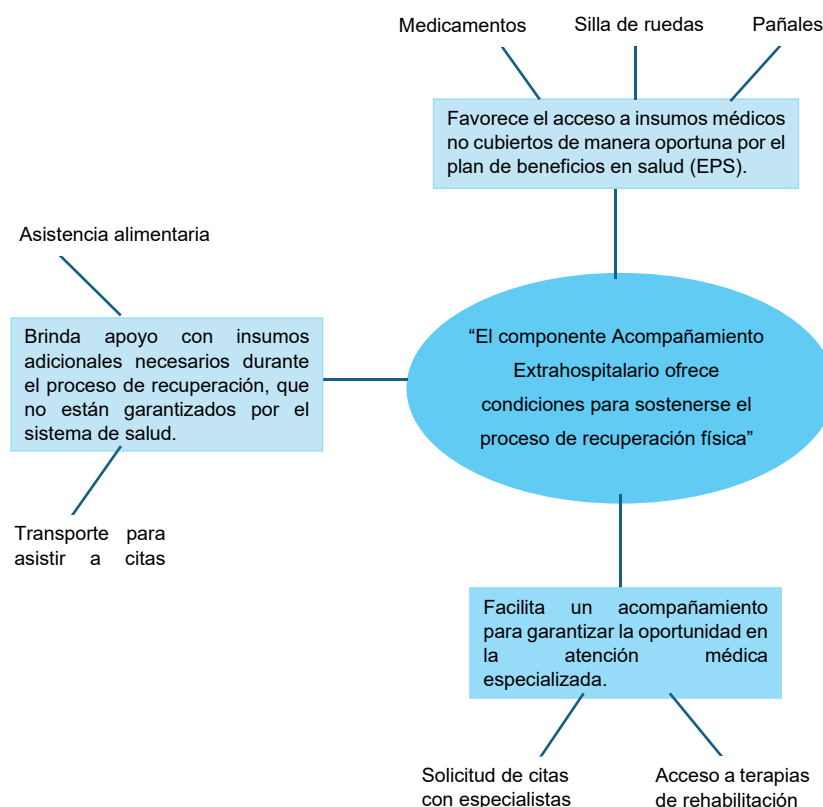


Figura 6. Red temática para “El componente Acompañamiento Extrahospitalario ofrece condiciones para sostenerse el proceso de recuperación”

Fuente: elaboración propia.

El segundo tema global es “El componente mitiga la percepción persistente de amenaza e inseguridad después de vivir experiencias de violencia”. Se trata de una red temática compuesta por tres temas organizadores y siete temas básicos. Esta red representa la opinión sobre el carácter del componente “Acompañamiento

Extrahospitalario”, en tanto responde a necesidades contextuales, internas y relacionales producto de la exposición a violencia interpersonal (ver figura 7).

En las entrevistas, varios jóvenes resaltaron que, una vez en casa después de la hospitalización, persistía en ellos una sensación de amenaza o inseguridad asociada al trauma vivido. Señalaron, por un lado, que esta percepción estaba vinculada a riesgos derivados de sus trayectorias de vida, los cuales podían ocasionar represalias por conflictos previos o por haber estado relacionados con dinámicas ilegales. Así lo relataron dos jóvenes entrevistadas:

“Pues, yo tenía un noviecito y me fui para allá. Me fui para la casa de mi novio porque, pues, como él no vivía donde me habían pegado los tiros y, pues, yo tenía que estar en un lugar distintos al que me habían hecho el atentado; entonces, me fui para allá [...] venía a un mundo oscuro que, pues, pensaba que ese era mi mundo prácticamente”. (N°5)

“Nos fuimos a vivir a un apartamento porque no podía llegar a donde mi mamá ni a ningún lado donde me conocieran”. (N°6)

Otro ejemplo, lo ofreció un joven que reconoció haber tenido inicialmente un sentimiento de dualidad entre continuar en actividades ilícitas o cambiar su vida. Lo expresó así:

“Cuando yo salí yo seguí en lo malo, yo seguí en lo malo y, pues, ahí mataron a un amigo que uf... era mi amigo. Entonces, eso también fue algo difícil porque yo decía: ¿cambio? ¿será que cambió? o ¿no? Sí me entiende. Entonces, estaba como entre la espada y la pared”. (N°3)

Por otro lado, mencionaron que esa percepción persistente de amenaza o inseguridad también estaba relacionada con síntomas propios del trauma como

hipervigilancia, miedo constante y desconfianza hacia personas desconocidas y hacia los espacios públicos. Los entrevistados N° 3 y N° 5, respectivamente, lo manifestaron así:

“La verdad ¡uy la verdad! yo sentía mucho miedo. Miraba para todos lados porque pensaba que me iban a atacar otra vez. Cuando me paso eso de la herida de arma de fuego yo sí quedé traumatado porque yo sentía que esa persona me iba a volver a llegar, pues, a herirme otra vez. A cumplir lo que quería. Entonces, yo hay veces que si sentía como que quería como acompañamiento de la ley...”

“Estaba recién en lo de mis tiros... cosas nuevas para la vida de uno, porque pues uno nunca espera que alguien vaya a llegar a acogerte y a decirte: “Ve, te voy a dar este refugio”, y pues uno no espera nada de eso”.

Por lo anterior, los jóvenes tenían la necesidad de contar con espacios físicos seguros que les permitieran avanzar en su recuperación. En este sentido, resultó relevante que, dentro del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”, se realizaran actividades en las instalaciones del hospital, lo que representó para ellos una oportunidad de sentirse protegidos y de comenzar a recuperar la confianza necesaria para retomar sus vidas. Así lo relató la entrevistada N° 1:

“Nos citaban aquí (en el Hospital) en Salud Mental, por medio de unas citas... cada mes o dos veces o tres veces... Y veníamos donde el psicólogo o la psicóloga. Les contábamos las cosas, nuestras preocupaciones, y ellos nos ponían a trabajar sobre eso (...) Porque en otra parte uno no sabía quién se podría encontrar, como apenas había pasado los tiros, entonces tenía ese miedo constante de que en algún lugar me encontrara con alguien que yo no quería. En

cambio, el hospital está más vigilado, hay más personas y eso me gustó. También tiene más privacidad.”

Incluso, el Programa TCV ofrecía la posibilidad de transporte para desplazarse hasta los lugares donde se realizaban las actividades, con el fin de reducir la exposición a nuevos riesgos. La misma entrevistada lo expresa de la siguiente manera.

lp

En los relatos de la joven se evidenció que las intervenciones no solo redujeron la sensación de inseguridad, sino que también contribuyeron a desarrollar una postura más consciente frente a los riesgos presentes en su contexto, los cuales antes pasaban inadvertidos: *“Por eso, si uno se siente inseguro, es mejor alejarse. Porque puede volver a pasar lo mismo o peor” (N° 4).*

En relación con las actividades del paso 2 del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” centrado en la recuperación emocional y la superación del trauma, los jóvenes destacaron la relevancia de la orientación recibida para construir una vida más segura. Esto se ilustró en el siguiente segmento de la entrevista:

Participante: *la verdad ¡uy la verdad! yo sentía mucho miedo. Miraba para todos lados porque pensaba que me iban a atacar otra vez. Cuando me pasó eso de la herida de arma de fuego, yo sí quede traumatado porque yo sentía que esa persona me iba a volver a llegar, pues, a herirme otra vez a cumplir lo que quería. Entonces yo hay veces que si sentía como que quería como acompañamiento de la ley hay veces.*

Entrevistador: *¿Qué necesitaba para eso? ¿Para enfrentar eso difícil?*

Participante: *Buenos consejos. Porque a pesar de eso, yo fui como que... cuando ya me empezaban a hablar cosas buenas, ya me fui como relajando. Las salidas a los espacios que te digo también servían mucho para liberar, dejar de pensar en que me van a matar o en que me puede volver a pasar algo. Me ofrecieron un espacio acá en el HUV todos los jueves para venir a hacer pedagogía de emergencia con otras personas que también eran pacientes. Eso sí me ayudó bastante, eso sí me acuerdo me ayudó bastante.” (N°3)*

La necesidad de recuperar la sensación de seguridad interna se evidenció de manera reiterativa en las voces de los entrevistados, quienes afirmaron que esta inseguridad persistió durante meses y que contribuyó progresivamente a su disminución a medida que participaban en las actividades del paso 2 del acompañamiento. Las entrevistadas N° 1 y N° 5 lo expresaron así:

“Me soñaba mucho, no con lo que pasó, sino que me soñaba que me hacían daño. Prácticamente durante unos meses estuve soñando cosas feas: que me mataban, cosas horribles. Eso no me gustaba. Hablé con la psicóloga y le comenté el problema, y ella me puso a hacer unos dibujitos. Con el tiempo, eso se me fue quitando”.

“Con la profesional a veces nos tocaba como explorar la mente. Ella nos daba un cuento, un poema, algo sobre superarnos, abrirnos. Nos ponía a pintar, a ver qué queríamos y qué era lo que nos hacía daño, lo que nos generaba el trauma. Cada vez hacíamos un dibujo o algo así. No nos presionaban, pero poco a poco nos iba ayudando”.

Más adelante, esta recuperación se amplió con otro elemento: la identificación de espacios seguros que favorecieron el distanciamiento de entornos violentos y fortalecimiento de nuevas formas de relacionarse. Una joven lo describió así:

“Jugábamos, nos llevaban a partes turísticas. Fuimos al museo a ver historias. El acompañamiento en la salida era como para distraer la mente, que uno se sintiera tranquilo, sin el temor que se siente en el mismo barrio, donde uno no puede salir con confianza. Entonces allá uno aprende como más sobre seguridad, sobre estar tranquilo (...) Sentirme en paz y tranquila”. (N°5)

Estos espacios contribuyeron a restablecer la sensación de seguridad, brindar un respiro frente a los estresores cotidiano y generar momentos de paz. Se reconoció la relevancia de realizarlos fuera de los territorios donde viven los jóvenes, ya que esto facilitó la recuperación progresiva de la confianza para salir a la calle, permanecer solos en espacios públicos y retomar sus rutinas. Una joven entrevistada amplió esta idea con la siguiente propuesta:

“Eh, ¿diferente? No, pues lo que te dije, más saliditas como esas, porque en esas saliditas uno le quedaban como más en la mente, pues por lo que uno veía, por los lugares que veía y por las cosas que veía. De pronto, como más zonas verdes, porque uno como que, pues no sé si ha escuchado que uno con la naturaleza tiene más paz”. (N° 1)

En este caso, se pudo reconocer en las entrevistas que, si bien el propósito de los encuentros de jóvenes estuvo orientado al desarrollo de habilidades sociales, como la construcción de relaciones entre pares no violentas, la resolución de conflictos, la convivencia y reconocimiento de la ciudad. Los jóvenes entrevistados destacaron en

estos espacios otros elementos: la posibilidad de estar tranquilos, olvidarse por un momento o la sensación de inseguridad que experimentaban y conocer otras personas que atravesaban por situaciones similares o incluso más difíciles que las suyas.

Por último, se identificó que la percepción de amenaza e inseguridad se transformó a través de la construcción de nuevos vínculos basados en la confianza. En este proceso, la relación inicial con el equipo del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” se convirtió en un soporte clave para los jóvenes, al facilitar la creación de lazos y relaciones interpersonales seguras. Este vínculo actuó como un puente para que los jóvenes reconocieran en sus pares referentes de superación y de conformaran una nueva red de apoyo. Dicho proceso se fortaleció mediante el intercambio de experiencias y el trabajo conjunto con otros jóvenes que presentaban lesiones diferentes y barreras de la comunicación, generando oportunidades de aprendizaje mutuo y solidaridad.

Estos espacios relacionales cobran relevancia porque, tras la hospitalización muchos jóvenes experimentaron un sentimiento de soledad y desprotección. Una de las entrevistadas lo expresó así:

“Lo que uno necesita es personas que lo entiendan y lo ayuden en ese momento, porque uno está débil y no puede caminar ni hacer muchas cosas, necesita que estén pendientes. (...) porque no la tenía, porque mi marido trabajaba y mi mamá le tocaba estar con mi papá porque también estaba enfermo”. (N° 6)

Y otro joven, con lesión medular, añadió:

“Es que mi mamá, cuando tuve la lesión, me dejó tirado. Y eso me dio duro, porque uno de hombre, desde pelado, cree que la mamá siempre está ahí para uno y la mía me dejó así. Para mí fue algo muy duro”. (N° 2)

Estas situaciones se vieron agravadas por las dificultades que enfrentan los jóvenes para relacionar con personas desconocidas y exteriorizar sus emociones. Incluso con sus referentes familiares, les resultaba difícil confiar y expresar lo que les sucedía o sentían. Así lo relataron los entrevistados N° 2, 3 y 5.

“Al principio no me gustaba asociarme con gente, me daba como pena (...) ¿Cómo te explico? Me daba pena estar en silla de ruedas. He visto gente que trata feo a las personas, las hacen sentir mal por estar así”.

“No era tan social, yo creo que eso era lo que me hacía falta, relacionarme más con personas que no conocía”

“Al principio yo era muy “peleona”, entonces siempre había ese dilema con mi temperamento (...) No era muy sociable, no era capaz de expresar lo que sentía. Por ejemplo, si algo estaba pasando en mi casa, no lo decía”.

La presencia de las gestoras sociales, la psicóloga y la trabajadora social se convirtió en un soporte relevante dentro de su red de apoyo, fragmentada o inexistente para muchos. La necesidad más importante que expresaban era no querer sentirse solos, contar con alguien con quien hablar, sentirse importantes para alguien que valore su proceso de cambio, sentirse seguros y acompañados. Los jóvenes lo valoraron así:

“Yo diría que el proceso que hace la gestora es muy valioso. Eso de estar pendiente: ¿Cómo estás? ¿Qué necesitas? Esto le da a uno importancia como

persona. Yo digo: entonces sí somos alguien para ellos. Y eso hace que uno mismo también empiece a valorarse". (N°4)

"Gracias a la trabajadora social encontré a alguien con quien sentí que podía hablar, como una amiga. Al principio, cuando recién salí del hospital (...) Ella hablaba conmigo y con mi familia sobre cómo iba todo en la casa, las relaciones con los padres, hermanos (...) A veces llevaban cosas como parqués emocionales, fichas de "feliz", "triste", y uno cogía eso y expresaba como se sentía. (...) Me ayudó a sentir confianza y a que mi familia también la sintiera, a que hubiera cariño y respeto". (N° 5)

"Lo más difícil fue entender que no iba a ser la misma persona, que mi cuerpo no iba a ser igual, que en la casa las personas no me iban a tratar igual. Ahí fue donde conocí el programa. Me enseñaron que, aunque tuviera una discapacidad, me tratarían como a cualquier persona". (N° 2)

Posteriormente, el acompañamiento familiar fue reconocido como muy relevante en la medida en que la relación con el equipo comenzó a extrapolarse hacia la recuperación de la confianza del joven en su familia y de la familia con el joven. Este proceso buscó fortalecer los vínculos que se habían debilitado y a configurar el entorno familiar como un espacio protector, donde tanto el joven como sus familiares pudieran expresar lo que sentían frente a las situaciones vividas y las dinámicas propias del hogar. Los jóvenes lo relataron de esta manera:

"Cuando ellos llegaban, hay veces que uno ni siquiera los esperaba que fueran a llegar temprano, o al medio día, ¿sí? y como que el ambiente cambiaba, todo se volvía a risa, después de que uno estaba ahí como serio, y llegaban esas

personas, entonces, uno se motivaba y pasaba chévere (...) Hacíamos dibujos, charlábamos, y eso es lo único que me acuerdo (...)

Primero hacíamos un taller los dos (la trabajadora social y yo), y después se unía mi mamá y mi hermano (...) La verdad, mi mamá se siente muy orgullosa del programa, porque ella siempre lo dice y hasta ahora dice que, si no hubiera sido por ustedes, pues yo quién sabe... no estaría ya aquí o eso. Y a ella eso la llenó como de más motivación para hablarme más, ¿sí me entiende? Como: “Mai no haga eso”, “Mai, lo otro”, “mira, anda pal programa” (...)

Es importante sentarse en familia, y la comunicación, porque en mi familia nunca habíamos tenido comunicación. Cada quien andaba por su lado. Pero cuando la trabajadora social iba, yo veo que eso fue un cambio, porque a partir de eso mi mamá empezó a hacer juegos, a ver películas, lo que antes no hacíamos. Ellos me enseñaron algunos juegos, y ella llegaba y decía: “vea, vamos a hacer estos juegos que nos dejaron los del programa”, y nos sentábamos a interactuar”
(N° 3)

“Cuando hicimos actividades con mi mamá, estuvimos más unidas, porque ella conoció más de mí y yo más de ella. Me hubiera gustado que también fuera una sesión con mi hermano, porque, aunque nos tratamos bien, no mantenemos juntos. De pronto si lo llamaran, uno compartiría con él (...) Me ponían a escribir como veía en cinco años, y también había un jueguito que me enseñó la trabajadora social, con mi mamá (...) Ahí ella me dijo cosas de ella y yo le dije cosas mías, y como que nunca pensé que ella quería eso, y ni de pronto ella

tampoco pensó que yo fuera a decir lo que dije. Entonces, eso me gustó mucho”.

(N° 1)

“En ese momento vivía en una casa ajena, la de mi madrastra y ella lo humillaba a uno (...) A veces no me daban ni comida (...) Pero cuando hicimos el círculo familiar, mi familia como que se escuchaba (...) En la casa hacíamos talleres y formábamos una conversación. Hacíamos ejercicios de cómo me sentía con la familia. (...) Al final, ya no lo humillaban a uno. Bajaron las humillaciones, y ahora llevamos una amistad chévere, ya no hay humillación entre ellos”. (N°2)

Otra acción relevante del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” fue la posibilidad de tejer nuevas redes de apoyo entre jóvenes, a través de los encuentros de grupales orientados al desarrollo de habilidades sociales. Estos espacios vivenciales no solo permitieron aprender a relacionarse entre pares, sino que también generaron vínculos desde el reconocimiento de experiencia compartidas.

Lo jóvenes destacaron que conocer a otros con heridas similares a las suyas, en particular a quienes habían avanzado o superado dificultades mayores, se convirtió en un ejemplo de superación que los motivó, fortaleció su confianza en sí mismos y reconstruyó la posibilidad de confiar en otros. Aun cuando estos vínculos no surgieron del territorio, se consolidan en los encuentros, generando un tipo de familiaridad y apoyo mutuo espontáneo entre pares. Los jóvenes entrevistados lo expresaron así:

“Cuando comencé a llegar al programa y la gestora me ayudó, yo comencé a estar con gente, a reconocer que hay personas como yo. Conocí personas con una lesión peor que la mía, que me miraban como alguien normal, y conocí

personas sin lesión que me trataban igual. Entonces eso me hizo cambiar el pensamiento, ya la mente me fue cambiando". (N° 2)

"En cada encuentro conocíamos a personas diferentes y aprendíamos cosas nuevas, pero no cosas malas, sino buenas (...) Hacíamos grupos, y talleres, y cómo se sentía (...) Hay que hacer esos encuentros, porque más de una persona aprendió a estar con las demás, como yo, que no me gustaba estar con mucha gente. Ahí aprendí a compartir. (...) A veces uno escuchaba a otro y dice: "uy, esa persona está pasando por lo mismo que yo", y si ellos pueden, ¿Por qué no yo? (...) Además, me gustaba que trajeran personas que estaban igual que uno, para hacerlo sentir a uno como igual a los demás" (N° 3)

"Conociendo las historias de las demás, yo decía: uy, yo podría estar como él o peor. Eso me hacía reflexionaba (...) Recuerdo una salida, no sé si era un museo o un colegio, donde nos mostraron muchas cosas, nos enseñaron. (...) Me gustaban las salidas, las dinámicas, porque pintábamos, hacíamos actividades (...) Escuchar historias de otros le abre a uno el corazón, la mente, uno se da cuenta que no es el único al que le pasa. Eso ayuda" (N° 5)

En conclusión, En este contexto, consideraron que el componente "Acompañamiento Extrahospitalario" cobró relevancia porque les brindó espacios seguros, tanto físicos como emocionales, que les permiten avanzar en su recuperación. Destacaron que, a través de visitas domiciliarias y encuentros juveniles, pudieron tomar distancia de los entornos violentos y resignificar, desde sus propias vivencias, sus formas de relacionarse y de gestionar las emociones.

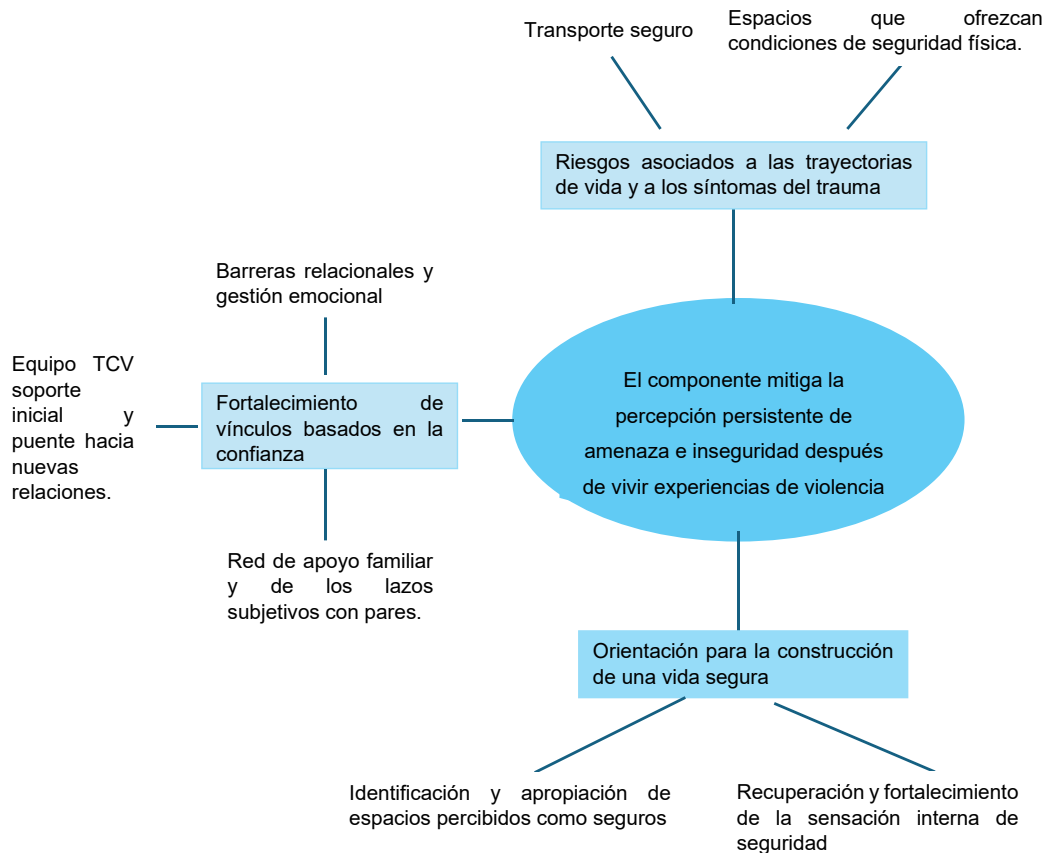


Figura 7. Red temática para “El componente mitiga la percepción persistente de amenaza e inseguridad después de vivir experiencias de violencia”

Fuente: elaboración propia.

El tercer tema global es “El componente aporta al cambio de estatus social”. Está compuesta por dos temas organizadores y síes temas básicos. Esta red temática evidencia la dualidad en la relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”. Por un lado, impulsa a los jóvenes a posicionarse en un lugar de cambio y superación y, por otro, muestra limitaciones para promover transformaciones sostenidas en los hábitos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas (ver figura 8).

Una de las necesidades más frecuentes que manifestaron los jóvenes entrevistados estuvo relacionada con la transformación de hábitos asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), un tema que surgió de manera emergente durante el análisis de las entrevistas. Muchos relataron que, antes de ser heridos, ya tenían dinámicas de consumo: *“yo consumía mucho y los tiros que me pegaron me afectaron demasiado los pulmones, entonces, yo digo que yo necesitaba era una desintoxicación”* (N° 3). Al iniciar un proceso de cambio y superación, se enfrentaron a grandes dificultades para mantener la abstinencia, especialmente cuando continuaban viviendo con personas que consumían. Una de las entrevistadas describió así su experiencia:

“Para mí lo emocional fue muy duro, me dio muy duro porque fue como un cambio. Lo que me pasó me hizo cambiar sí o sí: primero por lo de los tiros, segundo por el embarazo y tercero porque el doctor me dijo: “no puedes consumir primero por lo que le pasó y segundo porque estás embarazada, ya si tú lo haces, pues es decisión tuya”. Entonces, eran muchas emociones...”

“Pensaba que si consumía me podía pasar algo a mí o al bebé. Mantenía con mucha depresión, lloraba todo el tiempo, me daba ansiedad, se me aceleraba el corazón, me daba mucho escalofrío, sudoración, me enfermé por todo (...) Fue duro porque mi marido consumía. Él llegaba con ese olor y yo me desesperaba, me daba rabia, me ponía a llorar. Le decía: “¿por qué lo haces si sabe que para mí eso es muy duro?” Él me decía: “si tú lo va a dejar, tienes que dejarlo tú, no yo”. (N° 6)

Frente a esta situación, casi la única respuesta fue el acompañamiento de las Gestoras Sociales, quienes ofrecieron escucha y apoyo; sin embargo, el programa no

tenía una oferta concreta para atender esta problemática. La misma entrevistada lo relató:

“Las gestoras siempre estuvieron muy pendientes de mi recuperación. Si iban a la casa y yo estaba mal, ellas estaban ahí. Cuando me atacaba la ansiedad por haber dejado de consumir, yo lloraba mucho, estaba muy afectada. Las llamaba no importaba la hora. Me decían: “Lláname, no importa, yo le voy a contestar”. Y así era. Me daban muchas ansias, me desesperaba. Me ayudaban mucho: me aconsejaban, hablaban conmigo, me calmaban”. (N° 6)

Si bien, existió un esfuerzo de contención y seguimiento individual, tal como se evidencia en los relatos, no se identificó una línea clara de intervención del componente del Programa sobre este tema. Las acciones parecieron originarse más en el interés y sensibilidad de algunas de las gestoras o profesionales, que en una actividad formal dentro de la estructura del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”. Lo anterior se refleja en el siguiente fragmento:

“Entonces yo le decía a mi pareja: “Lo podemos dejar los dos, nos hace bien a los dos”. Él me respondía que no, que si quería cambiar lo hiciera yo, que él ya había cambiado muchas cosas, y que lo único que le faltaba era dejar la marihuana. Yo igual decía: “Lo voy a hacer”. Entonces me tomaba una aromática, jugaba en el celular, veía una película, algo que me distrajera

Una vez hable él porque la gestora me dijo: “Háblele, convénzalo, él también puede”. Entonces él me dijo que iba a intentarlo por mí, porque veía cómo me ponía. Y lo dejó también. Fue como una enseñanza, un aprendizaje. Todo se puede lograr. Es duro dejar el vicio. Cuando alguien juzga a otra persona diciendo

que no quiere dejar de consumir, yo me quedo callada, pero pienso: “Si supieran lo duro que es salir de eso”. (N° 6)

Otro ejemplo se evidenció en esta entrevista:

Entrevistador: *De eso que se hace en salud, sobre los trámites, sobre los cuidados, ¿Qué crees que no funciona tanto? ¿Qué se podría mejorar?*

Participante: *No pues, en mí, no hay nada, porque pues prácticamente me ha ayudado mucho, en mi vida, en mi trabajo, cómo expresarme, dejar el consumo, que no fue pues algo fácil, porque no es fácil, pero a la medida que yo venía a hablar con el psicólogo poco a poco se fue alimentando esa manzanita. (N° 5)*

Cabe aclarar, que los temas relacionados con la rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas no hacen parte de la guía de acompañamiento psicológico (ver anexo 7). En este caso, si bien se reconoció como una necesidad y se aborda de manera parcial, no se desarrolló como actividad o proceso formal de intervención dentro de la estructura del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”. No constituyó una oferta específica del programa, por lo que la valoración de los participantes se centró en la escucha y el apoyo brindado por las gestoras y profesionales de psicología del programa. Sin embargo, fueron ellos quienes debieron afrontar por sí mismos la transformación de estos hábitos, librando la batalla “*Que no fue pues algo fácil*” (N° 5), por mantener la abstinencia.

Por otra parte, los jóvenes destacaron que el acompañamiento favoreció su posicionamiento en un lugar de cambio y superación, centrado en el

autorreconocimiento, ocupación del tiempo libre para alejarse de prácticas de riesgo y el acceso a oportunidades desde sus intereses. Ellos lo expresaron así:

“El psicólogo me decía: “usted es mecánico, usted puede”. Me ofrecieron apoyo para montar mi negocio, aunque no lo tomé porque sentía que ya era mucho pedir y que no lo necesitaba. Pero eso me motivó. Monté mi local. Dije: “si ellos confían en mí, yo lo puedo hacer”. Arranqué, no con todas mis cosas, pero el negocio duró bastante. Avancé en la casa, compré mis cosas. Pensaba que no iba a avanzar, pero sí, se pudo”. (N° 5)

El acompañamiento me ayudó a cambiar la mente. Yo antes quería vivir la vida como viniera, sin pensar mucho. Pero gracias al programa comencé a estudiar y mantener ocupado. Antes pensaba en quitarme la vida, porque mi familia me trataba como si yo no fuera nada. Después, la psicóloga me ayudó bastante”. (N° 2)

“El grado del programa y del colegio (refiriéndose al grado del bachillerato y grado que se hace en el programa a los jóvenes que completan todo el componente “Acompañamiento Extrahospitalario”). Que yo pudiera hacer mis cosas, porque yo pensaba que no podía hacer nada. Y el programa me ayudó a meterme en la mente que todavía puedo, todo es que uno ponga de su parte. Todavía puedo”. (N°3)

Uno de los entrevistados amplió sobre la ocupación del tiempo:

“... Los pelados necesitan entretenerse en algo... ¿sí me entiende? porque si ellos no están tan ocupados... uno cuando no está haciendo nada por la vida, uno hace miles de cosas tanto buenas como malas (...) eso es lo que yo más

decía: “venga estos tres días a la semana vamos a estar haciendo talleres, un día salimos y los otros dos días vamos a hacer talleres. Como para uno ocuparse más o dejar talleres por medio de WhatsApp o presencialmente como lo hacen ahora”.

(N° 3)

En conclusión, este autorreconocimiento de las posibilidades individuales apareció como la fuerza más grande que impulsó el programa en ellos, posicionando al joven en un lugar diferente. En algunos casos, este cambio logró sostener el esfuerzo de rehabilitarse de manera autónoma del consumo de SPA y de otros hábitos relacionados con actividades delictivas. Tres jóvenes lo valoraron como apoyo clave para superar tres desafíos distintos: dejar de robar, dejar de consumir y dejar de pensar en quitarse la vida.

“Lo que más recuerdo es que me ofrecieron terminar mi estudio de bachillerato. Siempre soñé con verme graduándome, con traje y mi cartón, sin tener que pagarle a alguien que me hagan una copia. Hice la primaria y luego el bachillerato (...) También, un curso de panadería que me ofrecieron, conseguí un cupo de Auxiliar Administrativo aquí en el hospital. (...) Orientaba a la gente, daba información, acompañamientos a los pacientes (...) Gracias al programa yo sé qué es trabajar, porque nunca había tenido un trabajo así. Mi primer trabajo fue ahí. Y eso me hizo cambiar: me di cuenta del esfuerzo que hacen las personas para ganar un sueldo. Aprendí a valorar, porque me robaron una vez estando juicioso y sentí lo mismo que quizá otros sintieron cuando yo hacía lo mismo. Eso me ayudó mucho”. (N° 3)

“Me ayudó mucho en la salud mental porque yo antes, o sea, no tenía los pensamientos como ahorita los tengo: muy claros, entonces el programa me

ayudó a ordenar mis pensamientos y mirar bien qué era lo que quería y cómo salir de eso en lo que estaba. Como esos pensamientos en querer estar en la calle, meter vicio o cosas así, me ayudó mucho, porque son cosas que ya no tengo en la mente” (...)

“El programa me ofreció que pudiera terminar mi bachillerato, entonces, yo decidí acceder y terminé mi bachillerato y me pude graduar, ahí vimos después unas ofertas, entonces yo me proyecté más, por medio de lo que pasó, el accidente, yo me acordé cuando los enfermeros me ayudaron y también me dieron fuerzas, entonces yo dije no pues a mí me gustaría la enfermería. Con mi acompañante, mi gestora, fuimos viendo oportunidades que hubiera, encontramos un instituto y ahí fue que comencé a estudiar lo de auxiliar de enfermería y gracias al programa como allá estaban vinculados con el hospital, ellos me ayudaron y me dieron como la mitad de la beca, ahí yo pude pagarla y la terminé, me gradué y ahorita estoy haciendo las prácticas”. (N° 2)

“Me ayudaron a estudiar. A mantener la mente ocupada. Mientras que estudiaba, también me llevaban al hospital a visitar a otros jóvenes que tenían situaciones como la mía. Eso me ayudó mucho, porque si me hubiera quedado solo en casa, tirado, habría pensado cosas malas. Siempre intentaba mantener la mente ocupada con tareas. Cuando uno tiene la mente ocupada, no le da como para pensar cosas negativas” (N° 1).

Cabe aclarar que no siempre se logró avanzar hacia un empleo formal o al ingreso a la educación superior que algunos de los jóvenes esperaban. Sin embargo, la posibilidad de terminar el bachiller y el acceso a ofertas técnicas o tecnológicas

específicas, a través de institutos en convenio, fue como la oferta más constante en los testimonios. Un segmento de las entrevistas permite visibilizar esta situación:

Entrevistador: *Todos los programas no ofrecen todo, ¿no? Siempre hay algo que falta, algo que podrían hacer mejor. ¿Qué crees que se podría hacer en el programa para mejorarlo más? Ya que viviste toda la experiencia con el programa.*

Participante: *No, pues a veces lo que estamos haciendo en el programa, pues a veces las personas necesitan cosas, ¿no? Pues que en el programa no hay y no hay ni, digamos, no están las cosas ni los presupuestos para ayudarlas a las personas.*

Entrevistador: *¿Y cómo qué cosas son?*

Participante: *Porque hay gente que, pues, del programa que quieren estudiar y no hay, digamos, y no hay como unas becas para los jóvenes que terminamos de estudiar en el programa, bachiller, y no salen. Si salen becas o ayudas, no salen para lo que uno quiere sino para lo que a uno le toca.*

Entrevistador: *¿Y qué más podrías creer que se podría mejorar?*

Participante: *No, pues para mí no me parece nada, porque gracias a Dios, pues en el momento lo que yo he necesitado, pues me han ayudado y pues “bacano, porque han ayudado a varios jóvenes a salirse de las calles.*

Entrevistador: *Sí, pero eso que decías es muy importante, eso que decías que hay cosas que el programa no tiene el recurso, pero que sí a veces se necesita. Decías lo de las becas, ¿qué más podrían necesitar los jóvenes que no hay como recurso para eso?*

Participante: *Un trabajo. Hay jóvenes que terminando de estudiar bachiller no hay como para hacer un curso. Y porque a veces, pues, nosotros terminamos de estudiar y ya, terminamos de estudiar y ya, se quedó ahí. Tenemos un cartón de bachiller y lo tenemos guardado en el armario y ya, porque pues en el momento no hay presupuesto para ayudar a los jóvenes.*

Otro ejemplo, con el que se cierra este apartado, deja constancia de que conseguir un empleo fue quizás el mayor reto o necesidad al concluir el proceso y posicionarse desde otro lugar en lo que se denominó como tema global: cambiar de estatus social. La joven lo relató así:

Entrevistador: *¿Qué ha sido lo más difícil que has vivido o que has experimentado después de salir de la hospitalización?*

Participante: *pues como la cuestión del trabajo, que, pues ha sido como la circunstancia, pero pues gracias a eso tampoco ha sido impedimento en la vida, porque pues todo es querer vivir y eso. El programa me ayudó, para entrar al hospital y a una panadería, pero no se logró. También me apoyaron con la formación para el trabajo con una fundación y gracias a eso pude meter unas hojas de vida pero todavía no hay respuesta.*

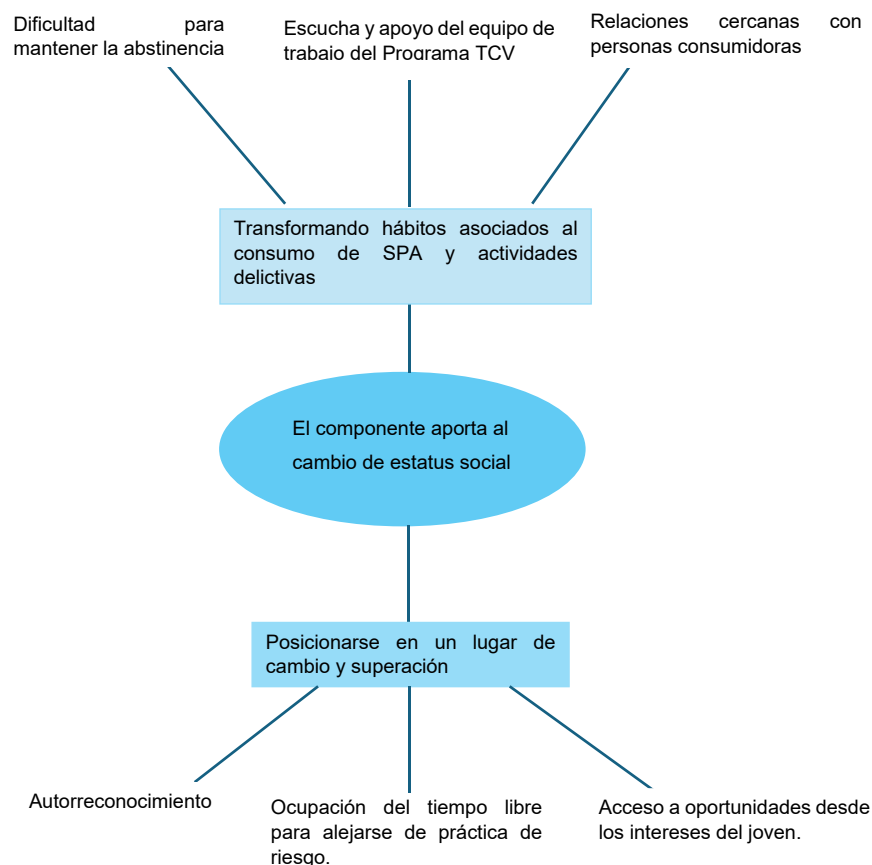


Figura 8. Red temática para “*El componente aporta al cambio de estatus social*”

Fuente: elaboración propia.

7.5.3 Evaluación de relevancia desde la revisión rápida de alcance

La figura 9 ilustra el proceso de búsqueda y selección de la literatura siguiendo la guía Prisma (34). En total, se encontraron 544 artículos a través de las estrategias de búsqueda en PubMed, Scopus y Web of Science. De estos, 77 fueron eliminados por duplicados, entre los duplicados de dejó los más completos, quedando 467 registros para la fase de cribado. En esta fase, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 373 artículos porque no abordaron la población, el concepto o el contexto de interés, o porque no correspondía a investigaciones originales que evaluaran intervenciones. De esta forma, 94 estudios pasaron a revisión de texto completo.

La lectura detallada permitió seleccionar estudios que cumplieran con los objetivos de la revisión: fueron investigaciones originales de evaluaciones o revisiones de alcance sobre programas de prevención de la violencia basados en la hospitalización, que incluyó la descripción de la intervención y evaluaron su efectividad en la reducción de la reincidencia y la mortalidad por nuevos eventos de violencia interpersonal. Finalmente, 17 estudios fueron incluidos en la revisión rápida de alcance.

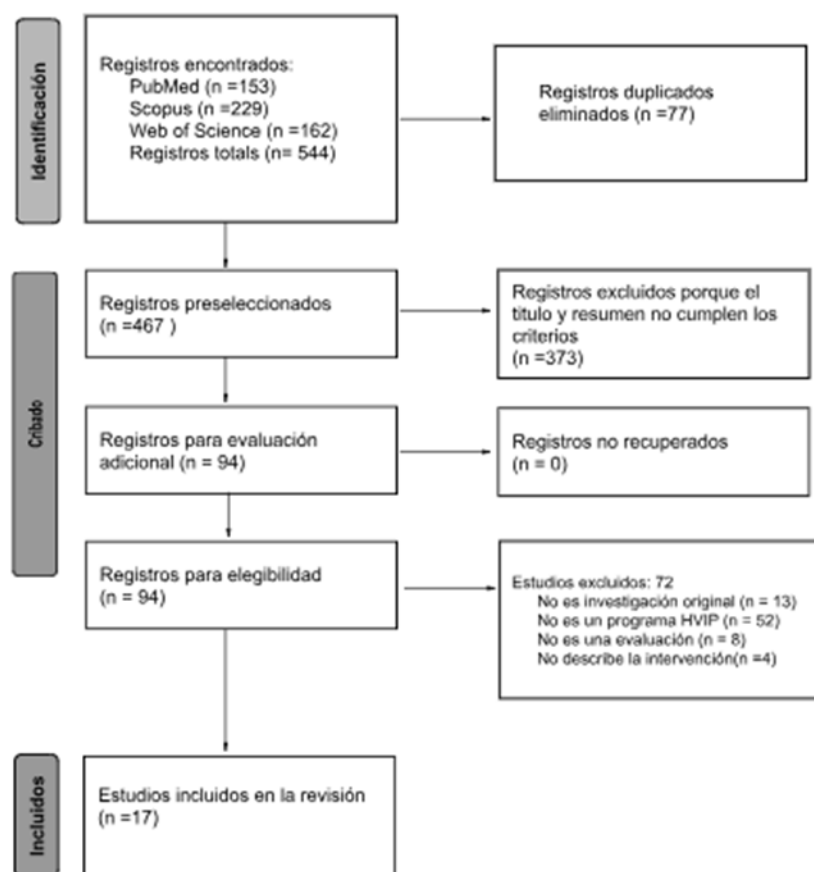


Figura 9. Diagrama de flujo de revisión de alcance rápida

Fuente: Adaptado diagrama de flujo PRISMA 2020 (34)

Características generales de los estudios

Los 17 estudios incluidos tienen un alto nivel de cumplimiento de los criterios de calidad: claridad en los títulos y resúmenes; presentación explícita de objetivos; descripción de las intervenciones (17/17) (37-53) y las poblaciones (16/17) (37,38,40-53); presentación de resultados (16/17) (37,38,40-53) e identificación de limitaciones (17/17) (37-53).

En contraste, se observó un menor cumplimiento de los siguientes criterios: la teoría que sustenta las intervenciones (4/17) (47-50); el seguimiento a los participantes (11/17) (40,42-50,53); la incorporación de aspectos éticos (8/17) (43,44,46-50,53) y; la validez externa (6/17) (37,44,45,48,51,52). Los puntajes más bajos correspondieron a revisiones sistemáticas, lo cual puede explicarse porque no evaluaron una única intervención y se clasifican como estudios de riesgo mínimo. No obstante, esta situación reflejó una brecha en el conocimiento, ya que dichas revisiones no reportaron de manera consistente los fundamentos teóricos de las intervenciones, aunque una de estas mencionó el modelo ecológico, sin vincularlo directamente con las intervenciones evaluadas (50), la duración y calidad del seguimiento a los participantes, ni la validez externa de los programas, dado que la mayoría fueron replicados únicamente en hospitales de un mismo país, principalmente en Estados Unidos.

Por otra parte, 16 de los 17 estudios revisados se llevaron a cabo principalmente en Estados Unidos y 1 (uno) se realizó en Canadá. En cuanto a los tipos de evaluación, se identificaron revisiones sistemáticas o de alcance (37-41), evaluación de resultados (42-50,53) y evaluaciones económicas de costo-efectividad (51,52). En relación con los diseños, se encontraron revisiones sistemáticas y de alcance (37-41), cohortes

retrospectivas y prospectivas (42,44,45,53), ensayos clínicos (43,46,48,49), evaluaciones económicas (51,52), estudios de casos y controles (50) y una evaluación formativa (47).

Estas intervenciones van dirigidas a jóvenes heridos por violencia (arma de fuego, cortopunzante o agresión física) (37-53). En un rango de edad que varió entre 10 y 30 años, incluyen en algunos programas menores de 10 (43) o mayores de 30 años (45,53). Cabe aclarar que las revisiones de alcance y sistemáticas no definieron un único grupo poblacional, ya que reunieron varios estudios.

Los objetivos de los estudios se centraron en determinar si los programas reducían la reincidencia hospitalaria (39,42-44,47-53,) o conductas delictivas (41,49-52), si resultaban costo-efectivos (37,51,52) y si contribuían a mejorar resultados intermedios como la adherencia a citas médicas, los indicadores psicosociales y la conexión con servicios comunitarios (40-42,45,46,53).

Comparación de características entre programas efectivos y aquellos sin evidencia de efectividad:

Se encontró que hubo consenso en que los programas favorecen la reducción de la reincidencia por nuevas lesiones violentas o reingresos hospitalarios (42, 44, 46, 52, 53), así como la disminución de la reincidencia en delitos y arrestos (50, 48). También, se destacó su costo-efectividad (45,51,52) y mejoras en la utilización de los servicios de salud (46).

La mayor efectividad de los programas se atribuye a su capacidad de intervenir de manera temprana, intensiva con mayor dosis en la intervención y manteniéndose sostenida

en el tiempo. Además, atendiendo riesgos y necesidades que se evalúan en la fase de hospitalización relacionados con (salud mental, educación y empleo) a través de la articulación con redes comunitarias de apoyo (40, 42, 44, 45, 50, 53).

Los programas con mayor efectividad combinaron intervenciones intrahospitalarias y extrahospitalarias. En el componente intrahospitalario, estas intervenciones se centraron en aprovechar el “momento de aprendizaje” posterior a un evento traumático, cuando los jóvenes mostraban mayor disposición para reflexionar sobre conductas de riesgo y vincularse a programas de prevención (41, 47, 52, 53). La atención iniciaba en urgencias o en camas de hospitalización, mediante una entrevista inicial y evaluaciones de riesgo (42, 46, 48, 49, 53), casi siempre realizadas por trabajadores-as sociales del servicio de trauma o por gestores-as de casos con el apoyo de médicos-as, enfermeras-os y especialistas en trauma (41, 46, 48, 53). Con base en esta valoración, se definía si sólo recibían atención intrahospitalaria o se les ofrecía el acompañamiento extrahospitalario.

A los jóvenes se les ofrecían intervenciones motivacionales y psicoeducativas breves orientadas a la reducción del riesgo, la revisión del incidente violento y planificación de seguridad (46, 48, 49, 53). También, apoyo social y derivación a servicios comunitarios de educación, empleo, salud mental, vivienda, remoción de tatuajes, programas para víctimas o asesoría legal (46, 50, 53). Los jóvenes de riesgo bajo o moderado, y aquellos de alto riesgo que no aceptaban el acompañamiento extrahospitalario, recibían una lista de recursos comunitarios y remisión a consultas de seguimiento ambulatorio quirúrgicas y subespecialidades médicas (42, 46, 53). En ambos casos, el seguimiento incluía llamadas telefónicas intensivas los primero dos

meses, con disponibilidad permanente las 24 horas del día para comunicarse con el gestor de casos por si requerían algún tipo de asesoramiento o apoyo particular (42, 46, 53), y luego se hacían llamadas con menos frecuencia hasta completar seis meses. Algunos programas ofrecían, además, durante la hospitalización, estrategias de medición del conflicto, afrontamiento, manejo de la ira, autocontrol (48, 49, 53), consumo de sustancias psicoactivas (46, 49), terapia cognitivo conductual para el desarrollo de habilidades sociales (48, 50, 53) y apoyo psicológico y terapéutico de trauma, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEP) (44, 46, 50, 53). Finalmente, los jóvenes de alto riesgo que aceptan el acompañamiento se les iniciaba un acompañamiento extrahospitalario adicional a lo anteriormente mencionado.

En el componente extrahospitalario se dio continuidad al vínculo construido en el hospital hacía la comunidad a través de la gestión de casos, considerada la actividad central del programa. Esta consistió en acercar a los jóvenes de alto riesgo servicios comunitarios, sociales, educativos, de salud, vivienda y legales, mediante un proceso individualizado y acompañado de seguimientos intensivos que incluyeron visitas domiciliarias, llamadas telefónicas frecuentes y contactos en la comunidad (42, 46, 50, 53). Cabe resaltar, que en el nivel comunitario se involucran los coordinadores de la intervención, gestores de casos (trabajadores sociales) y se incorporó el rol de la mentoría, ejercido por pares o líderes comunitarios cercanos a los jóvenes, quienes cumplen una función de acompañamiento emocional, guida de vida y factor protector (37, 42, 44, 48, 50, 53). Además, la familia que fue reconocida como un actor relevante que permitió mantener el vínculo con el joven y prevenir riesgo (37, 46, 48, 50). En algunos

de los programas, estas visitas domiciliarias incluían terapias, mediación del conflicto y modelación de pautas de crianza (37, 42, 46, 48, 50).

Entre las acciones específicas se incluyó la conexión con servicios de salud mental y la articulación con programas de atención primaria en salud (37, 42, 46, 50, 53). También, se realizaron acciones de abogacía y apoyo legal, como defensa en procesos de libertad condicional y la asesoría jurídica (42, 46, 50, 53). En cuanto, al apoyo educativo, se promovieron reingresos escolares, tutorías, acompañamiento en conversaciones con profesores y orientación vocacional (37, 42, 46, 48, 50). Asimismo, se ofrecieron intervenciones psicosociales directas con psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras, enfocados en manejo de la ira, resolución de conflictos, prevención de retaliación, la toma de decisiones y el afrontamiento emocional (42, 46, 50, 53), complementadas con apoyos sociales básicos como vivienda, transporte para acudir a citas médicas y a procesos legales, alimentación, actividades de recreación e incentivos económicos de compensación a víctimas (37, 46, 50, 53).

En cuanto a los recursos de operación algunos programas reportaron recursos financieros concreto como financiamiento institucional, costos estimados por paciente por paciente o presupuesto anual para sostener el personal para la gestión de casos (tres a cuatro gestores para 50–100 jóvenes) (45, 51, 52, 53). En términos de gestión del conocimiento documentos de evaluación de riesgos y necesidades, bases de datos, currículos de prevención para jóvenes y familias, y materiales de apoyo psicoeducativo (37, 42, 46, 50, 53).

Finalmente, los programas con menos efectividad (39, 41, 47, 49) no lograron consolidar una “dosis” suficiente de contactos ni una continuidad entre el componente

intra y extrahospitalario, y no contaron con atención psicosocial o articulación comunitaria, elementos que la evidencia identificó como determinantes del éxito de las intervenciones. Snider (41) y Zun (49) señalan que el tamaño de la muestra reducido y las pérdidas en el seguimiento limitaron la significancia estadística para detectar cambios en la reincidencia; Dicker (47) describe su estudio como una evaluación intermedia centrada en la factibilidad y la implementación inicial del programa, sin capacidad para valorar desenlaces a largo plazo; y Walker (39) plantea que aún no existen herramientas de estratificación de riesgo que permitan focalizar adecuadamente los recursos y evaluar su impacto diferencial. Limitaciones que se suman a periodos cortos de observación (alrededor de tres meses en dos de los estudios y sin seguimientos en Dicker (47) y Walker (39)) que dificultaron demostrar resultados en la reducción de la reincidencia u otros desenlaces.

Los resultados de efectividad y elementos que contribuyen a alcanzarla

El principal resultado reportado fue la reducción de reingresos hospitalarios por nuevas lesiones por violencia interpersonal en comparación con cohortes históricas de 16% de reincidencia, mostrando reducciones significativas en los grupos de seguimiento entre 4% y hasta 11% (42, 44, 53). Por otra parte, se encontró que los jóvenes con alta adherencia a las actividades del programa extrahospitalario y con seguimientos continuos mostraron una reducción significativa en conductas delictivas y de riesgo, especialmente cuando se fortaleció la relación mentor-joven (48, 50).

Específicamente, los participantes con 91% de adherencia presentaron menor probabilidad de ser arrestados (70% menos) y de involucrarse en actividades delictivas o con el sistema judicial (60% menos) (50). Entre otros resultados reportados se

encuentra el aumento de la autoeficacia y resiliencia, como factor protector contra conductas violentas (48), así como ahorros al sistema de salud por costos asociados a la hospitalización de los jóvenes que no reincidieron y mejor aprovechamiento de servicios sanitarios (45, 46, 51, 52).

Los resultados más esperanzadores se encuentran en los resultados intermedios, considerados la base del acompañamiento extrahospitalario. Diversos estudios reportaron mejoras en la estabilidad laboral, el retorno a actividades educativas y la obtención de diplomas, con permanencia sostenida en estos procesos (40,42,44,46,50). Se ha encontrado que el acompañamiento más allá de la simple derivación, incluyendo trabajo personalizado con mentores y colaboración con actores educativos, favorece que los jóvenes empiecen a plantearse metas a futuro y proyectos relacionados con educación y trabajo (40,42,48,50). Este impacto también se refleja en el acompañamiento a consultas externas, que mejora el uso de los servicios de salud y la adherencia a controles médicos (42,46,48).

Varios estudios reportaron mejoría en la salud mental y el bienestar emocional de los jóvenes, evidenciadas en la disminución de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático en quienes participaron en procesos de acompañamiento psicosocial continuo durante el seguimiento extrahospitalario (44,46,50,53). Esta mejoría fue descrita como un factor protector que contribuyó a reducir la probabilidad de nuevos eventos violentos, al disminuir el impacto de los estresores del contexto y fortalecer el afrontamiento emocional de los jóvenes, lo que indica que la atención en salud mental es un componente clave dentro del modelo de atención extrahospitalario de los HIVP.

Además, se destacó la importancia de la intensidad o “dosis” de la intervención (mínimo cinco a quince contactos personales al mes, especialmente en los tres primeros meses) (44,53) y la figura de los “mensajeros creíbles” o mentores, quienes aportan confianza, credibilidad y cercanía cultural, lo que facilita construir vínculos sólidos con los jóvenes y sus familias, y actuar como puente hacia servicios educativos, laborales y de salud (42,44,46,48,50,53). En general, en cuanto a la reducción de la reincidencia, la evidencia indica que los HVIP son más efectivos cuando adoptan un enfoque hospitalario-comunitario e integran actividades que combinan detección temprana en el hospital con acompañamiento intensivo y seguimiento a largo plazo (1–2 años) en la comunidad (42,44,46,53). Un elemento central identificado en múltiples estudios es el “momento de aprendizaje” post-trauma, entendido como una ventana crítica en la fase inicial que favorece la apertura de los jóvenes de alto riesgo a vincularse con el programa (41,47,49,53).

Finalmente, se determinó que la relevancia del componente Acompañamiento Extrahospitalario para alcanzar el cambio esperado del Programa Transformando el Círculo de la Violencia (TCV), reducir la reincidencia por nuevas heridas y la mortalidad por violencia, no pudo evaluarse de manera directa, dado que ni el Programa TCV ni los Hospital-based Violence Intervention Programs (HVIP) definen objetivos específicos para este componente.

No obstante, la revisión de la literatura evidenció que el Programa TCV está alineado con los objetivos generales de los HVIP desarrollados en Estados Unidos, especialmente en la reducción de la reincidencia por nuevos eventos de violencia interpersonal. Entre las actividades más relevantes con la evidencia de la literatura se

destacan la atención temprana, interdisciplinaria y pedagógica durante la hospitalización, aprovechando esta fase como una ventana de oportunidad para la vinculación de los jóvenes a los programas.

En el componente extrahospitalario, las actividades con mayor relevancia fueron el acompañamiento por gestores sociales, la continuidad e intensidad de las atenciones, el apoyo en salud mental, el trabajo con las familias y el acompañamiento en educación y empleo, todas ellas identificadas en la literatura como acciones que contribuyen a reducir la reincidencia.

En conjunto, el Programa TCV mostró un alto nivel de relevancia, y se identifica la posibilidad de fortalecer su modelo incorporando elementos adicionales descritos en los HIVIP, como el trabajo con pares mentores, el apoyo legal y la gestión de vivienda, para ampliar su impacto preventivo.

8. Discusión y conclusiones

La evaluación de coherencia y relevancia del componente Acompañamiento Extrahospitalario del Programa Transformando el Círculo de la Violencia (TCV) muestra que, aunque se implementa de forma sostenida y en concordancia práctica con los supuestos teóricos generales de los HIVIP, persisten vacíos formales en la documentación programática y amenazas a su sostenibilidad.

Específicamente los resultados indican que: a) la teoría del programa no estaba explícita por escrito y fue reconstruida por el investigador en consenso con el equipo; b) los objetivos del componente no reflejan el alcance completo del componente extrahospitalario; c) el componente es coherente en términos de los recursos de operación (equipo y talento humano disponibles), pero enfrenta limitaciones financieras

para ciertas actividades y; d) desde la perspectiva de los jóvenes, el programa contribuye a superar barreras concretas (acceso a salud, transporte, insumos), brinda apoyo emocional y familiar, y genera espacios seguros, aunque persisten debilidades en la atención a casos de alto riesgo, inserción laboral y atención a lesionados medulares.

El Programa TCV ha demostrado cómo adaptar la lógica HVIP (hospitalización como oportunidad de intervención) a un sistema de salud y condiciones socioeconómicas distintas de las de los estudios mayoritarios en Estado Unidos, aportando evidencia práctica sobre la viabilidad y los retos de implementación en un contexto latinoamericano. A diferencia de muchos HVIP que se focalizan exclusivamente en jóvenes de alto riesgo (42, 46, 53), el Programa TCV incluyó jóvenes de todos los niveles de riesgo, con mayor frecuencia de atenciones. Este diseño puede explicar niveles de acompañamiento diferenciales desde una misma intervención para llegar a un número mayor de la población afectada por la violencia.

El Programa Transformando el Círculo de la Violencia está alineado con la literatura sobre los Hospital-Based Violence Interventional Program. En este sentido, el componente intrahospitalario se fundamenta en entender la condición de vulnerabilidad de los jóvenes y configurar la hospitalización como una oportunidad aprovechando el denominado “momento de aprendizaje”.

La literatura resalta que la hospitalización post-trauma funciona como una ventana pedagógica que facilita la introspección, reflexión sobre los riesgos y apertura al cambio, un elemento central también señalado en el Programa TCV, lo que soporta la validez de la necesidad de realizar un abordaje temprano, interdisciplinar y pedagógico durante la

hospitalización de jóvenes con heridas de trauma de origen violencia interpersonal (47, 49-51).

La relevancia del componente “Acompañamiento Extrahospitalario”, especialmente el valor del acompañamiento continuado por Gestoras Sociales y la frecuencia de atenciones, están alineados con la evidencia en la literatura que asocia la adherencia y la “dosis” de gestión de casos con menores tasas de reingreso y conductas delictivas (reducciones reportadas entre 4–11% de los casos frente a controles históricos de 16%).

En este sentido, la mayor frecuencia de sesiones de los profesionales y Gestores Sociales con los jóvenes vinculados al Programa TCV puede explicar parte de su efectividad, reflejada en reincidencias cercanas al 7% inferiores a lo descrito en la literatura internacional. Asimismo, los hallazgos son consistentes con reportes que destaca entre cinco y hasta quince contactos mensuales (48,53), entre presenciales y telefónicos, como factor asociado a mejores resultados (42,44,47-49,53).

La literatura identifica a los mentores/pares como un factor protector clave, elemento que el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del programa aún no incorpora de manera formal dentro de su intervención. Esto se relaciona con la valoración positiva que hacen los jóvenes sobre la actividad de desarrollo de habilidades sociales, en la cual los encuentros juveniles favorecen la conformación de una “red de apoyo”. Dichos espacios sugieren la posibilidad de formalizar roles de mentoría que podrían potenciar los efectos del programa, tal como lo reportan estudios previos (37-43,45,47-51,53).

En caso de que limitaciones presupuestales dificulten la realización frecuente de estos encuentros, una estrategia alternativa podría ser la implementación de modelos de

mentoría comunitaria, con el fin de mantener la continuidad del acompañamiento entre pares.

En cuanto a los resultados intermedios, el programa resulta relevante al estar alineado con la literatura en relación con las acciones educativas que desarrollan las gestoras sociales en las visitas domiciliarias, favoreciendo la adherencia de los jóvenes al sistema de salud y superando barreras de acceso a la atención. A ello se suma, el apoyo en la recuperación emocional, liderado por la psicóloga del programa, que contribuye a la reducción del impacto del trauma y a la prevención de enfermedades de salud mental; la construcción de vínculos familiares facilitada por la trabajadora social; y la articulación con actores institucionales que permite a los jóvenes acceder a educación y empleo (37,53). Estos mecanismos, de acuerdo con la evidencia, constituyen factores protectores frente a la reincidencia. Asimismo, la literatura reporta ahorros en costos hospitalarios y mejoras en el uso de servicios sanitarios como efectos esperables del acompañamiento extrahospitalario; sin embargo, el programa aún no ha medido estos resultados, lo cual representa una línea de investigación futura que podría consolidar la importancia de la intervención (39,41,46-49,52).

La estrecha similitud en el diseño también refleja vacíos, como la ausencia de una teoría explícita que sustente las acciones, facilite la medición de resultados y favorezca la replicabilidad del modelo. La reconstrucción teórica realizada en este estudio coincide con observaciones previas acerca de las pocas explicaciones teórico-operacionales en los programas reportados (47-50). No obstante, la identificación del “momento de aprendizaje” como fundamento del acompañamiento intrahospitalario permitió avanzar en la construcción de la teoría del componente extrahospitalario, siguiendo un núcleo

conceptual común descrito en la literatura (51,47-50). Este ejercicio se proyecta como un aporte para el diseño de futuros programas de prevención de violencia juvenil en la ciudad y en el país.

También se identificaron debilidades e incoherencias en modelos que, a pesar de ser prometedores, presentan fragilidad en su sostenibilidad, escasez de reportes de mortalidad y una fuerte dependencia geográfica de la evidencia (principalmente de Estados Unidos). En contraste, el Programa TCV ha reportado información sobre mortalidad dentro de sus resultados (11), lo que constituye una ventaja frente a la literatura internacional. Sin embargo, estas limitaciones también se reflejan en el caso del TCV: los problemas de financiamiento para determinadas actividades y la ausencia hasta el momento de evaluaciones que puedan demostrar los efectos de las intervenciones sostenidos en el largo plazo (37,38,44,45,47-53).

En términos generales, el Programa TCV presentó un alto nivel de relevancia al estar alineado con la literatura internacional sobre HIVP. No obstante, podría integrar elementos no contemplados hasta ahora, como el apoyo en vivienda y la asesoría legal, y generar evidencia sobre innovaciones locales tales como la Pedagogía de Emergencia, el desarrollo de habilidades sociales mediante encuentros juveniles de ciudadanía y el voluntariado como estrategia para fomentar empatía y resiliencia.

El Programa TCV aporta evidencia valiosa desde el contexto latinoamericano y demuestra concordancias importantes con los factores de éxito descritos en la literatura internacional, momento de aprendizaje, intensidad de la gestión de casos y acompañamiento psicosocial. A partir de la investigación, se logra una descripción amplia cuenta del modelo de intervención, se hizo explícita la teoría del programa y mecanismos

que favorecen cambios significativos en la vida de jóvenes afectados por la violencia. En este sentido, es momento de que los hospitales de alta complejidad en América Latina reconozcan la hospitalización como un escenario estratégico para la prevención de la violencia.

Finalmente, se identifican futuras investigaciones: una evaluación basada en la teoría del programa, en la cual se use la teoría del Programa TCV levantada en esta investigación, la cual puede ser contrastada y enriquecida a partir de un marco teórico más amplio que fundamente las relaciones causales entre los componentes de la intervención, mecanismos y los cambios esperados. Una evaluación de resultados considerando que esta investigación deja planteadas bases y preguntas emergentes alineadas con el modelo de evaluación de Potvin et al (27)

Recomendaciones para el Programa Transformando el Círculo de la Violencia

1. Es fundamental priorizar recursos económicos para sostener acciones del programa que son valoradas como relevantes y coherentes pero que no cuentan con financiamiento estable. Entre estas se destacan: el transporte para la participación de jóvenes a las actividades del Programa TCV, la realización de encuentros juveniles y las acciones de ayuda a otros, las cuales dependen de gestiones externas ocasionales. En este sentido, se hace necesario contar con estrategias de financiamiento estables, como la inclusión de un presupuesto hospitalario dedicado, alianzas intersectoriales y convenios institucionales, para evitar que actividades esenciales dependan de factores

externos que comprometan la continuidad del programa y su capacidad para demostrar efectos sostenidos en el largo plazo.

2. Se recomienda divulgar la teoría del programa entre todas las personas involucradas en la intervención, incluyendo Gestoras Sociales, profesionales, personal de salud y participantes, con el fin de favorecer una comprensión compartida de los objetivos, mecanismos de cambio y lógicas de acción del programa.

3. Se propone avanzar en la construcción participativa de objetivos específicos para el componente “Acompañamiento Extrahospitalario”, indicadores de cambios esperados y de resultados. Esto permitirá no solo monitorear el desarrollo de la intervención, sino también establecer una base técnica sólida para futuras evaluaciones de impacto y mejora continua del programa.

4. Se recomienda formalizar la figura de mentores/pares, dado su impacto demostrado en adherencia y reducción de conductas de riesgo. Esto cobra especial relevancia a la luz de los testimonios de los jóvenes, quienes resaltan el valor de referentes de superación como mecanismos para el cambio.

Fortalezas y limitaciones del estudio:

La evaluación de intervenciones de salud pública haciendo uso de marcos teóricos es fundamental para fortalecer este campo de trabajo de la salud pública. En esta investigación se usó el modelo de Potvin et al (27) y su puesta en práctica permitió identificar la complejidad de su uso: la evaluación de coherencia y relevancia también se puede hacer en la fase de implementación y más cuando no se cuenta con el diseño de la intervención, como fue lo que sucedió en este caso.

Una limitación del estudio es que si bien, en las entrevistas no se identificaron claras diferencias en las narrativas entre hombres y mujeres, esto puede obedecer más a la falta de experiencia del investigador para abordar aspectos de género, lo cual ya ha sido reportado como clave en los temas de violencia interpersonal (57).

9. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 2023 abril 08]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. 49a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 1996 [citado 2023 abril 08]. Informe No: WHA49/1996/REC/1. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203895>.
3. Ejecutivo R. Estudio Mundial sobre el Homicidio [Internet]. Unodc.org. [citado 2023 abril 08]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/ropan/2021/HOMICIOS_EN_ESPANOL.pdf.
4. Forensis - Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. [Citado 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1124000/Forensis_2023.pdf
5. Guerrero-Velasco R, Muñoz VH, Concha-Eastman A, Pretel-Meneses ÁJ, Gutiérrez-Martínez MI, Santaella-Tenorio J. Homicide Epidemic in Cali, Colombia: A Surveillance System Data Analysis, 1993–2018. Am J Public Health. Julio de 2021; 111 (7):1292-9.
6. Organización Mundial de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C: OPS.org; 2020 [citado 2023 abril 08]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52717/9789275373613_spa.pdf?sequence=5

7. Organización Mundial de la Salud. Manual para la documentación de los programas de prevención de la violencia interpersonal [Internet]. Génova (Italia): Organización Mundial de la Salud; 2004. [Citado 2023 abril 08]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42856/9241546395.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. La Alianza de Salud para la Intervención de la Violencia (HAVI). Libro blanco de los programas HVIP de los Estados Unidos “Intervención de Violencia Hospitalaria: Prácticas y Políticas para Terminar el Ciclo de la Violencia” [Internet]. Estados Unidos: HAVI; 2019. [Citado 2023 abril 30]. Disponible en: <https://www.thehavi.org/>.
9. Bonne S, Dicker RA. Hospital-Based Violence Intervention Programs to Address Social Determinants of Health and Violence. Current Trauma Reports. Springer; 2020. 6: 23 - 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40719-020-00184-9>
10. Glasswing International. Evaluación de impacto y evidencia cualitativa [Internet]. Salvador; 2019. [Citado 2023 abril 30]. Disponible en: <https://glasswing.org/es/wp-content/uploads/2023/05/Sanando-Heridas-FINAL-REPORT-EN.pdf>.
11. Arias-Rodríguez, Álvaro A.; González, J. A.; Sánchez, M. J.; Benítez, J. P.; Penagos, D. F.; Briceño, E.; Ortiz, V.; Orozco, Y.; Herrera, M. A.; González-Hadad, A. Transformando El círculo De La Violencia: Impacto De Un Programa De prevención De La Violencia Juvenil En Un Centro Hospitalario De Tercer Nivel En Cali, Colombia (2018-2025). Rev Colomb Cir 2025. doi: 10.30944/20117582.3045
12. Ruf, Bernd. Pedagogía de Emergencia. Madrid: Rudolf Steiner; 2019.

13. González A. Paciente Traumatizado: Manual de Manejo Inicial. Cali (Colombia): Hospital Universitario del Valle; 2022.
14. Purtle J, Rich JA, Fein JA, James T, Corbin TJ. Hospital-Based Violence Prevention: Progress and Opportunities. *Ann Intern Med*. 3 de noviembre de 2015; 163(9):715-7.
15. Ranjan S, Neudecker CH, Strange CC, Wojcik MLT, Shah A, Solhkhah R. Hospital-Based Violence Intervention Programs (HVIPs): Making a Case for Qualitative Evaluation Designs. *Crime Delinquency*. Marzo de 2023;69(3):487-509.
16. Juillard, Cooperman, Allen, Pirracchio, Henderson, et al. Una década de intervención hospitalaria contra la violencia: Beneficios y deficiencias. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 81(6): p 1156-1161, diciembre de 2016.
17. Gorman, Coles, Panadero, Tufariello, Edemba, et al. Más allá de la reincidencia: intervención de violencia en hospitales y resultados sociales y de salud temprana. *Journal of the American College of Surgeons* 235(6): p 927-939, diciembre de 2022.
18. Herrera-Escobar JP, Seshadri AJ, Rivero R, Toppo A, Al Rafai SS, Scott JW, et al. Lower education and income predict worse long-term outcomes after injury. *J Trauma Acute Care Surg*. Julio de 2019; 87(1):104-10.
19. Mueller KL, Moran V, Anwuri V, Foraker RE, Mancini MA. An exploration of factors impacting implementation of a multisystem hospital-based violence intervention program. *Health Soc Care Community*. 2022; 30 (6):e6577-85.

20. Pino EC, Fontin F, James TL, Dugan E. Boston Violence Intervention Advocacy Program: Challenges and Opportunities for Client Engagement and Goal Achievement. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. Marzo de 2021; 28(3):281-91.
21. Gutiérrez-Martínez, M. I., Valencia, R. D., & Santaella-Tenorio, J. (2020). The holistic transformative street-street gang intervention impact and its association with homicide rates in Cali, Colombia. *Revista Criminalidad*, 62(3): 39-48.
22. Monopoli WJ, Myers RK, Paskewich BS, Bevans KB, Fein JA. Generating a Core Set of Outcomes for Hospital-Based Violence Intervention Programs. *J Interpers Violence*. 2018; 1-16.
23. Purtle, Jonathan, et al. Los Programas Hospitalarios de Intervención Contra la Violencia Salvan Vidas y Salvan Dinero. *Revista de Cirugía de Trauma y Cuidados Intensivos. Journal of Trauma*; 2013. 75: 331-333. Disponibles en: https://journals.lww.com/jtrauma/citation/2013/08000/hospital_based_violence_intervention_programs_save.22.aspx.
24. Parra-Cabrera S, Hernández B, Durán-Arenas L, López-Arellano O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Rev Saúde Pública*. Junio de 1999; 33:314-25.
25. Bonilla L, Esther B. Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Acimed [Internet]*. 2007 [citado el 2 de octubre de 2023]; 15(3):0–0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-943520070003000008&script=sci_arttext&lng=.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-943520070003000008&script=sci_arttext&lng=)

26. Tenorio Gnecco A, Plaza RV. Evaluación de programas de salud. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca*. 2008; 10(2):48-55.
27. Rootman I. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO Regional Office Europe; 2001. 564 p.
28. Mayne J. Useful theory of change models. **Can J Program Eval**. 2015;30(2):119–142. doi:10.3138/cjpe.230
29. Mejía-Castillo HJ, Sol-Sanchez EAPA. La metodología de investigación evaluativa es una alternativa para la valoración de proyectos. *Rev Iberoam Bioeconomía Cambio Climático*. 3(5):734-44.
30. Martínez Corona JI, Palacios Almón G, Oliva-Garza D. Guía para la Revisión y el Análisis Documental: Propuesta desde el Enfoque Investigativo. 21 de marzo de 2023; 19:67-83.
31. Mayne J. Useful theory of change models. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2015;30(2):119–142
31. Valdés M, Marín MS. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. 2013 [citado el 21 de octubre de 2023]; 39:253–67. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2013.v39n2/253-267/e>
32. Braun V, Clarke. Uso *del* análisis temático en psicología Qual Braun V, Clarke V. Uso del análisis temático en psicología. *Qual Res Psychol*. 20062006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.

33. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 2001; 1(3):385–405
34. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73. doi: 10.7326/M18-0850.
35. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N; TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health*. 2004 Mar;94(3):361–6.
36. PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf [Internet]. [Citado 21 de octubre de 2023]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf
37. Rogers L, Elkbuli A. Evaluating the structural, financial, and legal aspects of hospital-based violence intervention programs implementation on psychosocial outcomes and violence reduction: A systematic review. *Injury*. 2025;56:112181. doi:10.1016/j.injury.2025.112181
38. Kemal S, Hernandez J, Donnelly K, Nunes D, Levas MN, Sheehan KM, Fein JA. Emergency department interventions for youth with assault-related injuries: A scoping review. *Ann Emerg Med*. 2025. doi:10.1016/j.annemergmed.2025.01.013
39. Walker GN, Dekker AM, Hampton DA, Akhetuamhen A, Moore PQ. A case for risk stratification in survivors of firearm and interpersonal violence in the urban environment. *West J Emerg Med*. 2020;21(6):132-40. doi:10.5811/westjem.2020.8.45041

40. Mikhail JN, Nemeth LS. Trauma center based youth violence prevention programs: An integrative review. *Trauma Violence Abuse*. 2016;17(5):500-15. doi:10.1177/1524838015584373
41. Snider C, Lee J. Youth violence secondary prevention initiatives in emergency departments: A systematic review. *CJEM*. 2009;11(2):161-8. doi:10.1017/S1481803500011131
42. Romo ND, Castillo C, Green J, Lin J, Mendelsohn E, Dawkins-Hamilton C, Reddy SH, Blumberg SM. Improving adolescent violent trauma outcomes with a hospital-based violence prevention initiative. *Hosp Pediatr*. 2023;13(2):153-160. doi:10.1542/hpeds.2021-006428
43. Lumba-Brown A, Batek M, Choi P, Keller M, Kennedy R. Mentoring pediatric victims of interpersonal violence reduces recidivism. *J Interpers Violence*. 2020;35(21-22):4262-75. doi:10.1177/0886260517705662
44. Bell TM, Gilyan D, Moore BA, Martin J, Ogbemudia B, McLaughlin BE, et al. Long-term evaluation of a hospital-based violence intervention program using a regional health information exchange. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;84(1):175-82. doi:10.1097/TA.0000000000001671
45. Juillard C, Cooperman L, Allen I, Pirracchio R, Henderson T, Marquez R, et al. A decade of hospital-based violence intervention: Benefits and shortcomings. *J Trauma Acute Care Surg*. 2016;81(6):1156-61. doi:10.1097/TA.0000000000001261

46. Aboutanos MB, Jordan A, Cohen R, Foster RL, Goodman K, Halfond RW, et al. Brief violence interventions with community case management services are effective for high-risk trauma patients. *J Trauma*. 2011;71(1):228-37. doi:10.1097/TA.0b013e31821e0c86
47. Dicker RA, Jaeger S, Knudson MM, Mackersie RC, Morabito DJ, Antezana J, et al. Where do we go from here? Interim analysis to forge ahead in violence prevention. *J Trauma*. 2009;67(6):1169-75. doi:10.1097/TA.0b013e3181ba358b
48. Cheng TL, Haynie D, Brenner R, Wright JL, Chung S, Simons-Morton B. Effectiveness of a mentor-implemented violence prevention intervention for assault-injured youth presenting to the emergency department: Results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2008;122(5):938-46. doi:10.1542/peds.2007-2096
49. Zun LS, Downey L, Rosen J. The effectiveness of an ED-based violence prevention program. *Am J Emerg Med*. 2006;24(1):8-13. doi:10.1016/j.ajem.2005.05.009
50. Becker MG, Hall JS, Ursic CM, Jain S, Calhoun D. Caught in the Crossfire: The effects of a peer-based intervention program for violently injured youth. *J Adolesc Health*. 2004;34(3):177-83. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.04.001
51. Chong VE, Smith R, Garcia A, Lee WS, Ashley L, Marks A, et al. Hospital-centered violence intervention programs: A cost-effectiveness analysis. *Am J Surg*. 2015;209(4):597-603. doi:10.1016/j.amjsurg.2014.11.003
52. Juillard C, Smith R, Anaya N, Garcia A, Kahn JG, Dicker RA. Saving lives and saving money: Hospital-based violence intervention is cost-effective. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015;78(2):252-8. doi:10.1097/TA.0000000000000527

53. Smith R, Dobbins S, Evans A, Balhotra K, Dicker RA. Hospital-based violence intervention: Risk reduction resources that are essential for success. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013;74(4):976-82. doi:10.1097/TA.0b013e31828586c9
54. Bonilla Londoño B, Arce Rendón L. Caracterización psicológica y social de agresores condenados por violencia interpersonal en Colombia. UCEVA - Repositorio Institucional; 2025. Disponible en: <http://repositorio.uceva.edu.co/handle/20.500.12993/5050>
55. Moreno R. Violencia juvenil y pandillas en América Latina: respuesta desde ONG y redes comunitarias [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2021. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=291157>
56. Paredes J, Vargas C. Prevención de violencia juvenil en barrios vulnerables de Lima: experiencias desde la intervención comunitaria. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP); 2018. Disponible en: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/124791>
57. Lancharro-Tavero I, Marrodán-Osuna A. Intervenciones de enfermería en atención primaria ante la violencia de género: scoping review. *Enferm Glob.* 2023;22(69):14292. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e14292>

10. Anexos

Anexo 1. Inventario de documentos del Programa TCV (2018 - 2023)

1. Base de datos ingresos de jóvenes salas de hospitalización programa.
2. Base de datos general de jóvenes acompañados.
3. Base de datos de jóvenes que no se lograron vincular.
4. Base de datos estadísticas por barrios.
5. Base de datos seguimiento de asignación de llamadas
6. Base de datos seguimiento jóvenes vinculados al componente de Acompañamiento Extrahospitalario.
7. Base de datos sistematización fichas de caracterización.
8. Base de datos jóvenes educación y trabajo.
9. Base de datos jóvenes egresados.
10. Diapositiva de presentación del programa (Resultados 4 años de intervención).
11. Documento de criterios de búsqueda en el sistema de historias clínicas HUV
12. Cuatro manuales de funciones (Gestores Sociales, Psicóloga, Trabajo Social, Coordinador Extrahospitalario)
13. Acompañamiento a jóvenes con lesión medular.
14. Diarios clínicos de jóvenes vinculados al componente extrahospitalario
15. Informes de arteterapia
16. Informe final del proyecto de ampliación en salas, desde la estrategia Pedagogía de Emergencia
17. Guía de Acompañamiento Psicológico – Programa TCV
18. Guía de Acompañamiento Familiar – Programa TCV

19. Informes mensuales (gestoras sociales, psicología, trabajo social) de los años 2018 a 2024
20. Informe general mensual (2018–2024)
21. Diagrama de la dirección general del programa.
22. Diagrama del registro de acompañamiento familiar.
23. Documentos institucionales: Transformando el Círculo de la Violencia Juvenil. La hospitalización, una oportunidad – Fuente: DARUMA HUV
24. Informes de actividades (mayo–junio 2018 y mayo–noviembre 2018)
25. Informe de actividades y resultados 2018–2019
26. Informe de gestión: dos años de trabajo y balance durante la pandemia por COVID-19
27. Informe ejecutivo de resultados (periodos: mayo 2018–octubre 2021, mayo 2018–mayo 2022)
28. Informe de cuatro años de trabajo (mayo 2018–mayo 2022)
29. Documento del proyecto inicial con el que comenzó el programa
30. Paciente Traumatizado: manual de manejo inicial (producción interna del hospital, no publicado en revistas científicas). Capítulo I. ¿Es posible prevenir la violencia juvenil desde los hospitales? Transformando el Círculo de la Violencia (TCV)

Anexo 2. Base de datos jóvenes acompañados por lo menos un año.

		Sexo	Edad al ingreso	Tiempo de acompañamiento o (meses)	Fecha de egreso	Estudio Antes de ingresar	Estudio al egresar	Trabajo antes de ingresar	Trabajo al egresar	Discapacidad producto del trauma	Mortalidad
2	010JC	M	16	40	30/9/2021	0	1	1	0	No tiene	
3	016JC	M	22	42	30/11/2021	0	1	0	1	No tiene	
5	019JV	M	22	13	30/7/2019	1	1	0	1	No tiene	
7	005JA	M	19	24	26/7/2020	0	0	0	0	Parapleja	Fallecido
8	003ME	M	15	32	1/4/2021	1	1	0	1	No tiene	
11	027KC	M	20	15	19/9/2019	0	1	0	0	No tiene	
14	017FR	M	15	29	30/1/2021	0	1	1	0	No tiene	
15	013LB	M	20	24	17/7/2020	0	0	0	0	Parapleja	Fallecido
16	009DG	M	17	26	1/11/2020	0	1	0	0	Monopleja superior	
18	012JC	M	15	12	24/9/2019	1	1	0	0	No tiene	
19	026DS	M	18	36	30/7/2021	0	0	0	1	No tiene	Fallecido
20	001TB	M	17	34	30/7/2021	0	1	0	0	Monopleja inferior	
25	023AT	M	19	36	1/11/2021	0	1	0	1	No tiene	
29	034JM	M	17	33	30/7/2021	1	1	0	0	No tiene	
31	035JG	M	17	26	1/3/2021	1	1	0	1	No tiene	
34	036BC	M	21	31	30/7/2021	1	0	1	1	No tiene	
39	041JT	M	17	23	28/2/2021	0	0	0	0	Parapleja	
41	043JS	M	23	21	30/1/2021	0	0	1	1	No tiene	
42	046BS	F	25	26	30/7/2021	0	0	0	0	Ocular	
44	048JG	M	29	23	30/4/2021	0	0	1	1	No tiene	
46	049CL	M	16	20	30/1/2021	0	0	1	1	No tiene	
49	075EO	M	20	29	24/12/2021	0	0	0	0	Parapleja	Fallecido
50	050DL	M	17	17	30/12/2020	0	0	0	0	Parapleja	Fallecido
51	053BT	M	23	25	1/9/2021	0	0	0	0	Monopleja superior	
52	086KA	F	22	23	30/7/2021	0	0	0	0	No tiene	
53	055DA	M	22	23	30/7/2021	1	0	0	0	No tiene	
54	054YP	M	17	29	31/12/2021	0	0	0	1	No tiene	
59	060JR	M	18	15	30/1/2021	1	0	0	0	No tiene	
61	077JP	M	18	15	30/1/2021	0	1	0	0	No tiene	
62	070JC	M	20	28	28/2/2022	0	1	0	0	No tiene	
63	066FS	M	20	23	1/11/2021	0	0	0	1	No tiene	
65	084MV	F	19	27	28/2/2022	0	1	0	0	No tiene	
66	085MA	M	19	20	30/7/2021	0	0	1	1	No tiene	
67	064JC	M	17	19	30/7/2018	0	0	0	1	Monopleja inferior	
68	120LE	M	15	13	30/1/2021	0	0	0	0	Parapleja	Fallecido
69	073HB	M	24	13	30/1/2021	0	0	0	0	Parapleja	
70	068YC	M	21	18	30/7/2021	0	1	0	1	No tiene	
71	110JM	M	20	25	30/1/2022	0	1	1	0	Monopleja inferior	
72	063CD	M	20	13	30/1/2021	0	0	1	1	No tiene	
73	062JA	M	15	12	30/1/2021	1	0	0	0	No tiene	
77	76RF	M	23	12	30/1/2021	0	1	0	1	No tiene	
79	078SA	M	16	20	1/10/2021	0	1	0	1	No tiene	
82	101MR	M	21	17	30/7/2021	0	1	0	1	Parapleja	
84	099JM	M	26	25	31/3/2022	0	0	0	0	No tiene	
85	087JM	M	23	18	7/9/2020	0	1	0	0	Monopleja superior	
86	108EV	M	18	16	30/7/2021	0	0	0	1	No tiene	
89	089MV	F	26	15	30/8/2021	0	0	0	1	No tiene	
90	088AC	M	19	19	30/1/2022	0	1	0	0	Parapleja	
92	021JG	M	19	13	30/7/2021	0	0	1	1	No tiene	
95	095CM	M	21	27	30/11/2022	0	1	0	1	Monopleja superior	
100	096JV	M	20	12	30/8/2021	0	0	1	1	No tiene	
101	042YC	F	21	12	1/10/2021	0	0	1	1	Ocular	
102	113HS	M	25	13	1/11/2021	0	0	0	1	Monopleja inferior	
103	114MI	M	25	14	30/12/2021	0	0	1	1	No tiene	
104	115CR	M	20	14	30/12/2021	0	1	0	1	No tiene	
113	122JM	M	15	21	30/10/2022	1	1	0	0	Parapleja	
115	124JB	M	14	14	31/3/2022	0	1	0	0	No tiene	
126	135BM	M	20	18	30/9/2022	0	0	1	0	No tiene	
134	143DR	M	19	18	30/9/2022	0	1	0	0	No tiene	
136	145JR	M	19	12	30/3/2022	0	0	1	0	No tiene	
142	152JC	M	21	17	30/12/2022	0	1	0	0	No tiene	
143	153DA	F	17	26	30/9/2023	1	1	0	0	No tiene	
146	156KB	M	23	13	30/9/2022	0	1	0	0	Monopleja inferior	
147	157LR	M	25	16	30/12/2022	1	0	0	0	No tiene	
148	158VR	F	25	16	30/12/2022	0	1	0	0	No tiene	
156	167EL	M	23	26	31/10/2023	0	1	0	1	No tiene	
157	168ET	F	16	25	30/9/2023	1	1	0	0	No tiene	
160	172EH	M	21	14	30/1/2022	0	1	0	0	No tiene	
166	178EP	M	21	18	31/5/2023	0	1	0	1	No tiene	
168	181MN	F	13	18	31/5/2023	1	1	0	0	No tiene	
169	182JR	M	24	24	31/1/2023	0	0	0	0	Parapleja	
172	186IR	M	21	17	30/6/2023	0	1	0	1	Ocular	Fallecido
173	187KA	M	23	14	31/03/2023	0	0	0	0	No tiene	
174	190JC	M	15	13	31/03/2023	1	1	0	0	No tiene	
179	198BM	M	26	14	31/5/2023	1	1	0	0	Amputación	
182	202AA	M	16	15	31/08/2023	1	0	0	0	No tiene	
185	206NG	F	20	13	30/7/2021	0	0	0	1	No tiene	
187	208AV	M	20	14	31/8/2023	1	1	0	0	No tiene	
196	220NE	M	23	15	30/11/2023	0	0	0	0	Parapleja	Fallecido
198	223JC	M	18	12	30/9/2023	0	0	0	0	Parapleja	
201	201KG	F	16	24	4/5/2022	0	1	0	0	No tiene	

Anexo 3. Protocolo para el desarrollo de entrevistas a los-las jóvenes.

Datos demográficos: Lugar y fecha de la entrevista, hora de inicio, ¿Cuál es su nombre?, ¿Cuántos años tiene?, ¿Qué estudios ha realizado?, ¿A qué se dedica actualmente?

Vamos a hablar sobre su experiencia en el programa; en especial, con lo que llamamos componente extrahospitalario o sea lo que se hizo una vez usted salió del hospital.

Cuéntame ¿Cuánto tiempo estuvo en el hospital? ¿Qué recuerda del momento en qué salió del hospital? ¿Cuándo salió del hospital para dónde se fue a recuperar? ¿Qué es lo que más necesitaba recibir en ese momento?

¿Qué le ofreció el programa cuando usted estaba ya en la casa?

¿Qué es lo que más recuerda de eso que le ofrecieron?

¿Por qué recuerda más eso?

¿Qué no le gustó del programa o cree se podría mejorar?

¿Si usted pudiera devolver el tiempo, que le parecería el programa podría haber hecho mejor?

¿Qué fue lo más difícil de enfrentar después que salió del hospital?

Una de las tareas que se realiza desde el programa tiene que ver con la recuperación de la salud física (Ejemplos: trámites de citas médicas, terapias, curaciones, etc.)

¿Cuénteme que recuerda que necesitaba cuando salió del hospital en temas de salud?

¿Qué le ofreció el programa con relación a esto que me decía necesitaba?

¿Qué es lo que más recuerdas de las personas que lo visitaban en la casa y por qué?

¿Qué más le sirvió?

¿Qué fue lo menos le sirvió de lo ofrecido por el programa para seguir con su recuperación en salud?

Otro aspecto del programa tiene que ver con las actividades para la recuperación emocional. Regularmente cuando una persona vive una situación traumática puede presentar pérdida de sueño, dificultad para la alimentación, al cerrar los ojos o dormir tener imágenes recurrentes del momento en que es herido o miedo de estar en lugares públicos.

¿Recuerdas desde la parte emocional que necesitabas durante la hospitalización y cuando saliste?

¿Qué te ofreció el programa para trabajar esta parte?

¿Crees que eso era lo que necesitabas?

¿Qué fue lo que más te sirvió?

¿Qué menos te sirvió de lo que te ofreció el programa para la recuperación emocional?

En cuanto a las actividades realizadas de acompañamiento familiar.

¿Recuerdas en ese momento que era lo que más necesitaba usted y su familia?

¿Qué te ofreció el programa para trabajar esta parte? ¿Qué es lo que más recuerdas y por qué?

¿De qué manera el programa involucró a tu familia en las actividades?

¿Qué fue lo que más le sirvió a tu familia?

¿Qué fue lo que menos le sirvió a tu familia de lo ofrecido por programa desde el acompañamiento familiar?

Ahora vamos a hablar el paso de Proyecto de vida

¿Antes de entrar herido al hospital a qué te dedicabas?

¿Pensabas en tu futuro o tenías planes a dos, cinco o diez años?

¿Cuándo saliste del hospital tenías alguna idea sobre lo que era un proyecto de vida? ¿En este momento sabes qué es?

¿Qué era lo que más necesitabas en ese momento para continuar con tu vida?

¿Qué te ofreció el programa con relación a esta parte? ¿Qué es lo que más recuerdas y por qué?

¿Qué fue lo que más te sirvió de lo que recibiste?

¿Qué fue lo que menos te sirvió de lo ofrecido por programa desde el acompañamiento familiar?

Otro paso del acompañamiento tiene que ver con el Desarrollo de Habilidades Sociales. Esto se trabaja en los encuentros grupales que realiza el programa.

¿Participaste en algún encuentro?

Teniendo en cuenta que las habilidades sociales, tienen que ver con habilidades que nos permiten relacionarnos con otras personas en cualquier lugar en la casa con la familia, en la calle con amigos o personas desconocidas.

¿Qué era lo que más necesitabas en cuanto a estas habilidades para relacionarte con otras personas?

¿Qué te ofreció el programa en esta parte? ¿Qué es lo que más recuerdas y por qué?

¿Qué fue lo que más te sirvió de lo que recibiste?

¿Qué fue lo que menos te sirvió de lo ofrecido por el programa para el desarrollo de habilidades sociales?

El último paso del acompañamiento tiene el nombre de ayuda a otros.

¿Para terminar el acompañamiento que crees necesitabas en ese momento con relación a esta parte de ayudar a otras personas? ¿Crees que puedes ayudar a otros? ¿De qué manera?

¿Qué te ofreció el programa en este último paso? ¿Qué es lo que más recuerdas y por qué?

¿Qué fue lo que más te sirvió de lo que recibiste?

¿Qué fue lo que menos te sirvió de lo ofrecido por el programa desde el paso de ayuda a otros?

Agradecimiento:

"Muchas gracias por compartir tu experiencia con nosotros. Todo lo que nos contaste será muy útil para entender cómo mejorar el programa y cómo acompañar mejor a los jóvenes como tú en el futuro."

Anexo 4. Protocolo de revisión de alcance rápida.

El protocolo de una revisión de alcance rápida que se enmarca en un proyecto macro cuyo objetivo general es evaluar el componente “Acompañamiento Extrahospitalario” del Programa Transformando el Círculo de la Violencia, implementado en un hospital público de la red de servicios de salud del suroccidente colombiano entre 2018 y 2023. En particular, esta revisión de alcance rápida responde

al tercer objetivo específico del proyecto: determinar la relevancia de los objetivos del componente “Acompañamiento Extrahospitalario” para alcanzar el cambio esperado del programa: no reincidencia por nuevas heridas y no muerte por violencia.

Existe una brecha en el conocimiento sobre cómo los programas de prevención de la violencia basados en la hospitalización y el acompañamiento extrahospitalario contribuyen a la reducción de la reincidencia y la mortalidad. Por lo anterior, se busca identificar: ¿Cuál es la efectividad de las intervenciones de prevención de la violencia, basada en la hospitalización y el acompañamiento extrahospitalario, en la reducción de la reincidencia y la mortalidad por nuevos eventos de violencia interpersonal?

La efectividad se definió como el cumplimiento de los objetivos propuestos y el alcance de los resultados esperados (6). En la revisión se consideró: 1. La población: adolescentes y jóvenes entre 13 a 25 años; 2. Concepto: ¿Qué se ha hecho y qué ha funcionado para la prevención de la reincidencia y muerte por nuevos eventos de violencia interpersonal?; 3. Contexto: Los programas de prevención de violencia basados en la hospitalización.

Método

Una revisión rápida de alcance (Rapid Scoping Review) es un tipo de síntesis de evidencia que permite mapear de manera estructurada el conocimiento disponible sobre un tema específico, identificar brechas en el conocimiento y orientar la toma de decisiones en políticas y sistemas de salud (7). Según Tricco et al. (2017) las revisiones rápidas siguen los mismos principios metodológicos de las revisiones sistemáticas, pero aplican estrategias de optimización para reducir el tiempo y los

recursos requeridos. Este enfoque resulta particularmente útil en áreas de salud pública donde se requieren respuestas, basadas en evidencia, en tiempos limitados.

La metodología utilizada en esta revisión siguió dos referentes metodológicos: las recomendaciones para la conducción de revisiones de alcance rápidas de Tricco et al. (2017) y el marco metodológico de Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020) para la conducción de las revisiones de alcance. Además, para el reporte de los métodos y resultados se siguió la guía de reporte PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018), lo que garantiza transparencia y reproducibilidad (8-9).

El proceso se estructuró en cinco fases:

1. Escritura de un protocolo de revisión en el que se detalló la estrategia de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión y el enfoque de extracción y síntesis de datos.
2. Identificación de los registros en cada base de datos seleccionada.
3. Tamización y selección de los reportes incluidos en la revisión.
4. Extracción de datos y análisis de la información.
5. Elaboración del reporte final.

Criterios de elegibilidad

En la tabla 1 se presentan los criterios considerados para la inclusión de los artículos en la revisión.

Tabla 1. Criterios de elegibilidad de los artículos

Dimensión	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población	Estudios que incluyeron adolescentes y jóvenes entre 13 y 25 años.	Ninguno
Concepto	Estudios que describieron las intervenciones y evaluaron la efectividad de programa de prevención de violencia interpersonal basados en la hospitalización	Estudios que abordaron violencia interpersonal familiar o basada en género, así como otros tipos de violencia: autoinfligida o colectiva (Regularmente asociada al conflicto armado en Colombia).
Contexto	Programa de Prevención de Violencia basados en la hospitalización en el mundo.	Ninguna
Tipo de publicación	Investigaciones evaluativas (11), revisiones sistemáticas y scoping reviews de evaluaciones de intervenciones.	Investigaciones que no describieron las intervenciones o la efectividad en términos de reincidencia o mortalidad.
Tipo de publicación	Investigación original.	Resúmenes o memorias de congreso, comentarios, cartas al editor, capítulos de libro, tesis maestría o doctorales.
Lugar/país	Estudios realizados en cualquier país.	Ninguno
Idioma	Español, inglés y portugués	Francés u otros idiomas.
Periodo	Se publicados desde finales de la década de 1990, cuando iniciaron los programas en Estados Unidos, hasta la fecha del corte de la revisión.	Ninguna

Fuente: elaboración propia

Fuentes de información

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science. PubMed se seleccionó por ser una base especializada en ciencias de la salud, mayoritariamente en idioma inglés, lo cual resultó pertinente dado que muchos de los programas de referencia sobre prevención de violencia basados en la hospitalización se han desarrollado en Estados Unidos. Scopus, por su parte, ofreció una cobertura multidisciplinaria y un buen equilibrio entre salud, ciencias sociales y literatura técnica.

Finalmente, Web of Science se incluyó como una base amplia y robusta que permitió complementar con literatura relevante que no siempre estaba indexada en las otras fuentes.

Estrategia de búsqueda

Se diseñó una estrategia de búsqueda basada en los criterios PCC: Población, Concepto, Contexto. Los términos de búsqueda fueron seleccionados a partir de diversas fuentes: (i) la literatura científica, que permitió identificar conceptos clave en texto libre; (ii) los términos MeSH (Medical Subject Headings) utilizados en PubMed, aseguraron una mayor sensibilidad y especificidad y; (iii) los términos sugeridos por el programa HIPV (Hospital Violence Interventional Program) que aportan vocabulario técnico relevante para el contexto de la intervención.

En la Tabla 2 se presenta la lista de términos empleados en tres idiomas (español, inglés y portugués). Para combinar los descriptores y operadores se empleó operadores booleanos como "AND", "OR" y "NOT", lo que permitió optimizar la búsqueda y garantizar una cobertura amplia pero relevante en relación con las preguntas de la revisión.

Tabla 2. Sinónimos para motores de búsqueda

Idioma	Inglés	Español	Portugués
Población	Youth, Adolescents, Young people	Adolescentes, Jóvenes	Adolescentes, Jóvenes
Concepto	Interventions, Programs, Strategies, Approaches	Intervenciones, Programas, Estrategias, Enfoques	Intervenções, Programas, Estratégias, Abordagens

	Evaluation, Assessment, Impact Analysis	Evaluaciones, Análisis de impacto	Avaliações, Análises de impacto
	Recidivism, Reoffending, Repeat injuries	Reincidencia, Reingreso hospitalario, Lesiones repetidas	Reincidência, Reinternação hospitalar, Lesões repetidas
	Mortality, Death rate	Mortalidad, Tasa de mortalidad	Mortalidade, Taxa de mortalidade
	Interpersonal violence, Community violence, Assault	Violencia interpersonal, Violencia comunitaria, Agresión	Violência interpessoal, Violência comunitária, Agressão
Contexto	Hospital Violence Intervention Program, Interpersonal Violence Prevention, Violence Prevention, Hospital-based Violence Prevention	Programas de Prevención de la Violencia, Programas de Prevención de la Violencia Hospitalarios, Prevención de Violencia en Jóvenes o Adolescentes, Programas de Prevención de la Violencia Basados en la Hospitalización	Programas de Intervenção em Violência Hospitalar, Programas de Prevenção de Violência Interpessoal, Programas de Prevenção de Violência Baseados no Hospital, Prevenção da Violência Juvenil

Fuente: elaboración propia.

Estrategias de búsqueda para PubMed, Scopus y Web of Science

PubMed: ("Adolescent"(MeSH) OR "Young Adult"(MeSH) OR adolescent* OR "youth"(MeSH) OR youth* OR "young people" OR "young adults") AND ("Violence"(MeSH) OR "Interpersonal Relations"(MeSH) OR "Assault"(MeSH) OR "Homicide"(MeSH) OR "Community Violence" OR "Interpersonal Violence" OR "Youth Violence" OR "Gun Violence" OR "Violent Behavior" OR "physical aggression") AND ("Program Evaluation"(MeSH) OR "Outcome Assessment, Health Care"(MeSH) OR impact OR effectiveness OR evaluation OR assessment) AND ("Repeat Injuries" OR "Mortality"(MeSH) OR "Death"(MeSH) OR "Survival Analysis"(MeSH) OR "Case Fatality Rate"(MeSH) OR "case fatality" OR "death rate" OR mortality OR fatality) AND ("Hospitalization"(MeSH) OR "Patient Readmission"(MeSH) OR "violence intervention

program" OR "hospital-based violence prevention" OR "hospital intervention" OR "hospital violence intervention")

Scopus: TITLE-ABS-KEY ("youth" OR "adolescent*" OR "young adult*" OR "at-risk youth" OR "vulnerable youth" OR "high-risk youth") AND ("violence" OR "community violence" OR "interpersonal violence" OR "assault" OR "homicide" OR "youth violence" OR "gun violence" OR "physical aggression" OR "violence-related injury" OR "violence-related death*") AND ("recidivism" OR "reoffending" OR "repeat offender*" OR "relapse into violence") AND ("mortality" OR "death rate" OR "violence-related death*" OR "homicide mortality") AND ("Program Evaluation" OR "Outcome Assessment, Health Care" OR impact OR effectiveness OR evaluation OR assessment) AND ("violence prevention" OR "community-based violence prevention" OR "hospital-based violence intervention" OR "hospital violence intervention program" OR "trauma-informed care" OR "public health approach to violence")

Web of Science: TS=("youth" OR "adolescent*" OR "young adult*") AND TS=("violence" OR "community violence" OR "interpersonal violence" OR "assault" OR "homicide") AND TS=("intervention" OR "program" OR "prevention" OR "violence prevention") AND TS=("evaluation" OR "impact" OR "effectiveness" OR "assessment") AND TS=("recidivism" OR "reoffending" OR "repeat injuries" OR "mortality" OR "death rate") AND TS=("violence prevention" OR "community-based violence prevention" OR "hospital-based violence intervention" OR "hospital violence intervention program" OR "trauma-informed care" OR "public health approach to violence")

Métodos para el procesamiento de los datos

El procesamiento de los datos se desarrolló en cuatro fases:

Fase 1. En el piloto de estrategias de búsqueda se realizó ajustes que permitieron asegurar la precisión y cobertura de los términos clave.

Fase 2. Se descargaron los archivos en formato RIS de cada base de datos, se realizó una copia de respaldo y se cargó en la plataforma Rayyan. Se llevó a cabo un tamizaje, utilizando las herramientas de la plataforma, lo que permitió eliminar los documentos duplicados, seleccionar los registros más completos y descartar los duplicados exactos.

Fase 3: Se aplicó de manera adicional, a los artículos que avanzaron a la fase de análisis de resultados, una lista de verificación para evaluar la calidad en términos generales. La tabla 3 presenta las secciones y los criterios que se revisaron en los artículos de acuerdo con el método TREND.

Tabla 3. Lista de verificación de calidad de los estudios incluidos

Sección	Qué se verificó
Título y resumen	Se revisó en la primera fase (tamizaje inicial) se revisaron los siguientes criterios para descartar: abordaron el tema central de la revisión (población, concepto y contexto) e investigación original que evaluará intervenciones.
Objetivos	Que estuvieron claramente definidos los objetivos e hipótesis del estudio y/o la intervención.
Sustento teórico	Teoría que soportó la intervención.
Métodos – Participantes	Criterios de inclusión, forma de reclutamiento y lugar donde se hizo.
Métodos – Intervención	Descripción de la intervención (contenido, duración, frecuencia, quién lo impartió, en qué lugar, etc.).
Resultados esperados	Indicadores relacionados con la investigación (reincidencia y muerte).
Seguimiento	Descripción del tiempo de intervención y/o seguimiento.
Criterios de ética	Conflictos de interés, financiamiento, aprobación por comités de ética, protección de datos, minimización de riesgos.
Discusión – Interpretación	Reflexión sobre los resultados, sesgos, limitaciones, y mecanismos.
Discusión – Generalización	Validez externa: ¿Estos resultados se aplican a otros contextos?

Fuente: elaboración propia, adaptada de la propuesta de verificación TREND

Fase 4: Para la extracción de los datos se diseñaron tres matrices basadas en el modelo teórico de Louise Potvin et al (6), en las cuales se contempló la estructura de las intervenciones a partir de tres componentes principales: actividades, objetivos y recursos. En este modelo, la efectividad se orienta al cumplimiento de los objetivos propuestos y la obtención de resultados esperados, considerando tanto los efectos inmediatos de las actividades como sus resultados finales, beneficios y repercusiones para la población objetivo. Cabe aclarar que en esta revisión los resultados evaluados estuvieron relacionados específicamente con la reducción de la reincidencia y la mortalidad por violencia interpersonal en jóvenes. Se realizó una prueba piloto de la matriz con un artículo previamente seleccionado para ajustar el instrumento de extracción según las necesidades y asegurar su claridad y aplicabilidad.

Fase 5: Para la escritura del reporte se utilizó una síntesis narrativa para organizar, interpretar y contextualizar los hallazgos de la revisión. Este enfoque permite identificar patrones, contrastar resultados y establecer conexiones entre diferentes estudios, proporcionando una visión integral sobre la efectividad de las intervenciones extrahospitalarias en la reducción de la reincidencia y la mortalidad por violencia interpersonal.

Anexo 5. Consentimiento informado



Hospital Universitario del Valle

Evaristo García



Consentimiento Informado

Programa de Prevención de la Violencia Juvenil

Transformando el Círculo de la Violencia. La hospitalización una oportunidad

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

Padre o Tutor (Para participante menor de 18 años): _____

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en el programa: Transformando el Círculo de la Violencia. La hospitalización una oportunidad.

De antemano he sido informado sobre:

1. Los servicios brindados por el programa a través de los pasos del acompañamiento:

- Acompañamiento en la recuperación física.
- Acompañamiento en la recuperación emocional.
- Acompañamiento familiar.
- Proyecto de vida.
- Desarrollo de habilidades sociales (Encuentro de jóvenes).
- Ayuda a otros.

2. Los deberes de los jóvenes y familiares para el desarrollo del acompañamiento:

- Disponer de como mínimo de una (1) jornada para el acompañamiento semanal (4 espacios al mes) por parte de la trabajadora social, equipo para la recuperación emocional, Gestor Social y salidas grupales.
- La no reincidencia en hechos de violencia, porque de acuerdo a la situación se puede perder los beneficios parcial o totalmente del programa.
- Tener un trato respetuoso y de sana convivencia con las personas integrantes del programa y demás jóvenes vinculados al proceso.
- Recibir los acompañamiento en sus cinco sentidos y con disposición necesaria para el desarrollo de las jornadas.
- El trabajo conjunto con familiares y personas de apoyo es fundamental para el avance en la construcción del proyecto de vida saludable del joven, por tal motivo se necesita su participación en los espacios de acompañamiento familiar.

3. Los servicios que se reciben en el programa son confidenciales.

4. Al momento de faltar con los deberes frente al acompañamiento se citará para conversar con el coordinador del componente extrahospitalario, persona de apoyo y Gestor Social a cargo del joven, para la creación de acuerdos que se evaluarán en el mes siguiente a la firma de los acuerdos. El no cumplimiento de los acuerdos puede generar que el joven egrese del programa.

5. Doy mi consentimiento por lo siguiente: al Hospital Universitario del Valle para utilizar, la información que se sistematiza en el marco del proceso, con fines de evaluación y seguimiento del programa, entendiendo que esta será completamente confidencial evitando el uso de nombre propios.

6. Por la presente libero y descargo completamente al programa y al Hospital Universitario del Valle, empleados y voluntarios de todos los reclamos, demandas y causas de acción de cualquier tipo que puedan ser sostenidos como resultado de la participación de los participantes en los servicios y el programa Transformando el Círculo de la Violencia. La hospitalización es una oportunidad.

Firma del Participante

Firma del Padre o Tutor.

Información en caso de Emergencia. Padres, tutores u otras personas de apoyo para el joven.

1. _____	_____	_____
Nombre	Número de celular	Relación con el paciente
2. _____	_____	_____
Nombre	Número de celular	Relación con el paciente
3. _____	_____	_____
Nombre	Número de celular	Relación con el paciente

Adaptado por: Adolfo Gonzalez H, del documento: *Summarizing the discussions of: The National Symposium of Hospital-based Violence Intervention Programs Oakland, California March 2 – 3, 2009. Anexo G2 página 30.*

FORMATO UNICO DE REGISTRO
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
Transformando el círculo de la violencia

Fecha de vinculación _____ D / M / A _____

Información personal

Nombre(s) y apellido(s): _____ Edad: _____

Tiene documento de identidad? ☐ SI ☐ No Tipo de documento ☐ R.C ☐ TI ☐ C.C ☐ C.E ☐ P.P Otro: _____

Numero de documento _____ Tiene libreta militar? ☐ SI ☐ No Sexo: ☐ M ☐ F

Genero: ☐ M ☐ F Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____ D / M / A Lugar de nacimiento: _____

Etnia: Afro ☐ Indígena ☐ Mestizo ☐ Mulato ☐ Blanco ☐ Estado civil: Soltero(a) ☐ Unión libre ☐ Casado(a) ☐ Otro _____

Ciudad de residencia: _____ Barrio: _____ Comuna: _____ Estrato: _____

Dirección: _____ Teléfonos: _____

Ha sido desplazado? ☐ SI ☐ No En caso de marcar "SI" responda lo siguiente.

Tipo de desplazamiento: Urbano ☐ Rural ☐ Lugar desplazamiento: _____ Esta registrado? ☐ SI ☐ No

Seguridad social

Tiene vinculación a salud? ☐ SI ☐ No Tipo: Subsidiado ☐ Contributivo ☐ Entidad: _____

Tatuajes

Tiene tatuajes? ☐ SI ☐ No Tipo de tatuaje: Violencia ☐ Familia ☐ Religión ☐ Deporte ☐ Múltiples ☐ Otros ☐

Significado de los tatuajes _____

Nivel educativo

Estudia actualmente? ☐ SI ☐ No i su respuesta es "No" escriba la razón _____

Estudios aprobados en años: Primaria _____ Bachiller _____ Técnico _____ Tecnológico _____ Universitario _____

Actividades

Participa en algún grupo juvenil o comunitario? ☐ SI ☐ No

Énfasis del grupo: Salud ☐ Deporte ☐ Arte ☐ Recreación ☐ Comunitario ☐ Ecológico ☐ Religioso ☐ Otro _____

Principal actividad de tiempo libre: (Seleccionar solo uno)

Hablar con amigos ☐ Dispositivos electrónicos ☐ Leer ☐ Dormir ☐ Escuchar musica ☐ Deporte ☐ Arte ☐ Prlar - meditar ☐ Otra: _____

Actividad a la que le gustaria vincularse: (Seleccionar solo uno)

Estudio ☐ Deporte ☐ Arte ☐ Musica ☐ Ecología ☐ Recreación ☐ Trabajo ☐ Otro: _____

Salud

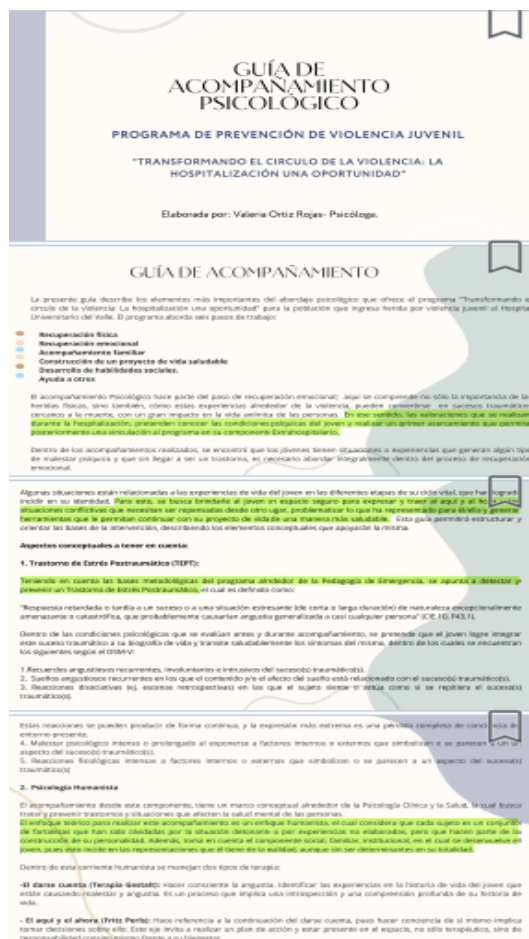
Motivo de la agresión actual:

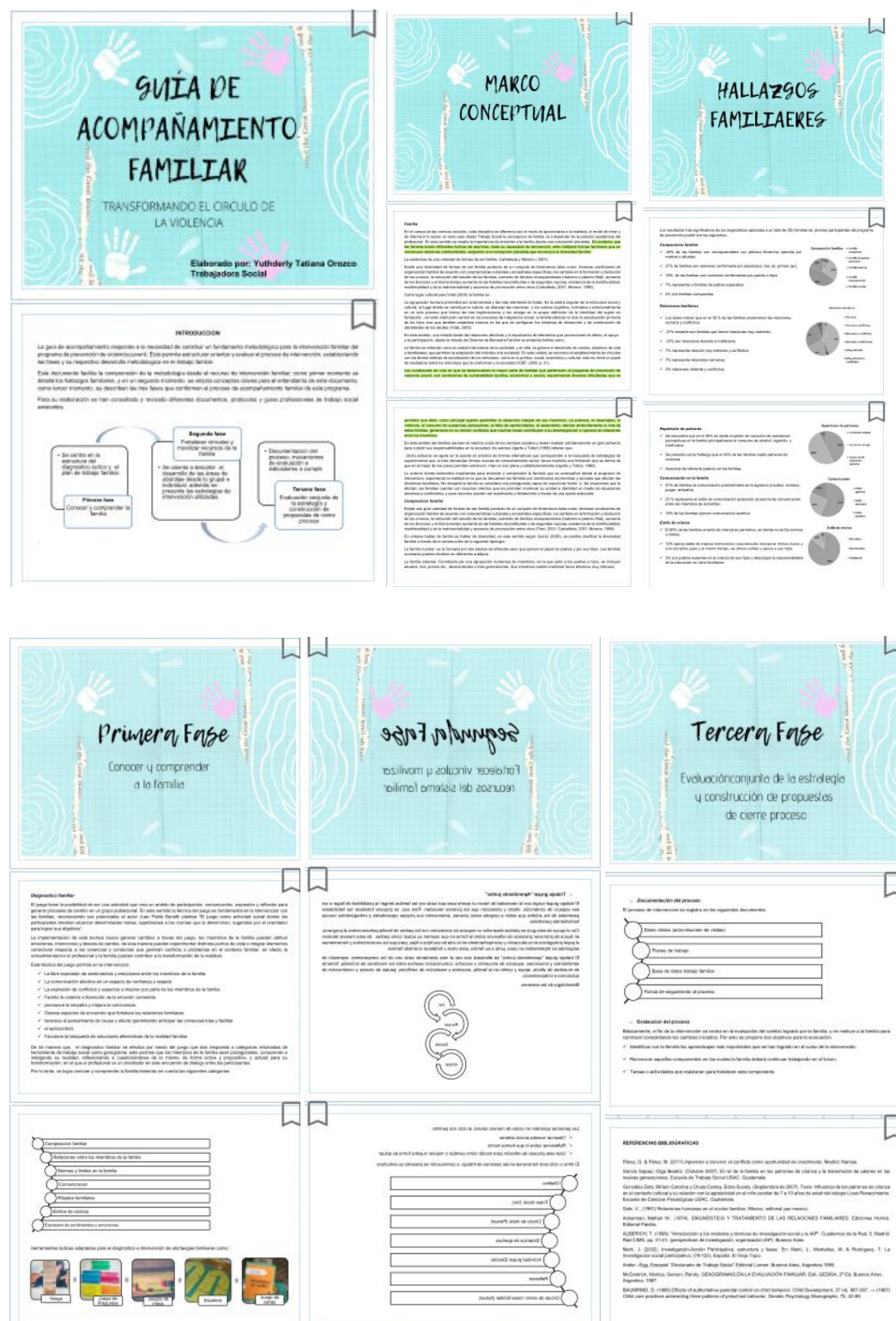
No sabe ☐ Fronteras imaginarias ☐ Bala perdida ☐ Riña Callejera ☐ Enemigos ☐ Envidia ☐ Hurto ☐ FF.AA ☐ Trabajo sexual ☐

Problemas entre conocidos ☐ Estar con personas en riesgo ☐ Otro: _____

Nombre del gestor(a) _____ Firma: _____

Anexo 7. Guía de acompañamiento psicológico.





Anexo 9. Verificación de calidad de los estudios³

ID	Título resumen	Teoría	Objetivos	Participantes	Intervención	Resultados	Seguimiento	Criterios de ética	Sesgos/ limitaciones	Validez externa	
Rogers, L., & Elkbuli, A. 2025 (1)	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7
Kemal, S., Hernandez, J. et al. 2025 (2)	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	6
Romo, N. D., Castillo, C. et al. 2023 (3)	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7
Lumba-Brown, A., Batek, M. et al. 2020 (4)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8
Walker, G. N., Dekker, A. M. et al. 2020 (5)	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4
Bell, T. M., Gilyan, D. et al. 2018 (6)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Mikhail, J. N., & Nemeth, L. S. 2016 (7)	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7
Juillard, C., Cooperman, L. et al. 2016 (8)	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8
Chong, V. E., Smith, R. et al. 2015 (9)	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7
Juillard, C., Smith, R. et al. 2015 (10)	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7
Smith, R., Dobbins, S. 2013 (11)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8
Aboutanos, M. B., Jordan, A. et al. 2011 (12)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8

³ Tabla adaptada de la propuesta de verificación TREND para evaluación de calidad metodológica desarrollada por Crepaz y Des Jarlais (12).

Snider, C., & Lee, J. et al. 2009 (13)	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	6
Dicker, R. A., Jaeger, S. et al. 2009 (14)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
Cheng, T. L., Haynie, D. et al. 2008 (15)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Zun, L. S., Downey, L. et al. 2006 (16)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
Becker, M. G., Hall, J. S. et al. 2004 (17)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
	17	4	17	16	17	16	11	8	17	6	

Fuente: elaboración propia siguiendo la propuesta de verificación TREND

Anexo 10. Caracterización de los estudios incluidos

ID	Tipo de evaluación	Diseño	Objetivo	Población	Principales resultados
Rogers & Elkbuli, 2025 (14) EE.UU. (Orlando)	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Evaluar estrategias de diseño de los HVIP, su impacto en lesiones, resultados psicosociales y rentabilidad.	Sin cohorte única	Reducción de lesiones violentas, mejoras psicosociales, reducción de costos; necesidad de estandarización.
Kemal et al., 2025 (15) EE.UU.	Revisión de alcance	Revisión de alcance	Describir intervenciones basadas en urgencias dirigidas a jóvenes lesionados por agresiones.	Sin cohorte única	Resultados frecuentes: reincidencia, justicia penal, factores de riesgo, uso de salud y mortalidad.
Romo et al., 2023 (16) EE.UU. (New York)	Resultados	Cohorte retrospectiva	Evaluar asociación entre intervención con trabajadores comunitarios, seguimiento médico y nuevas lesiones.	Jóvenes 15–24 con traumas violentos	Menor reingreso por nuevas lesiones; mayor asistencia a citas médicas.
Lumba-Brown et al., 2020 (17) EE.UU. (St. Louis)	Resultados	Ensayo clínico	Evaluar morbilidad, mortalidad y reincidencia juvenil.	Jóvenes 8–19 años con lesiones violentas	Reducción individual en reincidencia; atención inmediata con trabajo social y médicos en urgencias pediátricas.
Walker et al., 2020 (18) EE.UU. (Chicago)	Revisión de alcance	Revisión de alcance	Discutir reincidencia y estrategias de manejo en HVIP para sobrevivientes de violencia.	Sin cohorte única	Impacto positivo en reducción de reincidencia, mortalidad y costos.
Bell et al., 2018 (19) EE.UU. (Indianapolis)	Resultados	Cohorte retrospectiva	Cuantificar tasa de reincidencia a largo plazo con datos de un sistema regional de salud.	Jóvenes 15–30 hospitalizados por lesiones violentas	Reincidencia 4.4% en 8 años; consultas frecuentes por dolor, SPA, accidentes e ideación suicida.
Mikhail & Nemeth, 2016 (20). EE.UU.	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Sintetizar efectividad de programas de prevención de violencia juvenil en centros de trauma.	Sin cohorte única (10–30 años lesionados por violencia)	Estrategia efectiva para interrumpir trayectorias de violencia, especialmente en jóvenes de mayor riesgo.
Juillard et al., 2016 (21) EE.UU. (San Francisco)	Resultados	Cohorte prospectiva	Evaluar satisfacción de necesidades e identificar factores de riesgo modificables.	Jóvenes 10–35 hospitalizados por heridas violentas	Reducción sostenida de reincidencia al atender necesidades educativas y de vivienda.
Chong et al., 2015 (22) EE.UU. (Oakland)	Evaluación económica	Costo-efectividad	Analizar costos del programa HVIP en un centro de trauma.	Jóvenes 12–20 con heridas por arma de fuego	Menor reincidencia; costo por paciente similar a atención estándar; programa costo-efectivo.
Juillard & Smith, 2015 (23) EE.UU. (San Francisco)	Evaluación económica	Costo-efectividad	Evaluar rentabilidad del programa HVIP.	Jóvenes 15–34 afroamericanos	Reducción de QALYs perdidos y costos hospitalarios por reincidencia.
Smith & Dobbins, 2013 (24) EE.UU. (San Francisco)	Resultados	Cohorte retrospectiva	Determinar variables de reducción de riesgo asociadas con éxito en HVIP.	Jóvenes y adultos 15–35 años en alto riesgo	Reincidencia bajó de 16% a 4.5%; salud mental x6 y empleo x4 aumentan éxito; alta adherencia inicial es clave.
Aboutanos et al., 2011 (25) EE.UU. (Richmond)	Resultados	Ensayo clínico	Evaluar intervención breve hospitalaria sola vs combinada con gestión de casos comunitaria.	Jóvenes 10–24 años con lesiones intencionales	Mejor uso de servicios hospitalarios, reducción de factores de riesgo y continuidad del cuidado.
Snider & Lee, 2009 (26) Canadá (Toronto)	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Identificar tasas de éxito, poblaciones beneficiadas y medidas de resultado utilizadas.	Sin cohorte única	Resultados positivos, aunque con baja significancia por muestras pequeñas; foco en reincidencia, delitos y arrestos.
Dicker et al., 2009 (27) EE.UU. (San Francisco)	Resultados	Evaluación formativa	Evaluar factibilidad, eficacia temprana y debilidades programáticas.	Jóvenes 12–30 afroamericanos heridos por violencia	Alta factibilidad, baja deserción, éxito en cubrir >50% necesidades; confianza basada en competencia cultural.
Cheng et al., 2008 (28) EE.UU. (Baltimore)	Resultados	Ensayo clínico	Evaluar impacto de una intervención de prevención implementada por mentores.	Jóvenes 10–15 años con lesiones por agresión	Alta receptividad; reducción de agresión, peleas y lesiones; urgencias es punto clave para prevenir retaliación.

Zun & Downey, 2006 (29) EE.UU. (Chicago)	Resultados	Ensayo clínico	Evaluar efectos de la intervención sobre reincidencia de violencia y otros desenlaces.	Jóvenes 10–24 víctimas de violencia intencional	Redujo reingresos autoinformados pero no otros desenlaces (arrestos, consumo, violencia, hospitalizaciones).
Becker et al., 2004 (30) EE.UU. (Oakland)	Resultados	Casos y controles.	Evaluar efecto de programa entre pares sobre reincidencia, justicia penal y mortalidad.	Jóvenes 12–20 hospitalizados por lesiones violentas	Redujo actividad delictiva; mayor efecto cuando se implementó de inmediato tras la lesión.

Fuente: elaboración propia

Anexo 11. Tipos de intervenciones de los HVIP

ID	Objetivos	Intrahospitalarias	Extrahospitalarias	Momentos	Actores	Recursos
Rogers, L., & 2025 (14)	No reporta	Desarrollo de habilidades aprendizaje colaborativo.	Debates abiertos con miembros de la comunidad. Mentoría	No reporta	No reporta	No reporta
Kemal, S., et al. 2025 (15)	Dirigidos a gestión de conflictos, desarrollo de la autoeficacia y establecimiento de metas.	Intervenciones sobre riesgos conductuales y motivación (entrevistas individuales).	Gestión de casos, mentoría por pares, apoyo psicosocial.	2–6 meses, hasta 1 año. Contactos intensivos al inicio, luego espaciados.	Trabajo social, psicólogos, psiquiatras, mentores pares.	Apoyo escolar, vivienda, transporte, asistencia legal, salud mental.
Romo, N. D., Castillo, C. et al. 2023 (16)	Prevenir la reincidencia de lesiones y apoyo integral en salud, social y comunitario.	Evaluación por director médico, trabajador social y profesional de intervención hospitalaria.	Mentoría, mediación y conexión con servicios educativos, laborales y sociales para prevenir reincidencia.	Consultas de seguimiento ambulatorio quirúrgicas y subespecialidades 3 meses tras el alta.	Director médico, trabajador social, coordinador de extensión, trabajadores	No reporta
Lumba-Brown, et al. 2020 (17)	Apoyar una infancia libre de violencia interpersonal mediante una intervención de mentoría orientada a reducir la reincidencia y morbilidad	Mentoría individualizada, trabajo social en urgencias pediátricas 24/7, manejo de ira, resolución de conflictos.	Mentoría, apoyo familiar, audiencias judiciales, conexión con servicios educativos y laborales.	Contacto inicial <24h. Mínimo 6 sesiones el primer año. Seguimiento hasta 1 año.	Mentores (trabajo social especializados), trabajo social hospitalario.	teléfonos celulares para contacto permanente, logística de seguimiento.
Walker, G. N., et al. 2020 (18)	No reporta	Intervenciones breves de 35 min (entrevista motivacional), manejo colaborativo, mediación de conflictos, apoyo psicológico/trauma.	Seguimiento telefónico, gestión de casos, visitas domiciliarias, abogacía judicial, apoyo educativo, salud mental.	Seguimiento hasta 12 meses, con contactos intensivos al inicio.	No reporta	No reporta
Bell, T. M., 2018 (19)	Reducir la amenaza de lesiones violentas y la actividad delictiva en la comunidad.	Atención inicial durante hospitalización. Referencia desde urgencias.	Apoyo en vivienda, transporte, trámites ocupacionales, legales y de salud.	No reporta	4 especialistas violencia, 2 trabajadores sociales, 1 defensor víctimas, 1 director programa.	Vivienda, transporte, apoyo legal y de salud.
Mikhail, J. N. 2016 (20)	Sintetizar efectividad de HVIP en jóvenes víctimas de violencia.	Intervenciones breves en urgencias (1-2 contactos), entrevistas motivacionales, terapia cognitivo-conductual.	Gestión de casos de 6 a 24 meses, mentoría, visitas domiciliarias, conexión a empleo, educación, salud mental y vivienda.	Duración entre 6 semanas y 2,5 años.	Gestores de caso, mentores pares, trabajadores sociales.	USD 45.000/año por gestor de caso, redes comunitarias.
Juillard, C., et al. 2016 (21)	Identificar factores de riesgo modificables de reincidencia.	Identificación de pacientes, evaluación de riesgo al pie de cama, entrevista inicial y plan en base de datos.	Gestión de casos hasta 1 año, mentoría, remisión a recursos comunitarios, apoyo educativo.	Detección <24h, ingreso formal y acompañamiento hasta 12 meses.	Gestores de caso, organizaciones comunitarias.	Base de datos segura, personal especializado.
Chong, V. E., et al. 2015 (22)	Reducir violencia por venganza y reincidencia.	Consejería y remisiones desde urgencias, evaluación inicial, especialista de intervención.	Gestión de casos: asistencia legal, transporte, educación, empleo, salud mental.	Durante hospitalización y seguimiento según necesidad.	Coordinador de prevención, especialista de intervención.	Costo promedio USD 2.810 por paciente.
Juillard, C., et al. 2015 (23)	Prevenir reincidencia de lesiones y contacto con sistema judicial.	Evaluación de riesgo inicial, atención estándar a no vinculados.	Gestión de casos intensiva y culturalmente sensible: salud mental, educación,	Durante hospitalización y visitas de seguimiento.	Administrador de casos, trabajador social.	Costo promedio USD 4.150 por paciente.

			empleo, vivienda, defensa legal.			
Smith, R., 2013 (24)	Reducir reincidencia y fortalecer integración social.	Atención inicial trauma, evaluación de riesgo, derivación según riesgo.	Acompañamiento integral en salud, empleo, educación, apoyo legal.	6 meses a 1 año, con intensidad alta en los 3 primeros meses.	Gestores de caso.	Base de datos de tamizaje, recursos comunitarios.
Aboutanos, M. et al. 2011 (25)	Evaluar intervención breve hospitalaria sola y con gestión de casos comunitarios.	Intervención de seis pasos basada en entrevista motivacional y TCC.	Gestión de casos intensiva durante 6 meses para jóvenes y familias.	Reuniones semanales/quincenales en los 2 primeros meses, luego espaciadas.	Coordinador trauma, coordinador prevención violencia, 2 gestores de casos.	Red de alianzas comunitarias.
Snider, C., et al. 2009 (26)	Prevenir retaliación, reincidencia y promover uso de servicios.	Revisión incidente violento, resolución de conflictos, visitas domiciliarias, mentoría de pares.	Gestión de casos, mentoría por pares, derivaciones a programas de empleo, salud mental, educación.	Contactos semanales los 2 primeros meses, luego bisemanales y mensuales (6 meses).	Gestores de casos, especialistas en intervención pares.	Redes comunitarias en educación, empleo, salud mental y vivienda.
Dicker, R. A., et al. 2009 (27)	Reducir reincidencia de lesiones.	Tamizaje en hospital, evaluación de riesgo y ruta según riesgo.	Servicios completos: salud mental, empleo, educación, mentoría, vivienda, apoyo legal.	6 meses a 1 año, más intensivo en las 3 primeras semanas.	Gestores de caso, trabajadores sociales, enfermeras, médicos.	Teléfonos celulares, registro diario de trauma.
Cheng, T. L. et al. 2008 (28)	Prevenir violencia y reincidencia.	Evaluación inicial en urgencias, derivación a servicios, seguimiento telefónico a no vinculados.	Mentoría individual, visitas domiciliarias, gestión de casos, currículo de prevención.	Mentores 6 veces en 2–6 meses, educadores 3 visitas domiciliarias.	Mentores, educadores en salud, familias.	Currículo ATP adaptado, transporte, pago a mentores, lista de recursos.
Zun, L. S., et al. 2006 (29)	Reducir revictimización por violencia.	Identificación en urgencias, evaluación inicial, referencias a programas.	Manejo de casos individualizado, coordinación de servicios, entrenamiento en manejo de ira y resolución de conflictos.	Seguimiento semanal 2 meses, luego bisemanal 2 meses, luego mensual hasta 6 meses.	Manejadores de caso, personal de urgencias.	Programas comunitarios, materiales para manejo de ira.
Becker, M. G. et al. 2004 (30)	Prevenir violencia por venganza, reincidencia judicial y lesiones fatales.	Contacto inicial en cama hospitalaria inmediatamente post lesión.	Visitas domiciliarias, referencias comunitarias, apoyo judicial, inserción escolar y laboral.	Promedio 5 contactos presenciales y 11 telefónicos en 6 meses, seguimiento hasta 1 año.	Especialistas en manejo de crisis (pares entrenados), familias, organizaciones comunitarias.	Consejería, red comunitaria de servicios.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 12. Evidencia sobre intervenciones extrahospitalarias de los HVIP

Autor y año	Teoría	Resultados principales	Resultados intermedios	Principales hallazgos
Rogers, L., & 2025 (14)	No reporta	Reducción de reincidencia (4.4–13.7%), menos lesiones y hospitalizaciones	Empleo, educación, ↓TEPT/depresión, ↓encarcelamiento	Mejora estabilidad socioeconómica, salud mental y costo-efectividad favorable
Kemal, S., et al. 2025 (15)	No reporta	Disminución de reincidencia, conductas de riesgo y uso de servicios	Participación judicial con resultados mixtos, uso de servicios variable	Importancia de mentores con experiencia vivida; sin seguimientos >1 año
Romo, N. D., Castillo, C. et al. 2023 (16)	No reporta	11% reincidencia; atención reduce 0.41 veces riesgo	Mayor adherencia a controles médicos (2.29 veces)	HVPI inicia en urgencias; apoyan recuperación física y emocional
Lumba-Brown, et al. 2020 (17)	No reporta	Pasó de piloto a estándar hospitalario	No reporta	Mentoría efectiva con relaciones sólidas; falta seguimiento largo plazo
Walker, G. N., et al. 2020 (18)	No reporta	Menor encarcelamiento y costos hospitalarios	Menor depresión, TEP, ↓porte de armas, ↑resolución de conflictos	Cada ingreso es momento crítico; requiere alianzas comunidad-escuela
Bell, T. M., 2018 (19)	No reporta	Reincidencia 4.4% en 8 años; alta utilización de urgencias	1.575 visitas a urgencias	Consultas por dolor, SPA, ideación suicida, accidentes
Mikhail, J. N. 2016 (20)	No reporta	Reducción de reincidencia (mixta)	Derivaciones y necesidades cubiertas predicen éxito	Depende de factores individuales, familiares y comunitarios
Juillard, C., et al. 2016 (21)	No reporta	Reincidencia 8.4%→4.9%	Satisfacción de necesidades específicas reduce reincidencia	Atender educación y vivienda revierte riesgo
Chong, V. E., et al. 2015 (22)	No reporta	Costo-efectivo; mayor motivación tras trauma severo	Mayor motivación para cambio	Apoyo + gestión de casos reduce nuevas lesiones
Juillard, C., et al. 2015 (23)	No reporta	Ahorro neto 166.000 USD; 0.68 AVAC ganados	No reporta	Mejora calidad de vida
Smith, R., 2013 (24)	No reporta	Reincidencia 4.5% vs 16% controles	Salud mental (OR 5.97) y empleo (OR 4.41)	Identificación temprana y gestión de casos intensiva
Aboutanos, M. et al. 2011 (25)	No reporta	2/75 reheridos, sin muertes	Mayor adherencia a servicios y ↓SPA	Acompañamiento comunitario potencia impacto
Snider, C., et al. 2009 (26)	No reporta	Reducción de violencia autorreportada	Mayor uso de servicios y consejería	Mentoría de pares y gestión de casos temprana
Dicker, R. A., et al. 2009 (27)	Salud pública, competencia cultural, momento de aprendizaje	73% víctimas de tiroteo contactadas	Mayor dosis de gestión de casos = más éxito	Relación gestor-joven y tiempo invertido determinan éxito
Cheng, T. L. et al. 2008 (28)	Teoría sociocognitiva y currículo ATP	↓agresión (49%) y delito menor (91%); ↑autoeficacia	Alta satisfacción jóvenes y padres	Vínculo mentor-joven clave
Zun, L. S., et al. 2006 (29)	Educación en salud para cambio de comportamiento	↓reincidencia autoinformada	Tendencia ↓delincuencia y consumo (no significativa)	ED + seguimiento comunitario mostró potencial
Becker, M. G. et al. 2004 (30)	Momento de aprendizaje y pares como modelos positivos	↓70% arrestos, ↓60% involucramiento judicial	86% completó el programa	Reduce criminalización; alta retención

Fuente: elaboración propia.

Anexo 13. Efectividad de los HVIP en la reincidencia y mortalidad por nuevos eventos de violencia interpersonal

ID	Efectividad reincidencia	Efectividad mortalidad	Actividades que se mostraron efectivas	Claves de efectividad	Limitaciones
Rogers, L., & 2025 (14)	Menores tasas de reincidencia (4%-14%) en 7 de 25 estudios revisados.	No reporta.	Educación en seguridad, tutoría, aprendizaje práctico y colaborativo.	Diseño sustentado en consulta con expertos y participación comunitaria; mentoría y colaboración.	Financiación insuficiente, escasez de personal capacitado, resistencia institucional, baja cobertura.
Kemal, S., et al. 2025 (15)	Varios estudios evaluaron reincidencia.	Algunos estudios lo midieron	No reporta actividades específicas.	Servicio de urgencias como punto clave para intervención temprana.	Tamaño de muestra pequeño, alta deserción, seguimiento limitado.
Romo, N. D., Castillo, C., et al. 2023 (16)	Reincidencia: 59/521 (11%).	No reporta.	Mentoría, mediación y conexión con servicios educativos, laborales y sociales.	Mensajeros creíbles aumentan adherencia; seguimiento post-alta mejora resultados.	No aborda factores comunitarios; baja presencia fines de semana reduce continuidad.
Lumba-Brown, et al. 2020 (17)	Bajó a 4%.	0% mortalidad.	Mentoría (25–40h).	Contacto inmediato, seguimiento prolongado.	Tamaño de muestra reducido, alta negativa de participación.
Walker, G. N., et al. 2020 (18)	Disminución en reincidencia en varios estudios, aunque no en todos.	Reducción en mortalidad en trauma penetrante.	No reporta.	Identificar pacientes de mayor riesgo; enfoque en determinantes sociales.	Barreras logísticas y financieras, baja cobertura de turnos nocturnos y fines de semana.
Bell, T. M., 2018 (19)	4.4% a 8 años vs 16% histórico.	No reporta.	No reporta.	No reporta.	Pocos estudios analizan duración de efectos; autoinforme limita confiabilidad.
Mikhail, J. N. 2016 (20)	Necesarios seguimientos largos (>2 años) para evaluar efectividad real.	Algunos estudios con reducciones en arrestos, no en mortalidad.	Alta intensidad y continuidad del seguimiento.	Relación de confianza con pacientes; integración hospital-comunidad.	Muestras pequeñas, pérdidas altas, falta de aleatorización, generalización limitada.
Juillard, C., et al. 2016 (21)	Antes: 8.4% → después: 4.9%; vinculados: 11.3%.	No reporta.	Atención a necesidades (educación, vivienda, defensa legal).	Abordar necesidades específicas reduce reincidencia; énfasis en salud mental.	Sin grupo control, uso de sujetos históricos puede sesgar resultados.
Chong, V. E., et al. 2015 (22)	2.5% vs 4% en controles.	No reporta.	Gestión intensiva de casos.	Costo-efectividad depende de reducción clara en reincidencia.	Modelo no considera desenlaces clínicos múltiples, posible simplificación excesiva.
Juillard, C., et al. 2015 (23)	No reporta.	Letalidad estimada 8.8%.	Gestión intensiva de casos, salud mental, empleo.	Competencia cultural, tratamiento adecuado y empleo como claves del éxito.	Datos ecológicos, sin aleatorización por razones éticas, factores confusores no controlados.
Smith, R., 2013 (24)	4.5% vs 16% histórico.	No reporta.	Atender necesidades de salud mental (x6 éxito) y empleo (x4 éxito).	Alta exposición a gestión de casos (>6h/sem) aumenta éxito (OR 5.6).	Sin definición universal de éxito, dificulta comparación entre programas.
Aboutanos, M. et al. 2011 (25)	2.6% (2/75).	0% (vs 37% en no participantes).	Intervención breve + manejo de casos comunitarios.	Momento de aprendizaje, alianzas comunitarias, continuidad post-alta.	Tiempo corto de intervención, características sociodemográficas limitantes.
Snider, C., et al. 2009 (26)	Reducción en violencia autorreportada; 1% reincidencia sin control.	No impacto claro en mortalidad.	Gestión de casos, visitas domiciliarias, mentoría por pares.	Intervención temprana, seguimiento intensivo, participación familiar.	Tamaños pequeños, pérdidas altas, sin grupo control.
Dicker, R. A., et al. 2009 (27)	No reporta explícitamente.	No reporta.	Plan de riesgo, mentoría, educación, empleo, vivienda segura, salud mental.	Gestor como mentor, integración comunitaria, competencia cultural.	Escasez de gestores, estigma cultural, estancias cortas dificultan contacto.

Cheng, T. L. et al. 2008 (28)	No evaluó directamente reincidencia hospitalaria.	No reporta.	Mentoría, visitas domiciliarias, currículo juvenil.	Relación de confianza mentor-joven, alta adherencia.	Datos autoreportados, desconocimiento de sostenibilidad a largo plazo.
Zun, L. S., et al. 2006 (29)	Reducción significativa en grupo de intervención.	No reporta.	Evaluación de necesidades, manejo de ira, resolución de conflictos.	Identificación temprana, enlace a servicios, enfoque familiar.	Alta movilidad, baja retención, limitaciones de recursos.
Becker, M. G. et al. 2004 (30)	2.7% (43 intervención vs 69 control).	0% mortalidad.	Intervención inmediata, seguimiento intensivo, apoyo en empleo/educación/justicia.	Pares con credibilidad, confianza, servicios personalizados.	Seguimiento corto (6 meses), muestra pequeña, no evalúa resultados intermedios.

Fuente: elaboración propia.