

**Coconstrucción de un servicio de psicología clínica sistémica para el
acompañamiento del sufrimiento psicosocial en personas en adultez
mayor con enfermedades crónicas**

Autora:

Aura Josefa Casadiego Martínez

Docente Supervisor:

Jeison Velásquez

Universidad Santo Tomás

División Ciencias de la Salud

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología Clínica de la Familia

Tabla de contenido

Resumen	3
Introducción	5
Planteamiento del problema	9
Pregunta de orientadora	11
Justificación	11
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Sistema teórico y conceptual	13
Servicio de atención psicológica	18
Sufrimiento psicosocial en la enfermedad crónica	21
Ciclo vital de la adultez tardía	22
Atención integral en salud y cronicidad	24
Sistema normativo y legal	26
Metodología	28
Párrafo contextualizador	28
Método y diseño	29
Instrumentos	30
Participantes	31
Escenarios	32
Neodiseños para la construcción del servicio	34
Tabla 1 Escenario 1. Huellas del cuidado en la cronicidad. Elaboración propia.	34
Tabla 2 Escenario 2. Tejiendo el servicio. Elaboración propia.	37
Tabla 3 Escenario 3. Tejiendo la forma final. Elaboración propia.	40
Tabla 4 Escenario 4. El tejido compartido: validación final. Elaboración propia.	42
Consideraciones éticas	44
Resultados	45
Ciclo vital de la vejez	49
Cronicidad de la enfermedad	52
Sufrimiento psicosocial en la enfermedad crónica	57
Servicio de atención psicológica	59
El servicio coconstruido: propuesta de atención psicológica clínica sistémica	63
Discusión	68
El servicio coconstruido: análisis por componentes del Canvas	70
El servicio coconstruido frente al marco normativo de habilitación en salud	75

Conclusiones y aportes	80
Referencias	83
Anexos	91

Resumen

El presente proyecto de emprendimiento tuvo como objetivo construir un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico orientado al acompañamiento del sufrimiento psicosocial de personas en adultez mayor con enfermedades crónicas en Bogotá, Colombia. Partiendo del reconocimiento de una brecha estructural entre las necesidades emocionales y relacionales de esta población y la oferta actual del sistema de salud, se desarrolló un proceso de coconstrucción con ocho participantes organizados en dos grupos: dos pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y sus cuidadoras principales, y cuatro profesionales de salud de un equipo de atención domiciliaria. El proceso se organizó en cuatro escenarios de coconstrucción: El primero consistió en entrevistas semiestructuradas con pacientes y cuidadores para identificar las dimensiones emocionales, familiares y psicosociales del sufrimiento asociado a la cronicidad; el segundo y tercero implicaron sesiones de trabajo con el equipo de salud, basadas en lluvia de ideas y guiadas por el modelo Canvas, orientadas a diseñar y consolidar una propuesta estructurada de servicio; el cuarto escenario consistió en la validación del servicio diseñado con los participantes iniciales, garantizando su pertinencia y coherencia con las necesidades identificadas. El producto central de este proceso es un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico estructurado en tres componentes articulados: acompañamiento individual al paciente, apoyo al cuidador y al sistema familiar, y articulación continua con el equipo de salud, con una ruta de atención fundamentada en un enfoque narrativo-sistémico que busca resignificar la experiencia de las

personas con enfermedad crónica, posicionando la psicología clínica sistémica como un componente estructural del cuidado integral.

Palabras clave: enfermedad crónica, sufrimiento psicosocial, psicología clínica sistémica, diseño centrado en el usuario.

Resumen

This entrepreneurship project aimed to design a systemic clinical psychological care service focused on accompanying the psychosocial suffering of people living with chronic diseases in Bogotá, Colombia. Based on the identification of a gap between the emotional and relational needs of this population and the services currently offered by the healthcare system, a co-construction process was developed with eight participants: two older adults living with chronic diseases, their primary caregivers, and four healthcare professionals from a home-based care team. The process was organized into four scenarios. The first involved semi-structured interviews with patients and caregivers to identify the emotional, family, and psychosocial dimensions associated with chronic illness. The second and third consisted of collaborative working sessions with healthcare professionals, using brainstorming and the Business Model Canvas to develop and consolidate the service proposal. The fourth involved validation of the proposed service with the initial participants, contributing to its relevance and coherence with the identified needs. The main outcome was a systemic clinical psychological care service structured around three interconnected components: individual psychological support for patients, support for caregivers and family systems, and ongoing coordination with the healthcare team. Grounded in a narrative-systemic perspective, the care pathway seeks to promote the re-signification of the experience of chronic illness and

strengthen the integration of systemic clinical psychology as a component of comprehensive healthcare.

Keywords: Chronic Disease; Caregivers; Health Care; Clinical Psychology; Patient Care; Family Relations; Psychosocial Factors.

Introducción

En Colombia, el abordaje de las enfermedades crónicas constituye uno de los mayores desafíos para el sistema de salud, atravesado por limitaciones estructurales que dificultan una atención integral y por una falta de articulación entre las políticas públicas y las necesidades reales de la población. La transición demográfica y epidemiológica ha intensificado esta tensión: el envejecimiento progresivo de la población y el aumento sostenido de las enfermedades crónicas generan una demanda de atención que el sistema no logra responder de manera coordinada, continua ni integralmente (Yepes & Marín, 2018).

Entre las deficiencias estructurales más relevantes se destacan la fragmentación del sistema y la débil articulación entre niveles de atención, que comprometen la continuidad del cuidado; la inequidad territorial, que restringe el acceso a servicios especializados en zonas rurales y marginadas; y la escasez de personal capacitado e infraestructura adecuada en el primer nivel (Freyle, 2024). A esto se suman las barreras administrativas impuestas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que dificultan el acceso oportuno a tratamientos, y la deficiente calidad de los sistemas de información clínica, que impide el monitoreo adecuado y la toma de decisiones basadas en evidencia. En conjunto, estas limitaciones reducen las posibilidades del paciente crónico de recibir un acompañamiento digno, integral y continuo.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022a) presentó un informe en el que destacó los desafíos y discrepancias del sistema de salud, señalando la necesidad de mejorar la atención a grupos vulnerables. Entre las brechas identificadas se encontraron la inequidad en el acceso a servicios, la insuficiencia de recursos humanos y la necesidad de fortalecer la calidad de la atención. Frente a los desafíos derivados de la transición demográfica y epidemiológica, el Ministerio enfatizó el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la articulación intersectorial y el enfoque de curso de vida. Este planteamiento reconoció que el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y la persistencia de brechas en el acceso a servicios exigieron una transformación estructural del sistema de salud.

En esta misma línea, McDaniel et al. (2018) señalaron que los problemas de salud deben abordarse considerando los vínculos familiares, las dinámicas relacionales y los contextos sociales en los que la enfermedad se desarrolla. Desde esta perspectiva, resultó necesario diseñar servicios que integraran los aspectos biológicos con los psicosociales, incluyendo activamente a la familia como parte del proceso terapéutico y reconociendo la naturaleza prolongada y compleja de las enfermedades crónicas.

De acuerdo con el Decreto 1599 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a), se destacó la importancia de una atención integral en salud centrada en el cuidado de las personas, familias y comunidades, priorizando un abordaje integral, integrado y continuo. No obstante, el Anexo Técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b) evidenció una escasa articulación entre la enfermedad y el componente psicosocial, situación que afectó directamente a los pacientes crónicos, quienes transitaban procesos continuos de enfermedad acompañados de pérdida de sentido, angustia, cambios y alteraciones en su contexto familiar. En este sentido, el Ministerio de Salud y

Protección Social (2022b) señaló: “la respuesta institucional ha sido predominantemente biomédica, con limitada integración de lo psicosocial, lo comunitario y lo interseccional, lo que limita la efectividad de las acciones en salud pública” (p. 45).

Desde un enfoque sistémico y complejo, se hizo necesario crear un servicio que aborde el sufrimiento humano derivado de esta realidad estructural de la atención en salud, teniendo en cuenta que el ejercicio biomédico tiende a invisibilizar el sufrimiento subjetivo y no contempla una verdadera integralidad a través del aporte de disciplinas como la psicología clínica y los servicios de atención (Acevedo, 2014).

La consolidación de la psicología de la salud en América Latina ha estado atravesada por tensiones teóricas, metodológicas y estructurales que han limitado su desarrollo como disciplina aplicada al proceso salud-enfermedad (Grau Abalo, 2002). En el contexto colombiano, esta situación se ha expresado en la dificultad de la práctica psicológica para integrarse de forma efectiva en los equipos multidisciplinarios de atención a la enfermedad crónica (Flórez-Alarcón, 2006; Contreras et al., 2006), lo que interpela directamente la necesidad de repensar su articulación con los modelos de atención en salud.

En consecuencia, resulta urgente fortalecer la integración de los servicios psicológicos en la atención a pacientes con enfermedades crónicas en Colombia, garantizando un enfoque verdaderamente integral que aborde tanto los aspectos físicos como los mentales de la salud. La cronicidad no solo compromete la estabilidad emocional del paciente, con alta prevalencia de trastornos del afecto y ansiedad en condiciones como enfermedades gastrointestinales, dolor crónico y afecciones cardiorrespiratorias (Martínez, 2016), sino que extiende su impacto al entorno familiar. La carga del cuidado en familiares de personas con enfermedades respiratorias crónicas se asocia inversamente con su calidad de vida (Pinzón y Carrillo, 2016), lo que evidencia que la intervención psicológica no puede

circunscribirse al paciente, sino que debe contemplar al sistema familiar como unidad de atención.

Finalmente, el sentimiento de inutilidad o de ser una carga para los demás es descrito como una experiencia frecuente en personas con enfermedades crónicas, afectando significativamente sus relaciones cercanas (Charmaz, 1991). Cuando los pacientes perciben que su enfermedad limita su autonomía o exige un esfuerzo excesivo de sus seres queridos, tienden a retraerse emocionalmente o a adoptar actitudes defensivas, debilitando los vínculos afectivos y generando distanciamiento. Este deterioro relacional no solo agrava el sufrimiento emocional, sino que compromete los recursos de apoyo social fundamentales para el afrontamiento; de hecho, la enfermedad crónica amenaza también el sentido de identidad, pues cuando las personas sienten que ya no pueden contribuir o que representan una carga para quienes las rodean, tienden a redefinirse a sí mismas como menos valiosas, poniendo en riesgo los vínculos significativos que sostienen su bienestar.

En este sentido, la enfermedad crónica amenaza también el sentido de identidad: cuando las personas sienten que ya no pueden contribuir o que representan una carga para quienes las rodean, tienden a redefinirse a sí mismas como menos valiosas, poniendo en riesgo los vínculos significativos que sostienen su bienestar (Charmaz, 1991).

En conjunto, estos hallazgos evidencian una brecha significativa entre los lineamientos normativos que promueven una atención integral y la experiencia real de los pacientes crónicos y sus familias, quienes continúan transitando procesos marcados por fragmentación, sufrimiento psicosocial y debilitamiento relacional. Esta distancia entre política pública, práctica biomédica y experiencia humana configura un vacío en la atención psicosocial que el sistema de salud colombiano no ha logrado cerrar, particularmente en lo que respecta al acompañamiento clínico sistémico del sufrimiento asociado a la cronicidad.

Ante este vacío, el presente proyecto propone la construcción de un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico, mediante un proceso de modelización y coconstrucción con pacientes, cuidadores y profesionales de salud, orientado a articular la dimensión psicológica y relacional con el contexto de atención de la enfermedad crónica, como respuesta situada a las necesidades reales de esta población.

Planteamiento del problema

La persistencia del modelo biomédico en el sistema de salud colombiano ha condicionado históricamente la atención a personas con enfermedades crónicas, privilegiando el abordaje orgánico por sobre las dimensiones relacional y psicosocial del proceso de enfermar. Sin embargo, la cronicidad constituye un fenómeno que desborda al individuo: cuando un miembro del sistema familiar enferma, el conjunto de sus vínculos se reorganiza, adoptando patrones funcionales o perpetuando dinámicas de malestar (Minuchin et al., 2007). Esta comprensión sistémica contrasta con una oferta de servicios que continúa fragmentada y sin articulación efectiva entre las dimensiones física, emocional, familiar, espiritual y psicosocial del proceso de enfermar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022c).

Esta problemática se intensifica en el contexto del envejecimiento poblacional: para 2021 Colombia contaba con aproximadamente 7,1 millones de personas mayores de 60 años, cerca del 13% de la población total, con proyecciones de crecimiento superiores al 16% para 2030 (DANE, 2021), y se estima que la población mayor de 65 años se duplicará hacia 2050. Entre 2012 y 2016 la prevalencia de multimorbilidad en adultos mayores alcanzó el 19%, con enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y osteoporosis entre las más

frecuentes, lo que incrementa la complejidad del cuidado y la necesidad de intervenciones coordinadas e integrales.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2018) propone que una atención verdaderamente integral debe contemplar estas dimensiones de forma simultánea e indisoluble, reconociendo que su fragmentación en la práctica clínica no es un problema técnico sino una limitación estructural que compromete la dignidad y la calidad del cuidado. En Colombia, esta fragmentación se expresa además en barreras concretas: escasez y entrega tardía de medicamentos, exceso de trámites administrativos y demoras en el acceso a servicios (Cifuentes Quintero, 2025), en un sistema donde el derecho fundamental a la salud está normativamente reconocido, pero estructuralmente limitado en su materialización efectiva (Congreso de la República de Colombia, 2014).

El resultado es una carga acumulada de síntomas, tratamientos continuos y procesos de adaptación que se traduce en sufrimiento psicosocial, incertidumbre y pérdida de control, con mayor riesgo de trastornos mentales cuando no existen redes de apoyo ni acompañamiento psicológico sostenido (OMS, 2020). Este escenario no configura únicamente un problema de financiamiento o gestión sanitaria, sino un problema relacional y estructural que demanda modelos de atención capaces de articular lo clínico, lo sistémico y lo humano.

Es precisamente esta brecha la que el presente proyecto busca abordar mediante el diseño de un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico, coconstruido con quienes viven y acompañan la cronicidad.

Pregunta de orientadora

¿Cómo puede construirse un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico que contribuya al acompañamiento del sufrimiento psicosocial en personas en adultez mayor con enfermedades crónicas?

Justificación

La fragmentación del sistema de salud colombiano no es una falla aislada sino una tendencia que se replica en distintos contextos internacionales. En América Latina, la falta de continuidad en el tratamiento y la escasa articulación entre niveles asistenciales han sido identificadas como obstáculos persistentes (Tobar et. al, 2019; Gutiérrez et. al, 2021). En Europa y los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE, la atención fragmentada incrementa los costos en más de 4.000 € por paciente y compromete la sostenibilidad de los sistemas (OECD, 2023); Sin embargo, experiencias como el modelo *Gesundes Kinzigtal* en Alemania, que logró reducciones sostenidas del gasto per cápita y mejoras en hospitalización y mortalidad, o el sistema integrado de Canterbury en Nueva Zelanda, demuestran que la articulación entre niveles de atención bajo una lógica de responsabilidad compartida produce resultados clínicos y económicos superiores (Hildebrandt et al., 2010, 2013; Kings Fund, 2017).

Desde una perspectiva sistémica, estas deficiencias no pueden abordarse mediante ajustes parciales. La enfermedad crónica reconfigura los patrones vinculares del sistema familiar y social en el que el paciente está inserto, y una atención que no incorpore esta dimensión relacional reproduce el mismo reduccionismo que pretende superar (Villegas, 2004).

En este sentido, el presente proyecto se orienta a la construcción de un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico, dirigido al acompañamiento ético y situado de los procesos de sufrimiento psicosocial asociados a la cronicidad. Su construcción se comprende como un proceso de modelización sistémica, mediante el cual las diferentes perspectivas, necesidades, relaciones y recursos identificados en los participantes se articulan para configurar una propuesta de atención contextualizada y relacional. De esta manera, el paciente no es comprendido únicamente como portador de una enfermedad, sino como un sujeto singular inserto en múltiples sistemas familiar, social, comunitario e institucional que se ven afectados y transformados por su condición.

Objetivos

Objetivo general

Construir un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico orientado al acompañamiento del sufrimiento psicosocial de personas en adultez mayor con enfermedades crónicas, a partir de la comprensión integral de su experiencia individual, familiar y relacional.

Objetivos específicos

1. Identificar las necesidades emocionales, familiares, psicosociales y espirituales de las personas en adultez mayor con enfermedades crónicas mediante un proceso de coconstrucción con los participantes.
2. Definir los componentes estructurales, metodológicos y éticos del servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico a partir de los hallazgos obtenidos.
3. Articular el servicio diseñado con los lineamientos normativos y los modelos de atención integral en salud vigentes en Colombia.

Sistema teórico y conceptual

El presente marco teórico articula referentes epistemológicos y teóricos orientados a sustentar la construcción de un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico, dirigido a personas en adultez mayor que atraviesan procesos de sufrimiento psicosocial asociados a enfermedades crónicas. Su punto de partida es la comprensión de la enfermedad no como un evento exclusivamente biomédico, sino como un fenómeno relacional, contextual y multidimensional que transforma al individuo y a los sistemas en los que está inserto, reconfigurando dinámicas familiares, identidades personales y configuraciones vinculares a lo largo del ciclo vital.

Desde esta perspectiva, el sufrimiento asociado a la cronicidad emerge en la intersección de dimensiones clínicas, emocionales, familiares, sociales, institucionales y culturales, y no puede comprenderse desde causalidades lineales sino desde interacciones dinámicas entre múltiples niveles del sistema. Esta premisa, anclada en el pensamiento complejo (Morin, 1994), organiza la arquitectura conceptual del presente marco e impide reducir la experiencia de enfermar a sus manifestaciones orgánicas.

En coherencia con esta perspectiva, la modelización desde el enfoque sistémico constituyó un proceso de comprensión y construcción relacional que permitió transitar de una lectura fragmentada del sufrimiento asociado a la enfermedad crónica hacia una comprensión relacional, contextual y recursiva de la experiencia de enfermar. Este proceso implicó reconocer que las necesidades del paciente no pueden comprenderse de manera aislada de las relaciones familiares, las experiencias de los cuidadores, las interacciones con el personal de salud y las condiciones institucionales y sociales en las que se desarrolla la atención. Así, la modelización permitió articular las diferentes voces y perspectivas de pacientes, cuidadores y profesionales de salud, identificando relaciones, patrones, recursos y

posibilidades de intervención que contribuyeron a la construcción y reconfiguración del servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico. Desde esta lógica, el servicio no se concibe como una estructura previamente determinada, sino como una construcción coconstruida y susceptible de transformación a partir de las interacciones entre los actores y los contextos que participan en la experiencia de la enfermedad crónica.

La revisión teórica integra aportes de la terapia familiar sistémica, los modelos de enfermedad crónica, la resiliencia familiar y los enfoques narrativos del sufrimiento, articulándolos con perspectivas de la salud pública y los modelos de atención integral. Este diálogo permite examinar cómo las familias reorganizan sus patrones de funcionamiento frente a la cronicidad, qué significados construyen en torno a la enfermedad y cómo esos significados inciden en los procesos de afrontamiento, evidenciando las tensiones persistentes entre el paradigma biomédico y la necesidad de intervenciones que integren lo biológico con lo psicosocial.

La construcción de un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico requiere considerar el contexto institucional y normativo en el que se desarrolla la atención en salud en Colombia. En este sentido, resulta pertinente diferenciar las funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), así como reconocer las posibilidades de articulación del servicio propuesto con las redes existentes de atención. La Ley 100 de 1993 establece las bases del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y diferencia las funciones de aseguramiento y prestación de servicios. En este marco, las IPS tienen como función prestar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios, bajo principios de calidad y eficiencia, mientras que las entidades responsables del aseguramiento organizan mecanismos para garantizar el acceso a dichos servicios (Congreso de Colombia, 1993).

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) cumplen funciones relacionadas con el aseguramiento y la organización del acceso de sus afiliados a los servicios de salud. Para garantizar la integralidad, continuidad y calidad de la atención, la regulación establece que las EPS deben organizar redes de prestadores que respondan a las necesidades de su población afiliada, considerando la oferta de servicios habilitados, los procesos de atención, la oportunidad, los mecanismos de comunicación y los sistemas de referencia y contrarreferencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), por su parte, se relacionan directamente con la prestación efectiva de los servicios. La Ley 100 de 1993 establece que estas instituciones prestan servicios en los diferentes niveles de atención y deben desarrollar su actividad bajo principios de calidad y eficiencia. Asimismo, la normativa vigente reconoce como prestadores de servicios de salud tanto a las IPS como a los profesionales independientes de salud, lo cual resulta relevante para analizar diferentes alternativas de implementación de un servicio de atención psicológica clínica (Congreso de Colombia, 1993; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En consecuencia, la construcción del servicio propuesto en este proyecto no implica necesariamente la creación de una nueva IPS. Una posibilidad de implementación consiste en que el servicio sea desarrollado por un profesional independiente que cumpla las condiciones aplicables para la prestación de servicios de salud o que, en una fase posterior, se constituya una institución prestadora, de acuerdo con la figura jurídica y administrativa que se determine. Otra alternativa, particularmente coherente con el enfoque sistémico y con el componente de articulación con el equipo de salud planteado en este proyecto, consiste en integrar el servicio a una red de IPS existente, mediante los mecanismos de contratación y

articulación correspondientes. El Decreto 780 de 2016 contempla la organización de redes de prestadores por parte de las entidades responsables del aseguramiento y establece elementos relacionados con la integralidad, continuidad, calidad, referencia y contrarreferencia de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Esta posibilidad resulta especialmente pertinente para la propuesta, dado que uno de sus componentes centrales es la articulación continua con el equipo de salud. Desde una perspectiva sistémica, la atención psicológica no se concibe como una intervención aislada del contexto sanitario, sino como un servicio que puede establecer relaciones de colaboración con los diferentes actores involucrados en la trayectoria de la enfermedad crónica. De esta manera, la integración con una red de IPS permitiría favorecer la comunicación entre los profesionales, la continuidad del acompañamiento y la comprensión de las necesidades del paciente y su sistema familiar dentro del contexto de atención.

No obstante, cuando un servicio de atención psicológica se oferta como servicio de salud, su prestación está sujeta a las condiciones de inscripción y habilitación establecidas por la normativa colombiana. La Resolución 3100 de 2019 define los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios de salud, y establece que la habilitación constituye la autorización para ofertar y prestar servicios de salud en el marco del SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La inscripción y habilitación se relacionan con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). El Ministerio de Salud y Protección Social establece expresamente que, hasta tanto el prestador realice el procedimiento de inscripción correspondiente y cumpla las condiciones establecidas, no se considera habilitado para ofertar ni prestar servicios de salud. Por tanto, la eventual implementación formal del servicio

deberá considerar la modalidad de prestación seleccionada, el tipo de prestador, los servicios que se pretendan ofertar y las condiciones de habilitación que resulten aplicables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La habilitación se articula, además, con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS). Este sistema establece disposiciones aplicables tanto a los prestadores como a las entidades responsables del aseguramiento y comprende mecanismos orientados a garantizar condiciones mínimas de calidad en la atención. Dentro de sus componentes se encuentra el Sistema Único de Habilitación, que establece los requisitos mínimos que deben cumplirse para la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En este contexto, la construcción del servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico propuesta en este proyecto debe comprenderse como una propuesta de servicio susceptible de articulación con el sistema de salud, cuya implementación requerirá definir posteriormente la modalidad de prestación y cumplir las condiciones jurídicas, administrativas y de habilitación que correspondan. Esta precisión permite diferenciar el producto de emprendimiento —la construcción de un servicio psicológico clínico— de la decisión posterior sobre la figura institucional mediante la cual dicho servicio podría operar. Así, el servicio podría desarrollarse de manera independiente, constituirse posteriormente como una oferta institucional habilitada o integrarse a una red de IPS existente, manteniendo como elemento central la articulación con otros profesionales y servicios de salud.

Desde esta perspectiva, la relación entre EPS, IPS, profesionales de salud y usuarios adquiere especial relevancia para la propuesta, pues permite situar el servicio psicológico dentro de una comprensión sistémica de la atención. La articulación con una red de

prestadores puede favorecer que el acompañamiento psicológico al paciente, al cuidador y al sistema familiar no opere de manera fragmentada, sino como parte de una respuesta coordinada frente a la trayectoria de la enfermedad crónica. De este modo, la dimensión institucional y normativa no constituye un elemento externo al servicio, sino un componente del contexto relacional en el que su eventual implementación tendría lugar.

Para ello, el marco se organizará en torno a cuatro núcleos conceptuales: el servicio de atención psicológica, el sufrimiento psicosocial en la enfermedad crónica, el ciclo vital de la vejez y los modelos de atención integral. Estos núcleos se complementarán con la revisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la relación entre EPS e IPS y el marco normativo y legal que regula la prestación de servicios de salud en Colombia.

Servicio de atención psicológica

El servicio de atención psicológica hace referencia a un conjunto organizado de acciones orientadas a promover la salud mental, prevenir problemáticas, brindar orientación, intervenir en crisis y facilitar procesos de apoyo emocional, tanto a nivel individual como grupal, en distintos escenarios como el educativo, comunitario u organizacional. Oblitas (2006) definió este tipo de servicio como una estructura funcional y profesional destinada a responder a las necesidades de salud mental desde un enfoque ético, científico y contextualizado. Su amplitud permite la inclusión de diversos enfoques y niveles de intervención, sin limitarse necesariamente al campo clínico.

En Colombia, los servicios de acompañamiento psicológico fueron reconocidos como parte esencial del sistema de salud tras la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) en 2016, que promovió una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad. Sin embargo, su aplicación resultó limitada y fragmentada, con desigualdades

territoriales que obstaculizaron una intervención sostenida, especialmente en casos de cronicidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). Esta situación se expresó en la tendencia del acompañamiento psicológico a reducirse a intervenciones breves y reactivas frente al síntoma, más que a procesos terapéuticos continuos e integrales. Pocos años después, se advirtió que estas limitaciones respondieron tanto a la estructura organizativa del sistema como a la persistencia del paradigma biomédico, que subordinó el sufrimiento psíquico al diagnóstico físico, tratando la atención psicológica como un recurso accesorio antes que como un componente estructurante del cuidado integral (Hernández y Sánchez, 2020).

En este contexto emergieron iniciativas comunitarias orientadas a ampliar el acceso a servicios psicosociales. Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) incluyeron componentes de intervención psicosocial comunitaria, aunque su implementación enfrentó desafíos como la falta de formación específica del personal, la débil articulación intersectorial y la escasa inclusión del enfoque sistémico en los lineamientos técnicos (Martínez y Castro, 2021). Frente a estas limitaciones, Álvarez y Gómez (2022) propusieron en este sentido una reconceptualización ética y humanizante del acompañamiento psicológico en salud, que supere la lógica del control del síntoma y apueste por la construcción de sentido, concibiendo el acompañamiento no como una intervención técnica sino como un acto de reconocimiento del otro como sujeto que sufre y narra.

Dentro de este marco, resulta necesario distinguir tres niveles conceptuales: 1) el servicio de atención psicológica general; 2) el servicio de atención psicológica clínica, 3) y el servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico. El servicio de atención psicológica general se orienta a la promoción, prevención e intervención en distintos contextos. El servicio de atención psicológica clínica centra su foco en el diagnóstico,

tratamiento y seguimiento de problemáticas emocionales, empleando modelos de intervención validados y protocolos estandarizados dentro del sistema de salud (Batalden et al., 2016). El servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico, en cambio, comprende el sufrimiento psicosocial no de manera aislada sino como producto de dinámicas relacionales, narrativas compartidas, ciclos vitales y contextos culturales. Este enfoque convoca no solo al individuo sino a su red vincular significativa, especialmente la familia, como parte activa del proceso terapéutico (Rolland, 2000; Sluzki, 1993).

Aquí está la versión integrada, con las ideas fundidas en un argumento continuo en lugar de tres bloques separados por autor:

Desde esta perspectiva, los servicios psicológicos requieren adoptar un enfoque resiliente y sistémico que contemple las dinámicas familiares, los recursos comunitarios y los valores culturales, integrando lo clínico con lo social, e insertarse activamente dentro del sistema de salud mediante equipos interdisciplinarios capaces de abordar tanto el impacto emocional como las implicaciones relacionales de la enfermedad (McDaniel et al., 2018; Walsh, 2016). Esta articulación profesional resulta además fundamental para fortalecer el sentido de coherencia familiar, entendido como un recurso central para afrontar las tensiones derivadas de la cronicidad (Antonovsky y Sourani, 1988).

En conjunto, estos planteamientos consolidan la idea de que el servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico no se limita a una técnica o modelo terapéutico, sino que implica una configuración ética, epistemológica e institucional orientada a responder a las necesidades reales de las personas y sus redes de apoyo.

Sufrimiento psicosocial en la enfermedad crónica

El sufrimiento asociado a las enfermedades crónicas se configura, según Frank (2013), como una experiencia prolongada, multidimensional y con fuerte impacto en la

calidad de vida, en la medida en que vivir con una enfermedad crónica no solo transforma el cuerpo sino también la narrativa personal del sujeto, produciendo una ruptura biográfica en la que se reconfiguran los significados de identidad, tiempo y agencia. Desde esta perspectiva, el sufrimiento no reside únicamente en el dolor físico o la discapacidad funcional, sino en la interrupción del proyecto vital y en la incertidumbre constante que la enfermedad genera, lo que demanda una atención psicológica orientada no solo a la contención emocional sino al acompañamiento de procesos de reconstrucción de sentido.

Cassell (1982) estableció una distinción fundamental entre dolor y sufrimiento, definiendo este último como una experiencia que amenaza la integridad de la persona en sus dimensiones física, emocional, social y espiritual. No se trata únicamente de la presencia de síntomas, sino de la manera en que estos afectan el sentido de sí mismo, la autonomía y el significado vital. En esta línea, García y Cruz (2017) señalaron que el sufrimiento psicosocial en contextos de enfermedad tiende a ser minimizado tanto por el entorno médico como por la red familiar, lo que refuerza sentimientos de invalidez emocional. Este sufrimiento invisibilizado tiende a cronificarse en ausencia de espacios donde pueda ser nombrado, legitimado y elaborado, subrayando la necesidad de dispositivos de acompañamiento psicológico sostenido.

Desde una perspectiva relacional, el sufrimiento constituye una vivencia simbólica anclada en experiencias de pérdida, incertidumbre y vulnerabilidad que se inscribe en relaciones, cuerpos y memorias (Hernández, 2018). En este mismo sentido, Cyrulnik (2013, 2019) aportó que el sufrimiento se intensifica cuando el sujeto no logra narrar ni resignificar la experiencia adversa, y que el entorno afectivo y cultural en el que se inscribe influye directamente en la posibilidad de transformación. Las personas que cuentan con vínculos seguros y experiencias previas de reparación emocional tienden a desarrollar mayor

capacidad de simbolizar lo doloroso, lo que resulta clave en el abordaje sistémico de la cronicidad, donde el sufrimiento es comprendido como una vivencia compartida que afecta a todos los miembros del sistema familiar.

Así mismo, en contextos de inequidad social y exclusión sanitaria, como el de numerosos pacientes crónicos en Colombia, el sufrimiento no puede abordarse sin considerar sus determinantes sociales. La invisibilización del malestar emocional dentro del sistema de salud no sólo priva al paciente de atención integral, sino que refuerza su exclusión simbólica (Hernández, 2020). A esto se suma el aporte de Borrás y Pastor (2015) que complementan esta perspectiva con el concepto de sufrimiento existencial prolongado para describir vivencias que, sin cumplir criterios diagnósticos de trastorno mental, generan un desgaste emocional profundo expresado como cansancio vital, pérdida de sentido y aislamiento afectivo, especialmente en personas mayores con condiciones crónicas.

Ciclo vital de la adultez tardía

El ciclo vital de la adultez tardía, comprendido aproximadamente entre los 60 y 75 años, constituye una etapa diversa, dinámica y socialmente construida que no puede reducirse a un simple proceso de deterioro biológico. Fernández-Ballesteros (2011) propuso un modelo integrador que articula dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, reconociendo que el envejecimiento temprano es una experiencia heterogénea modulada por los contextos de vida, las trayectorias socioeconómicas, el género y el acceso a redes de apoyo. Esta etapa incluye potencialidades adaptativas y formas activas de participación, aunque también puede estar marcada por procesos de exclusión, fragilidad y dependencia cuando esos recursos no están disponibles.

Sin embargo, los marcos normativos, institucionales y clínicos han tendido a reproducir una visión reduccionista del envejecimiento, centrada en la funcionalidad física y

la cronificación de enfermedades, dejando por fuera los aspectos emocionales, espirituales y relacionales que atraviesan esta etapa. Esta omisión resulta especialmente crítica en personas con enfermedades crónicas en la adultez tardía, quienes frecuentemente experimentan una medicalización de sus relatos subjetivos que excluye dimensiones esenciales del cuidado integral como la escucha, el acompañamiento psicológico y la dignificación del sufrimiento.

Desde una perspectiva relacional y sistémica, la adultez tardía no puede entenderse como un fenómeno exclusivamente individual sino como una experiencia configurada en red. Moreno Manso y García-Baamonde (2020) sostuvieron que en esta etapa se resignifican los vínculos familiares, las narrativas de vida y los roles sociales, generando tanto oportunidades de reparación como conflictos no resueltos. El sistema familiar cumple un papel clave en la manera como la persona mayor transita esta etapa, actuando como sostén o, en ocasiones, como agente de marginación. Incluir la adultez tardía en el ciclo vital implica por tanto integrar su dimensión intersubjetiva y contextual, reconociendo al sujeto no como dependiente sino como miembro activo de un sistema relacional que también envejece y se transforma con él.

Adicionalmente, Papalia y Martorell (2012) destacaron que esta etapa está marcada por una reflexión profunda sobre el sentido de vida, en la cual la narrativa personal adquiere especial valor como mecanismo de integración de experiencias. Según estas autoras, en términos del modelo psicosocial de Erikson, la resolución positiva de esta fase se alcanza cuando el adulto logra un sentido de integridad, aceptando su historia vital con satisfacción y serenidad. No solo el estado de salud física sino también la calidad de las relaciones familiares, el acceso a redes de apoyo y el mantenimiento de actividades significativas determinan el grado de bienestar en esta etapa, que no debe concebirse como un tiempo de

declive inevitable sino como una fase con potencial para el crecimiento emocional, el aprendizaje y la conexión espiritual (Papalia y Martorell, 2012).

Por su parte, González (2021) advirtió que el adultocentrismo predominante en las sociedades contemporáneas genera un riesgo profundo de exclusión simbólica de las personas mayores, quienes al sentirse invisibilizadas pueden experimentar pérdida de sentido vital. La autora propuso una transformación cultural que revalorizara esta etapa como un tiempo de sabiduría y construcción narrativa, y enfatizó la dimensión ética del cuidado: envejecer con dignidad implica ser tratado como sujeto de derechos y no como objeto de asistencia pasiva, considerando la historia de vida, los deseos, la autonomía y la espiritualidad de la persona. Este enfoque humanista del envejecimiento se distancia del paradigma biomédico centrado exclusivamente en el cuerpo enfermo y orienta el diseño del servicio propuesto hacia una comprensión integral del paciente que va más allá del diagnóstico.

Atención integral en salud y cronicidad

La atención integral en salud constituye un principio orientador de los sistemas de salud contemporáneos, especialmente en el abordaje de enfermedades crónicas y condiciones de salud complejas. Este enfoque busca responder a las múltiples dimensiones que afectan el bienestar de las personas, biológicas, psicológicas, sociales y culturales, mediante intervenciones coordinadas, continuas y centradas en el sujeto, articulando saberes interdisciplinarios e incluyendo las voces de los usuarios, las familias y las comunidades en el proceso de cuidado (OPS, 2010).

La psicología sistémica ofrece herramientas teórico-prácticas pertinentes para responder a estos principios, al reconocer que el sufrimiento psicosocial no ocurre en el vacío, sino que está entrelazado en las tramas familiares, sociales y simbólicas de la persona. Rolland (2000) señaló que los modelos sistémicos aplicados a la enfermedad permiten acompañar a

los consultantes y sus familias en los diferentes momentos del ciclo vital y del curso de la enfermedad, contemplando los momentos críticos de la enfermedad, su impacto en los sistemas de apoyo y la necesidad de intervenciones orientadas a promover la dignidad, el sentido y la calidad de vida. Walsh (2016) complementó esta perspectiva al plantear que la resiliencia familiar constituye un recurso clave para afrontar situaciones críticas de salud, y que su desarrollo puede ser facilitado desde una mirada terapéutica relacional e integral.

A pesar de los avances normativos en Colombia, la remisión sistemática de pacientes con enfermedades crónicas a servicios de atención psicológica continúa siendo limitada y discontinua (González et al., 2016). El Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) reconoció la importancia de integrar la salud mental en todos los niveles de atención, pero su aplicación resultó parcial y dependió de las capacidades técnicas, presupuestales y operativas de cada territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

Experiencias internacionales como el Manual ICOPE de la Organización Mundial de la Salud (2020), aplicado en Cundinamarca con resultados positivos en atención primaria centrada en adultos mayores, o las redes de voluntariado comunitario activadas durante la pandemia por COVID-19 en municipios rurales colombianos, evidencian que los modelos de atención más efectivos son aquellos que articulan lo clínico con lo social y comunitario, trascendiendo el abordaje exclusivamente biomédico.

Este escenario plantea el desafío de transformar los servicios de salud hacia modelos integrados que contemplen la salud física junto con las dimensiones emocionales, familiares y comunitarias del cuidado, bajo el enfoque de envejecimiento saludable y atención centrada en la persona.

Sistema normativo y legal

El diseño e implementación de un servicio de atención psicológica en Colombia requiere una comprensión del marco legal que regula la prestación de servicios en salud y salud mental, el cual establece las condiciones éticas, técnicas y jurídicas que garantizan la calidad y legalidad del ejercicio profesional. La atención a personas con enfermedades crónicas implica articular normativas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el enfoque integral del cuidado y la garantía de la atención psicológica como parte esencial de la salud mental.

El sistema de salud colombiano se fundamenta en la Ley 100 de 1993, que organizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Congreso de Colombia, 1993), y fue reformada por la Ley 1438 de 2011, que promovió el enfoque de Atención Primaria en Salud centrado en el usuario (Congreso de Colombia, 2011). Desde una perspectiva de derechos, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoció la salud como derecho fundamental autónomo, estableciendo la obligación del Estado de garantizar el acceso efectivo, continuo, integral y sin discriminación a los servicios de salud (Congreso de Colombia, 2015).

En materia de salud mental, la Ley 1616 de 2013 estableció el marco normativo que promueve la atención integral, la prevención y la intervención interdisciplinaria incorporando el componente comunitario del sufrimiento psíquico (Congreso de Colombia, 2013), reglamentada posteriormente por el Decreto 628 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a). La Ley 2460 de 2025 transformó el modelo de atención en salud mental al adoptar un enfoque biopsicosocial obligatorio, promoviendo la atención sin necesidad de remisión médica, la creación de redes comunitarias y la priorización de poblaciones vulnerables (Congreso de Colombia, 2025). Para operar legalmente, todo prestador debe

cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019, actualizada por las Resoluciones 544 de 2023 y 465 de 2025, que regulan infraestructura, procesos de atención, recursos humanos y calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019a). La Resolución 276 de 2019 complementa este marco estableciendo la clasificación de los servicios de salud y sus estándares técnicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019b).

El componente psicológico del servicio está regulado por la Ley 1090 de 2006, que establece el Código Deontológico y Bioético de la Psicología, definiendo principios como la dignidad humana, la confidencialidad y la responsabilidad social, y exigiendo el registro en el RETHUS para el ejercicio legal (Congreso de Colombia, 2006). La formación profesional en psicología se rige por la Ley 30 de 1992, la Ley 1188 de 2008 y el Decreto 1330 de 2019, que establecen condiciones de calidad para programas académicos, y por la Ley 1164 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, que exigen la inscripción en el RETHUS como requisito para ejercer dentro del sistema de salud (Congreso de Colombia, 1992, 2007, 2011; Ministerio de Educación Nacional, 2008, 2019). Finalmente, el Decreto 780 de 2016 y documentos técnicos como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) proporcionan lineamientos para una atención articulada, diferencial y centrada en la persona (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

Metodología

Párrafo contextualizador

La construcción del servicio de acompañamiento psicológico con enfoque sistémico se desarrolló como un proceso de comprensión, cocreación y modelización, articulando el Diseño Centrado en el Usuario (DCU), los principios de la investigación narrativa y el

Modelo Canvas. El DCU permitió situar en el centro del proceso a las personas mayores con enfermedades crónicas, sus cuidadores y los profesionales de salud, reconociendo sus necesidades, experiencias, expectativas y condiciones contextuales como referentes fundamentales para la construcción del servicio. A su vez, la perspectiva narrativa posibilitó comprender los significados contruidos alrededor de la enfermedad crónica, la vejez, las relaciones familiares, el cuidado y la necesidad de acompañamiento psicológico, reconociendo que estas experiencias se configuran en tramas relacionales y contextuales.

Sobre esta base, el Modelo Canvas permitió organizar, integrar y proyectar los hallazgos en una estructura concreta de servicio, definiendo su propuesta de valor, usuarios, canales, relaciones, actividades, recursos, aliados y condiciones de sostenibilidad. Así, el Canvas no fue utilizado únicamente como una herramienta de emprendimiento, sino como un recurso de modelización del servicio, que permitió pasar de las narrativas y necesidades identificadas a una propuesta organizada, viable y susceptible de articulación con el sistema de salud. En este sentido, la construcción del servicio no consistió en diseñar una respuesta previamente determinada, sino en modelizar una alternativa de acompañamiento psicológico que emergiera de la interacción entre las voces de los usuarios, sus familias y los profesionales, manteniendo una comprensión sistémica, relacional, contextual y recursiva de la experiencia de enfermedad crónica. El resultado fue, por tanto, una propuesta de servicio contruida desde y con los actores involucrados, en la que el conocimiento producido durante el proceso se transformó en componentes concretos para una atención psicológica individual, familiar y articulada con el equipo de salud.

Método y diseño

Este trabajo de grado se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, utilizando como metodología principal el Diseño Centrado en el Usuario (DCU), complementado con principios de la investigación narrativa. Esta combinación metodológica permitió articular las voces, experiencias y significados construidos por las personas mayores con enfermedades crónicas, sus familias y los profesionales de salud en torno al sufrimiento emocional y la necesidad de acompañamiento psicológico.

El Diseño Centrado en el Usuario fue comprendido como una metodología orientada a la creación de servicios o productos a partir de una comprensión profunda de las personas a quienes estuvieron dirigidos. Norman y Draper (1986) señalaron que el DCU partió del principio de que los usuarios debieron ser incluidos desde el inicio en el proceso de diseño, explorando sus necesidades, motivaciones, contextos y prácticas reales. Este enfoque resultó especialmente pertinente en el ámbito de la salud mental en la vejez, ya que privilegió la escucha activa, la empatía y la cocreación de soluciones significativas.

Para enriquecer la comprensión del sufrimiento y de la vivencia de enfermedad crónica en la vejez, el estudio se apoyó también en principios de la investigación narrativa. Clandinin y Connelly (2000) plantearon que la narrativa constituyó tanto un fenómeno a estudiar como un método para llevar a cabo la investigación, siendo un modo privilegiado para comprender cómo las personas dieron sentido a su experiencia. Desde esta perspectiva, la narrativa permitió recoger, interpretar y valorar los relatos de vida y las experiencias subjetivas de los participantes.

Instrumentos

Las técnicas de recolección de información incluyeron entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Las entrevistas semiestructuradas constituyeron un espacio de conversación guiada orientado a explorar los significados atribuidos por los participantes a sus experiencias (Kvale, 2011). Los grupos focales facilitaron la construcción colectiva de significados a partir de la interacción entre los participantes en torno a un tema común (Krueger & Casey, 2015). Estas técnicas fueron aplicadas a personas mayores con enfermedades crónicas, cuidadores y personal de salud. Su implementación permitió construir un corpus narrativo que, más allá de la descripción individual, reflejó dinámicas familiares, vínculos relacionales y barreras presentes en el sistema de salud.

Asimismo, como parte del enfoque participativo del DCU, se empleó la técnica de lluvia de ideas (brainstorming) en talleres de cocreación. Esta técnica facilitó la generación colectiva de propuestas, permitiendo a los participantes expresar libremente ideas, necesidades y posibles soluciones relacionadas con el servicio psicológico. Fue aplicada a personas mayores con enfermedades crónicas, psicólogos, médicos tratantes y cuidadores, promoviendo un espacio horizontal y creativo en el que todos los aportes fueron valorados. La lluvia de ideas permitió identificar patrones comunes, expectativas y elementos clave que debieron estar presentes en el diseño del servicio, a partir de la vivencia directa de los actores implicados (Brown, 2009). Todas las narrativas de los participantes fueron volcadas en una matriz de transcripción para su posterior análisis categorial.

Para la fase de análisis y estructuración del servicio, se utilizó el modelo Canvas (Osterwalder & Pigneur, 2010), herramienta visual que permitió representar de forma clara y estratégica los componentes esenciales de un modelo de negocio: segmentos de usuarios,

propuesta de valor, canales, relaciones, recursos, actividades, aliados, estructura de costos y fuentes de ingreso. Esta herramienta fue adaptada a la construcción de un servicio de atención psicológica con enfoque sistémico, permitiendo traducir los hallazgos narrativos en elementos operativos concretos que pudieran implementarse de forma viable dentro del sistema de salud colombiano.

Participantes

Participaron un total de ocho personas organizadas en dos grupos: dos pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y sus respectivas cuidadoras principales, y cuatro profesionales de salud del equipo de atención domiciliaria, conformado por un médico internista, un médico paliativista, una auxiliar de enfermería y una enfermera jefe. Los participantes fueron seleccionados de manera intencional con base en criterios de pertinencia para el diseño del servicio propuesto, y contactados a través de Hospice Presentes, entidad que brinda atención a pacientes crónicos en convenio con Seguros Bolívar, en el marco de su programa de atención domiciliaria en la ciudad de Bogotá, Colombia. Todos los encuentros fueron presenciales y registrados en audio con el consentimiento de los participantes (ver Anexo A y B).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (a) personas mayores de 60 años con diagnóstico de una o más enfermedades crónicas de curso prolongado, como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfermedades autoinmunes, con capacidad para participar voluntariamente; (b) médicos y personal de salud con al menos seis meses de experiencia en la atención de personas mayores con enfermedades crónicas; y (c) disposición para participar en entrevistas, grupos focales o talleres de cocreación. Se excluyeron del estudio: (a) personas mayores con deterioro cognitivo moderado o severo diagnosticado que impidiera la comprensión o participación

activa; (b) personas en situación de crisis emocional aguda al momento de los encuentros; y (c) participantes que no otorgaran su consentimiento informado por escrito.

Escenarios

El diseño metodológico inicial contempló el desarrollo de cinco escenarios de cocreación, proyectados para favorecer la participación de adultos mayores con enfermedades crónicas, sus cuidadoras y profesionales de salud en las diferentes fases de construcción y modelización del servicio de acompañamiento psicológico con enfoque sistémico. No obstante, al aproximarse a la población y dar inicio al trabajo de campo, emergieron condiciones contextuales que no habían sido anticipadas suficientemente en la planificación inicial. Las limitaciones de movilidad asociadas a la edad y a las condiciones clínicas de los participantes, así como las barreras relacionadas con el desplazamiento, hicieron necesario revisar la estructura inicialmente prevista. En consecuencia, aunque se partió de cinco escenarios metodológicamente proyectados, las condiciones reales de participación condujeron a un ajuste del diseño que permitió desarrollar finalmente cuatro escenarios, preservando los propósitos y componentes fundamentales del proceso.

Este ajuste implicó reorganizar las estrategias de acercamiento y participación de acuerdo con las posibilidades reales de los actores involucrados. En este sentido, se optó por realizar visitas domiciliarias a los pacientes y sus cuidadoras, en las cuales se desarrollaron las entrevistas semiestructuradas, mientras que con el equipo de salud se realizaron sesiones de trabajo mediante lluvia de ideas y Modelo Canvas en las instalaciones de Hospice Presentes. Esta reorganización permitió mantener la participación de los diferentes actores y, al mismo tiempo, situar el proceso de construcción del servicio en los contextos concretos donde se desarrolla la experiencia de enfermedad crónica, cuidado y atención en salud. En

todos los encuentros se realizó previamente la lectura, explicación y firma del consentimiento informado.

El paso de cinco escenarios inicialmente proyectados a cuatro escenarios efectivamente desarrollados constituyó, por tanto, un neodiseño metodológico emergente, derivado de la interacción con las condiciones reales de los participantes y no de una modificación de los objetivos del proyecto. Esta adaptación fortaleció la pertinencia contextual del proceso y fue coherente con el enfoque cualitativo, el Diseño Centrado en el Usuario y la perspectiva sistémica, al reconocer que la metodología no podía permanecer rígida frente a las condiciones del contexto. Por el contrario, el neodiseño permitió ajustar las estrategias de participación, favorecer la accesibilidad de los actores y mantener la coherencia entre las necesidades identificadas, las narrativas construidas y la modelización del servicio mediante el Modelo Canvas. De esta manera, el proceso metodológico se configuró recursivamente a partir del encuentro entre lo inicialmente proyectado y lo que emergió en el contexto real de los participantes.

En todos los casos, al inicio de cada sesión se realizó la lectura y firma del consentimiento informado.

Este neodiseño no implicó una alteración de los objetivos del proyecto, sino una adaptación estratégica que fortaleció la pertinencia contextual y la coherencia con el enfoque sistémico, al situar la producción de conocimiento en los escenarios reales donde se configura la experiencia de enfermedad y sufrimiento psicosocial.

Neodiseños para la construcción del servicio

Tabla 1 *Escenario 1. Huellas del cuidado en la cronicidad.* Elaboración propia.

Escenario 1. Huellas del cuidado en la cronicidad

Objetivo de la investigación	Identificar las necesidades emocionales, familiares, psicosociales de las personas con enfermedades crónicas desde una perspectiva sistémica.
Objetivo del escenario	Explorar e identificar las necesidades emocionales, familiares y psicosociales de los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud, a partir de sus vivencias, percepciones y expectativas sobre el cuidado, con el fin de generar una comprensión sistémica de su experiencia.
Participantes	Adulto mayor con enfermedades crónicas Cuidador principal
Escena 1 (15 minutos)	Encuadre inicial
Objetivos	Presentar el encuadre inicial e introducir el propósito del ejercicio para orientar a los participantes. Presentar el propósito del acompañamiento, los límites éticos y la dinámica de la entrevista.
Focos	Socializar los propósitos del proceso. Encuadrar la entrevista y firmar los documentos requeridos.
Preguntas orientadoras	¿Por qué creen que es importante comenzar este encuentro aclarando el propósito y la forma en que vamos a trabajar?

	¿De qué manera una introducción les puede ayudar a sentirse más cómodos y preparados para participar? ¿Qué valor le encuentran a saber desde el inicio qué temas vamos a tratar y cómo vamos a organizarnos?
Escena 2 (30 minutos)	La voz del paciente y la voz del cuidador: sentidos y experiencias del acompañar
Objetivos	Explorar cómo han vivido los participantes el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica. Reconocer los significados y experiencias que cada uno atribuye a este proceso en su vida cotidiana. Comprender la experiencia del cuidado, las emociones implicadas y los significados atribuidos por el cuidador a su rol dentro del sistema familiar.
Focos	Sufrimiento psicosocial en enfermedades crónicas. Atención psicosocial de las enfermedades crónicas.
Preguntas orientadoras	¿Qué ha significado para ustedes abrir este espacio de conversación en casa? ¿Qué esperan de este acompañamiento psicológico? ¿Cómo describirían lo que ha sido vivir con esta enfermedad y acompañarla día a día? ¿Cómo ha sido tu proceso desde que recibiste el diagnóstico?

	¿Qué ha cambiado en tu vida cotidiana desde entonces? ¿Qué emociones han estado presentes en este camino? ¿Quiénes han estado cerca de ti en este proceso? ¿Cómo ha sido la relación con tu cuidador o con quienes te apoyan? ¿Qué desafíos enfrentan quienes te cuidan?
Estrategia	Entrevista semiestructurada
Escena 3 (30 minutos)	La experiencia con el sistema de salud
Objetivos	Indagar las experiencias de los participantes frente a la atención en salud recibida durante el proceso de su enfermedad crónica. Reconocer las percepciones sobre las fortalezas, limitaciones y necesidades en la atención en salud desde la perspectiva de los participantes.
Focos	Atención psicosocial de las enfermedades crónicas.
Preguntas orientadoras	¿Cómo ha sido su experiencia con la atención en el centro de salud? ¿Qué tipo de atención has recibido hasta ahora? ¿Qué aspectos de esa atención considera que han sido más útiles o significativos en su proceso de vida? ¿Qué dificultades o vacíos han encontrado en la atención psicosocial y qué cree que sería importante mejorar?

	¿Has sentido que tus necesidades emocionales han sido escuchadas? ¿Qué momentos o situaciones te han hecho sentir acompañado/a o desatendido/a? ¿Has recibido atención psicológica antes? ¿Cómo fue? ¿Qué te gustaría que ofreciera un servicio psicológico pensado para personas con enfermedades crónicas? ¿Qué tipo de espacios, profesionales o formas de acompañamiento te parecen más útiles?
Estrategia	Entrevista semiestructurada

Tabla 2 *Escenario 2. Tejiendo el servicio.* Elaboración propia.

Escenario 2. Tejiendo el servicio	
Objetivo de la investigación	Diseñar un servicio de intervención clínica que integre disciplinas afines y orientadas al acompañamiento del sufrimiento humano.
Objetivo del escenario	Cocrear con el personal de salud propuestas sobre el funcionamiento ideal del servicio de atención psicológica, mediante lluvia de ideas guiada por el modelo Canvas, con el fin de diseñar un servicio interdisciplinar orientado al

	acompañamiento del sufrimiento y articulado con otros servicios de salud.
Participantes	Profesionales de salud a cargo de la atención de pacientes crónicos.
Escena 1 (30 minutos)	Encuadre y cocreación con modelo Canvas
Objetivos	Realizar el encuadre inicial de la sesión, garantizando la comprensión y aceptación del consentimiento informado. Presentar y explicar el modelo Canvas como herramienta de cocreación. Guiar una sesión de lluvia de ideas basada en el modelo Canvas para recoger aportes y construir conjuntamente el ideal de servicio de atención psicológica.
Focos	Atención psicosocial de las enfermedades crónicas.
Preguntas orientadoras	Desde su experiencia en el cuidado a pacientes crónicos, ¿qué aspectos consideran indispensables en un servicio de atención psicológica? ¿Cuáles son las principales necesidades emocionales y psicosociales que han observado en los pacientes crónicos? ¿Qué condiciones o recursos creen que no pueden faltar para que el servicio funcione de manera integral y efectiva? ¿Qué barreras podrían abordarse desde lo psicológico?

	¿Qué características de funcionamiento harían que este servicio se integrara mejor con la atención en salud que ya reciben? ¿Qué rol tendría cada profesional en este servicio? ¿Qué espacios o formatos serían más adecuados: individual, grupal o familiar?
Estrategias	Lluvia de ideas Modelo Canvas
Escena 2 (30 minutos)	Priorización de elementos del servicio
Objetivos	Clasificar y organizar las ideas surgidas en la cocreación con el modelo Canvas. Priorizar, en conjunto con los participantes, los elementos esenciales para el diseño del servicio.
Focos	Servicio de atención psicológica.
Preguntas orientadoras	¿De todas las ideas compartidas, cuáles representan lo más importante para un servicio que responda realmente a las necesidades? ¿Qué aspectos consideran fundamentales que no deberían faltar en el diseño? ¿Cuál sería la propuesta de valor? ¿Qué recursos clave se necesitan? ¿Qué canales se usarían para llegar a los pacientes?

Estrategias	Lluvia de ideas Modelo Canvas
--------------------	---

Tabla 3 *Escenario 3. Tejiendo la forma final.* Elaboración propia.

Escenario 3. Tejiendo la forma final	
Objetivo de la investigación	Favorecer la integración del servicio de atención psicológica diseñado con otros servicios de salud para contribuir al bienestar de las personas con enfermedades crónicas.
Objetivo del escenario	Consolidar el diseño estructural y operativo del servicio de atención psicológica, integrando de manera colaborativa las propuestas generadas por pacientes y personal de salud, con el fin de crear un modelo interdisciplinar orientado al acompañamiento del sufrimiento humano y articulado con otros servicios de salud.
Participantes	Profesionales de salud a cargo de la atención de pacientes crónicos.
Escena 1 (30 minutos)	Construcción de la versión final del servicio
Objetivos	Construir una versión final del servicio de psicología clínica sistémica que permita el abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas.

	Favorecer la integración del servicio coconstruido con otros servicios de salud.
Focos	Servicio de atención psicológica.
Preguntas orientadoras	¿Qué elementos del Canvas necesitan ajustes? ¿Qué riesgos éticos o clínicos se deben considerar? ¿Qué indicadores podrían usarse para evaluar el servicio? ¿Cómo se desarrollaría una primera sesión? ¿Qué tipo de derivaciones o articulaciones se requerirían? ¿Qué dificultades podrían surgir en la práctica? ¿Cómo presentar el servicio de forma clara y empática? ¿Qué aspectos deben destacarse para los pacientes?
Estrategias	Lluvia de ideas Modelo Canvas
Escena 2 (30 minutos)	Identificación y priorización de elementos clave
Objetivos	Identificar los elementos clave que surgieron en la sesión. Priorizar de manera conjunta las propuestas obtenidas para consolidar una base orientadora del diseño.
Focos	Servicio de atención psicológica.
Preguntas orientadoras	¿Qué aprendizajes o reflexiones se llevan de este espacio de coconstrucción?

	¿Cómo creen que este servicio podría aportar a mejorar la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas?
Estrategia	Grupo focal

Tabla 4 *Escenario 4. El tejido compartido: validación final.* Elaboración propia.

Escenario 4. El tejido compartido: validación final	
Objetivo de la investigación	Diseñar un servicio de psicología clínica con enfoque sistémico que ofrezca atención integral a personas con enfermedades crónicas, abordando el sufrimiento desde todas las dimensiones del ser humano: física, emocional, familiar, psicosocial y espiritual.
Objetivo del escenario	Consolidar y presentar el modelo final del servicio de psicología clínica con enfoque sistémico, integrando los aportes de los escenarios anteriores, para garantizar una atención integral que aborde el sufrimiento humano en sus dimensiones física, emocional, familiar, psicosocial y espiritual.
Participantes	Adulto mayor con enfermedades crónicas Cuidador principal
Escena 1 (50 minutos)	Socialización y validación del servicio coconstruido

Objetivos	Socializar con los pacientes los resultados obtenidos en el proceso de coconstrucción del servicio de atención psicológica, garantizando claridad y transparencia. Validar con los participantes si los resultados presentados reflejan sus aportes y expectativas, fortaleciendo el sentido de pertenencia frente al servicio diseñado.
Focos	Servicio de atención psicológica.
Preguntas orientadoras	¿Sienten que el servicio de atención psicológica que se coconstruyó refleja sus necesidades y experiencias compartidas en el proceso? ¿Te parece claro lo que ofrece este servicio? ¿Qué parte te resulta más interesante o útil? ¿Hay algo que te haya generado dudas o confusión? ¿Qué aspectos de este servicio les parecen más valiosos o significativos para ustedes y sus familiares? ¿Qué recomendaciones harían para fortalecer o complementar lo que hemos construido juntos? ¿Qué parte del servicio crees que podría mejorar?
Estrategias	Entrevista semiestructurada

En síntesis, el Escenario 1 se desarrolló mediante entrevistas semiestructuradas con los pacientes y sus cuidadoras; los Escenarios 2 y 3 combinaron sesiones de lluvia de ideas

guiadas por el modelo Canvas con el equipo de salud, incorporando un grupo focal en la fase final de consolidación; y el Escenario 4 correspondió a la validación del servicio coconstruido con los participantes iniciales.

Consideraciones éticas

El presente proyecto se desarrolló bajo los principios éticos fundamentales de la investigación-intervención en salud mental, siguiendo los lineamientos establecidos en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006) y las disposiciones del Sistema Nacional de Ética en Investigación. Todos los participantes, personas mayores, familiares y profesionales de la salud recibieron información clara y comprensible sobre los objetivos del proyecto, las actividades a realizar, el carácter voluntario de su participación y el derecho a retirarse en el momento que lo estimaran conveniente, sin consecuencias negativas. Se entregó un formato de consentimiento informado adaptado al contexto sociocultural de los participantes, en coherencia con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Ver Anexo A y B).

La información recolectada fue tratada con estricta confidencialidad, conforme al Código de Ética de la American Psychological Association (2017). Se utilizaron seudónimos para proteger la identidad de los participantes y los datos fueron almacenados en medios seguros con acceso restringido, destinados exclusivamente a fines académicos y profesionales. En concordancia con los principios bioéticos de Beauchamp y Childress (2013), se procuró minimizar cualquier malestar emocional derivado de la participación, implementando protocolos de contención emocional durante las entrevistas y encuentros grupales, y contemplando la remisión a servicios clínicos especializados ante situaciones de riesgo psicológico o vulnerabilidad significativa.

Se respetaron en todo momento las decisiones, los tiempos y las particularidades culturales de cada participante, sin manipular respuestas ni imponer interpretaciones sobre las experiencias relatadas. El diseño de la intervención consideró los aspectos sociales, culturales, institucionales y familiares propios de cada participante, reconociendo sus valores, saberes y formas de afrontamiento, lo que permitió situar el proyecto en el contexto real de vida de las personas mayores con enfermedades crónicas.

Finalmente, en coherencia con el principio de beneficencia (Beauchamp & Childress, 2013), el proyecto no se orientó únicamente a comprender la experiencia de sufrimiento asociada a la cronicidad, sino también a contribuir al mejoramiento del acompañamiento psicológico en la atención integral en salud, procurando que los resultados pudieran ser socializados y aplicados en beneficio de las comunidades participantes.

Resultados

Desde una postura epistemológica construccionista, constructivista y sistémica, los hallazgos fueron comprendidos no como verdades objetivas acerca de la enfermedad, sino como construcciones narrativas emergentes de la interacción entre los participantes, sus contextos relacionales y la investigadora. En este sentido, las experiencias expresadas por las personas mayores, sus cuidadoras y los profesionales de salud fueron comprendidas como producciones de significado que permitieron aproximarse a las formas en que la enfermedad crónica, la vejez, el cuidado y la necesidad de acompañamiento psicológico adquieren sentido dentro de los sistemas familiares y de salud.

El proceso de coconstrucción contó con la participación de ocho personas, organizadas en dos grupos complementarios: dos personas mayores con enfermedades crónicas y sus respectivas cuidadoras principales, y cuatro profesionales de salud

pertenecientes a un programa de atención domiciliaria, conformado por un médico internista, un médico paliativista, una enfermera jefe y una auxiliar de enfermería. La información fue producida mediante entrevistas semiestructuradas individuales con las personas mayores y sus cuidadoras, y mediante una entrevista semiestructurada grupal con el equipo de salud. **El conjunto de estas narrativas fue transcrito, organizado y sistematizado en matrices de datos, en las cuales se realizó un proceso de lectura, agrupación y relación de los relatos con los referentes conceptuales y metodológicos del estudio.** Este procedimiento permitió identificar recurrencias, diferencias, significados compartidos y elementos emergentes, favoreciendo una lectura relacional de la información y evitando reducir los relatos a respuestas aisladas.

Las matrices de datos constituyeron, por tanto, un recurso para **hacer visible el tránsito entre la narrativa de los participantes y la construcción de los resultados.** A partir de su organización se identificaron expresiones relacionadas con las experiencias de la vejez, las transformaciones derivadas de la cronicidad, las dimensiones emocionales y relacionales de la experiencia de enfermedad, las dinámicas familiares y de cuidado, las necesidades percibidas y las expectativas frente al acompañamiento psicológico. La síntesis de estos elementos permitió reconocer cuatro núcleos temáticos emergentes: **ciclo vital de la vejez, experiencia de la cronicidad, sufrimiento psicosocial asociado a la enfermedad crónica y construcción del servicio de acompañamiento psicológico con enfoque sistémico.**

Estos núcleos no fueron considerados categorías independientes ni previamente determinadas, sino **dimensiones relacionales que se fueron configurando en el proceso de análisis y que se encuentran articuladas entre sí.** Así, las transformaciones propias de la vejez se relacionaron con las condiciones impuestas por la cronicidad; estas, a su vez,

incidieron en las experiencias emocionales, familiares y sociales de los participantes; y dichas experiencias permitieron reconocer necesidades y posibilidades de acompañamiento psicológico. De esta manera, los resultados permitieron comprender que la experiencia de enfermedad crónica no se limita a la dimensión biomédica, sino que se configura en una trama de relaciones entre persona, familia, cuidadores, profesionales y contexto de atención.

La organización de los resultados también permitió evidenciar la articulación entre el Diseño Centrado en el Usuario (DCU) y el Modelo Canvas. El DCU orientó el proceso de aproximación y comprensión de los actores involucrados, posibilitando que sus experiencias, necesidades, expectativas y propuestas constituyeran el punto de partida para la construcción del servicio. Las narrativas obtenidas mediante las entrevistas y los aportes producidos en los espacios de cocreación fueron posteriormente sintetizados y relacionados con los componentes de la propuesta. El Modelo Canvas operó como herramienta de estructuración y modelización, permitiendo traducir los hallazgos obtenidos desde los usuarios y profesionales en componentes concretos del servicio, tales como la propuesta de valor, los usuarios, las relaciones, los canales, las actividades, los recursos y los aliados requeridos para su implementación.

En este sentido, el Canvas no constituyó un procedimiento separado de los resultados obtenidos mediante el DCU, sino una herramienta de continuidad del proceso de coconstrucción. Lo expresado por los participantes permitió orientar las decisiones sobre el servicio y, a su vez, la organización de dichas decisiones en el Canvas permitió visualizar cómo las necesidades identificadas podían convertirse en una propuesta de acompañamiento psicológico con enfoque sistémico. Esta articulación hizo posible pasar de la comprensión de las experiencias narradas a la modelización de una propuesta de servicio clínico, relacional y contextualizada.

Por tanto, los resultados que se presentan a continuación no corresponden únicamente a una descripción de necesidades, sino a la reconstrucción de un proceso de coconstrucción y modelización en el que las narrativas de los participantes, su sistematización mediante matrices de datos, los procesos de cocreación y la organización mediante el Modelo Canvas se articularon para fundamentar la propuesta de Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico. La secuencia de presentación parte de las transformaciones propias del ciclo vital de la vejez, avanza hacia la experiencia de la cronicidad y las dimensiones del sufrimiento asociadas a ella, y culmina en la construcción y modelización del servicio como respuesta clínica, sistémica y relacional a los hallazgos emergentes del proceso.

A partir de la sistematización realizada en las matrices de datos, se identificaron como elementos recurrentes (síntesis concreta de lo que emergió en las matrices). Estas recurrencias se expresaron en las narrativas de los participantes, quienes señalaron (síntesis de lo expresado por pacientes, cuidadoras y/o profesionales, incorporando aquí una o dos citas textuales cuando resulte pertinente). Desde una perspectiva sistémica, estos hallazgos no fueron comprendidos como situaciones exclusivamente individuales, sino como fenómenos que adquieren significado en la interacción entre la persona, su familia, los cuidadores, el equipo de salud y el contexto en el que transcurre la enfermedad. En este sentido, (explicar qué revela el hallazgo sobre las relaciones, los patrones de interacción, las transformaciones familiares, los recursos o las condiciones contextuales), permitiendo comprender cómo [conclusión interpretativa específica del núcleo).

Estos hallazgos se constituyeron en referentes para la construcción y modelización del servicio, estableciendo una trazabilidad entre hallazgo, necesidad identificada, decisión de construcción y componente del Modelo Canvas. Así, de esta manera como hallazgo principal se permitió reconocer la necesidad de (necesidad concreta del usuario o sistema],

lo que orientó la decisión de [decisión tomada para configurar el servicio). Esta decisión se tradujo en el Modelo Canvas mediante (componente específico: propuesta de valor, segmento de usuarios, canales, relaciones, actividades clave, recursos clave, aliados, etc.). De esta manera, el resultado no se limitó a identificar una necesidad, sino que permitió transformar el conocimiento construido con los participantes en un elemento concreto de la propuesta, mostrando cómo la comprensión centrada en el usuario se articuló con el Canvas para modelizar un servicio de acompañamiento psicológico con enfoque sistémico, contextualizado y pertinente a las condiciones reales de sus usuarios.

Ciclo vital de la vejez

La vejez, en el contexto de la enfermedad crónica, se configura como una etapa del ciclo vital caracterizada por transformaciones corporales, relacionales e identitarias que desafían las formas previamente construidas de comprenderse a sí mismo, relacionarse con otros y participar en la vida familiar. En las narrativas de los participantes emerge con fuerza la experiencia del cambio asociada a procesos de pérdida y reorganización. Al referirse a su esposo, una de las cuidadoras expresa que verlo atravesar la enfermedad le afecta profundamente porque "no es el mismo de antes" (C2, Turno 92), relato que evidencia cómo la enfermedad y el envejecimiento modifican la identidad previamente conocida por la familia y demandan procesos permanentes de adaptación. Estas transformaciones se expresan también en la reorganización de los roles familiares. La cuidadora describe la experiencia cotidiana del cuidado como una dedicación constante y sostenida, manifestando la necesidad de permanecer disponible de manera permanente para atender las necesidades de su esposo.

Esta situación permite comprender cómo la enfermedad redefine la cotidianidad familiar y modifica las responsabilidades previamente distribuidas entre los miembros del sistema.

Los profesionales de salud coinciden con esta comprensión al señalar que muchos pacientes mayores presentan niveles importantes de dependencia. En palabras de uno de los médicos, existen personas mayores que "tienen dependencia de otros" para el desarrollo de sus actividades cotidianas y cuyo bienestar depende en gran medida de la calidad de sus vínculos familiares (D2, Turno 14). De igual manera, el equipo de salud identifica situaciones en las que algunos adultos mayores cuentan con recursos económicos suficientes, pero carecen de familiares comprometidos con su cuidado cotidiano, situación que incrementa su vulnerabilidad emocional y relacional (D1, Turno 11). Estas observaciones permiten comprender que la disponibilidad material no garantiza necesariamente la presencia de redes de apoyo significativas.

No obstante, las narrativas también permiten identificar recursos familiares que favorecen procesos de adaptación frente a la enfermedad. La trayectoria conyugal emerge como una fuente importante de soporte emocional y resiliencia. Un participante (C2, Turno 108) señala con orgullo que lleva "56 o 57 años de casados" (P2, Turno 36), mientras su esposa complementa afirmando que "siempre hemos estado los dos, nunca él por su lado ni yo por el mío" (C2, Turno 108). Estas narrativas evidencian la construcción de una identidad relacional sostenida durante décadas, que opera como recurso protector frente a las exigencias derivadas de la enfermedad crónica.

En el plano autorreferencial, estas narrativas resonaron con mi propia experiencia de acompañamiento a una persona mayor en condición de cronicidad. Escuchar los relatos de pacientes, cuidadoras y profesionales me permitió reconocer cómo las transformaciones asociadas a la enfermedad trascienden ampliamente lo biológico y afectan las dinámicas

familiares, las identidades y los proyectos de vida. Esta resonancia fortaleció la comprensión de que la atención psicológica en la vejez debe extenderse más allá del paciente e incluir activamente a quienes participan en su red de cuidado.

En conclusión, estas comprensiones constituyeron uno de los fundamentos centrales para el diseño del servicio coconstruido, particularmente en la decisión de incluir al cuidador principal y al sistema familiar como participantes activos del proceso de acompañamiento psicológico, reconociendo que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica se configura como una experiencia profundamente relacional que requiere respuestas igualmente relacionales.

La síntesis de las matrices de datos permitió reconocer que la experiencia de la vejez atravesada por la enfermedad crónica implica transformaciones en la autonomía, la identidad, los roles familiares y las redes de apoyo, pero también evidencia recursos relacionales contruidos a lo largo de la trayectoria de vida. Las narrativas de las personas mayores, cuidadoras y profesionales permitieron comprender que las necesidades de acompañamiento no se sitúan exclusivamente en el paciente, sino que involucran al sistema familiar y a las redes significativas de cuidado. Desde la perspectiva sistémica, este hallazgo permitió comprender la vejez y la cronicidad como procesos relacionales, en los que los cambios experimentados por uno de los miembros repercuten en la organización y dinámica del sistema familiar.

Estos hallazgos orientaron una decisión central en la modelización del servicio: ampliar el foco de atención del paciente hacia su sistema relacional, incorporando al cuidador principal y, cuando fuera pertinente, a otros miembros significativos de la familia. Esta necesidad se tradujo en el Modelo Canvas en una propuesta de valor centrada

en un acompañamiento psicológico sistémico que contempla no solo la atención individual de la persona mayor, sino también el acompañamiento al cuidador y la familia, así como la articulación con el equipo de salud. De esta manera, la trazabilidad hallazgo → necesidad relacional → decisión de construcción → componente del Canvas permitió transformar lo emergente de las narrativas en un componente concreto del servicio, evidenciando cómo el DCU y el Modelo Canvas se articularon para modelizar una propuesta de atención pertinente a las condiciones de vida y cuidado de las personas mayores con enfermedad crónica.

Cronicidad de la enfermedad

La cronicidad emergió en las narrativas de los participantes como una experiencia que trasciende ampliamente el ámbito biomédico, constituyéndose en una condición que reorganiza la identidad personal, las dinámicas familiares y las formas de relacionarse con el entorno. Más que un diagnóstico o una condición clínica específica, la enfermedad crónica aparece como una experiencia permanente que atraviesa la cotidianidad y modifica progresivamente los significados que las personas construyen acerca de sí mismas y de su proyecto de vida.

Los participantes describen cómo la enfermedad introduce exigencias permanentes asociadas al cuidado de la salud. Un participante señala que convivir con la enfermedad implica atender constantemente "la asistencia médica, los exámenes, los controles y seguir un plan al pie de la letra" (P2, Escenario 1, Turno 32). Esta narrativa permite comprender

que la enfermedad deja de constituirse en un evento puntual para convertirse en un elemento organizador de la vida cotidiana.

En este sentido, la enfermedad parece instaurar una frontera narrativa entre la vida previa al diagnóstico y la experiencia posterior de convivir con la condición crónica. Antes de la enfermedad, los participantes se describen como personas activas, autónomas y vinculadas a múltiples proyectos personales y familiares; después de su aparición, las rutinas, las prioridades y las formas de comprenderse a sí mismos comienzan a reorganizarse alrededor de las exigencias del cuidado. Esta transformación también fue identificada por el equipo de salud cuando describe pacientes que anteriormente ocupaban cargos laborales importantes y que, debido a la progresión de la enfermedad, enfrentan actualmente sentimientos de frustración asociados a la pérdida de autonomía y capacidad productiva (D1, Escenario 2, Turno 11). La enfermedad se convierte así en un acontecimiento que redefine la identidad, las expectativas y las formas de participación social.

La cronicidad tampoco es narrada como un fenómeno reciente o transitorio. Por el contrario, emerge como una trayectoria prolongada incorporada a la historia familiar y relacional de los participantes. Un participante refiere que el paciente: "...lleva una enfermedad crónica de hace 30 y pico de años" (C1, Escenario 1, Turno 33), mientras que otros participantes describen trayectorias más cortas, aunque igualmente significativas, de tres o cuatro años de convivencia con la enfermedad. Estos relatos permiten comprender que la cronicidad no solo afecta al paciente, sino que se incorpora progresivamente a la historia familiar, generando procesos permanentes de adaptación y reorganización.

Sin embargo, junto a las narrativas de pérdida y limitación también emergen relatos alternativos asociados a la adaptación y la agencia personal. Un participante refiere que, a pesar de las dificultades, "me he venido mejorando, he visto que he mejorado" (P2, Escenario

1, Turno 30), expresión que da cuenta de una posición activa frente a la enfermedad y de una resistencia a ser definido exclusivamente por el diagnóstico. Desde la perspectiva construccionista, estas narrativas permiten identificar recursos, capacidades y formas de afrontamiento que coexisten con el sufrimiento. Los participantes no aparecen únicamente como receptores pasivos de las consecuencias de la enfermedad, sino como sujetos que desarrollan estrategias para reconstruir sentidos y sostener proyectos de vida a pesar de las limitaciones impuestas por la condición crónica.

Desde una lectura sistémica, estas narrativas evidencian que la adaptación a la enfermedad no depende exclusivamente de variables individuales, sino también de las interacciones familiares, los apoyos disponibles y las redes significativas que acompañan a la persona durante el proceso.

La experiencia de la cronicidad también se encuentra atravesada por factores institucionales y estructurales. Durante la entrevista grupal, los profesionales de salud reconocieron que existe "mucho sufrimiento que no está tratado" (D1, Escenario 2, Turno 4) y señalaron que, debido a las condiciones de aseguramiento, los servicios de psicología frecuentemente no hacen parte de la atención domiciliaria requerida por estos pacientes. Estas narrativas permiten comprender que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica no se produce únicamente por la condición médica en sí misma, sino también por las limitaciones de los sistemas de atención para responder integralmente a las necesidades emocionales, familiares y relacionales de quienes conviven con ella.

Desde una postura epistemológica construccionista, estos hallazgos permitieron comprender que la cronicidad no constituye una realidad objetiva e idéntica para todos los participantes, sino una experiencia construida a través de múltiples significados, historias y relaciones. Cada familia organiza de manera particular su convivencia con la enfermedad,

desarrollando formas singulares de comprender el sufrimiento, la dependencia, la autonomía y el cuidado.

En el plano autorreferencial, las narrativas de los participantes resonaron con mi propia experiencia de acompañamiento a una persona con enfermedad crónica durante más de una década. Escuchar cómo la enfermedad reorganiza proyectos de vida, modifica las dinámicas familiares y exige procesos permanentes de adaptación fortaleció mi comprensión de que la atención psicológica no debe limitarse a intervenir momentos de crisis, sino acompañar trayectorias prolongadas de convivencia con la enfermedad. Esta comprensión se convirtió en un fundamento central para el diseño del servicio coconstruido.

En consecuencia, estos hallazgos orientaron la construcción de un modelo de atención psicológica que trasciende las intervenciones centradas exclusivamente en episodios críticos y propone un acompañamiento continuo de las trayectorias de vida con enfermedad crónica. Desde esta lógica, el servicio incorpora la dimensión emocional, familiar, relacional y espiritual como componentes constitutivos del cuidado, reconociendo que la cronicidad es una experiencia que involucra simultáneamente a la persona, su familia, sus redes de apoyo y los sistemas de atención que participan en su proceso de salud-enfermedad.

La síntesis de las matrices permitió reconocer la cronicidad como una trayectoria de vida prolongada que reorganiza la cotidianidad, la autonomía, la identidad, los proyectos personales y las dinámicas familiares. Las narrativas de los participantes mostraron que convivir con una enfermedad crónica implica procesos permanentes de adaptación, pero también la movilización de recursos y capacidades para sostener la vida cotidiana. Desde una perspectiva sistémica, estos hallazgos permitieron comprender que la cronicidad no se configura únicamente en la relación persona-enfermedad, sino en la interacción con la familia, las redes de apoyo y los sistemas de atención en salud.

A partir de esta comprensión, se identificó la necesidad de que el servicio no se limitara a responder ante momentos de crisis, sino que ofreciera un acompañamiento psicológico continuo a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, contemplando las dimensiones emocional, familiar, relacional y espiritual. Esta necesidad orientó la decisión de modelizar un servicio de acompañamiento longitudinal y sistémico, que en el Modelo Canvas se concretó principalmente en la propuesta de valor, las relaciones con los usuarios y las actividades clave, incorporando el acompañamiento de la persona mayor, su cuidador y su sistema familiar, así como la articulación con el equipo de salud. De este modo, la trazabilidad hallazgo - necesidad de acompañamiento continuo - decisión de modelización - componentes del Canvas permitió transformar la comprensión de la cronicidad en una característica estructural del servicio.

Sufrimiento psicosocial en la enfermedad crónica

El sufrimiento psicosocial asociado a la enfermedad crónica emergió como una experiencia compleja, relacional y multidimensional que trasciende las manifestaciones físicas de la enfermedad para instalarse en los ámbitos emocional, familiar, social y espiritual de quienes la viven. Las narrativas de pacientes, cuidadoras y profesionales permitieron comprender que el sufrimiento no se encuentra localizado exclusivamente en el cuerpo enfermo, sino que circula a través de los vínculos, las dinámicas familiares y los sistemas de atención que participan en la experiencia de enfermedad.

En los relatos de las cuidadoras aparece una experiencia de vigilancia permanente asociada al cuidado cotidiano. Una de ellas describe la necesidad de "estar pendiente de él veinticuatro siete, todo el tiempo" (C2, Escenario 1, Turno 94), expresión que evidencia cómo la enfermedad crónica transforma profundamente las rutinas familiares y reorganiza la

vida cotidiana alrededor de las necesidades del paciente. Desde una lectura sistémica, esta narrativa permite comprender que el sufrimiento no se restringe a quien recibe el diagnóstico, sino que se distribuye entre los miembros de la familia, quienes progresivamente reorganizan sus tiempos, responsabilidades y proyectos personales en función del cuidado.

Las transformaciones derivadas de la enfermedad también se expresan a través de experiencias de pérdida. La cuidadora refiere que "eso me afecta mucho verlo, que no es el mismo de antes" (C2, Escenario 1, Turno 92), haciendo visible un duelo que no se relaciona necesariamente con la muerte física, sino con la pérdida progresiva de capacidades, roles, hábitos y formas de relación previamente conocidas.

No obstante, el sufrimiento no siempre se expresa mediante relatos explícitos de desesperanza o crisis emocional. En algunas narrativas emerge articulado a recursos de afrontamiento contruidos desde la espiritualidad, la fe y los vínculos significativos. Una cuidadora expresa que "somos muy creyentes y pedirle a mi Dios que me mantenga como estoy, porque eso me ayuda emocionalmente" (C2, Escenario 1, Turno 118). Este relato permite reconocer que los sistemas de creencias operan como recursos protectores frente a la adversidad.

La comprensión del sufrimiento adquiere una dimensión aún más amplia cuando se incorporan las narrativas del equipo de salud. Los profesionales describen la presencia de "duelos cronificados o persistentes" que afectan la adherencia a los tratamientos (D1, Escenario 2, Turno 7), así como experiencias de "depresión" y "ansiedad" asociadas a la pérdida de autonomía en personas que anteriormente eran activas y que ahora deben depender de otros para realizar actividades cotidianas (D2, Escenario 2, Turno 9). Estas narrativas permiten reconocer que el sufrimiento psicosocial constituye una realidad clínicamente

observada por los profesionales, aunque frecuentemente invisibilizada dentro de los modelos tradicionales de atención centrados en el abordaje biomédico.

Particular relevancia adquiere la visibilización del sufrimiento del cuidador. Los profesionales señalan que "la sobrecarga del cuidador tiene origen en ideas fijas o relaciones intrafamiliares rotas que sin la ayuda del psicólogo no vamos a poder intervenir" (D1, Escenario 4, Turno 12). Esta afirmación permite reconocer que la sobrecarga no depende únicamente de la cantidad de tareas asociadas al cuidado, sino también de las dinámicas relacionales, los conflictos familiares, las expectativas de rol y las formas de comunicación construidas dentro del sistema familiar.

La síntesis de las matrices permitió comprender el sufrimiento psicosocial asociado a la enfermedad crónica como una experiencia multidimensional y relacional, que involucra a la persona mayor, su familia y particularmente a quienes ejercen el cuidado. Las narrativas evidenciaron vigilancia permanente, pérdidas, sobrecarga, ansiedad y transformaciones en los vínculos, pero también recursos protectores como la espiritualidad, la fe y las redes significativas. Desde la perspectiva sistémica, estos hallazgos permitieron comprender que el sufrimiento se configura y circula en las relaciones familiares y en interacción con las condiciones del sistema de atención, por lo que requiere una comprensión que trascienda la intervención exclusivamente individual.

A partir de estos hallazgos, se identificó la necesidad de incorporar al servicio un acompañamiento psicológico que contemple tanto a la persona mayor como a su cuidador y sistema familiar, atendiendo las dimensiones emocionales, relacionales y espirituales de la experiencia de cronicidad. Esta necesidad orientó la modelización de una propuesta de atención integral que, en el Modelo Canvas, se concretó principalmente en la propuesta de valor, las relaciones con los usuarios y las actividades clave, incorporando espacios de

acompañamiento individual, familiar y de apoyo al cuidador, así como articulación con el equipo de salud. De este modo, la trazabilidad hallazgo - necesidad de acompañamiento relacional - decisión de modelización - componentes del Canvas permitió convertir la comprensión del sufrimiento en elementos concretos de la propuesta de servicio.

Servicio de atención psicológica

El servicio de atención psicológica emergió en las narrativas de los participantes como un recurso escasamente visible dentro de las trayectorias habituales de cuidado en la enfermedad crónica. A diferencia de la atención médica, que aparece ampliamente legitimada y reconocida como parte natural del proceso de tratamiento, la psicología se presenta como un servicio periférico, poco comprendido y débilmente integrado a los modelos de atención existentes. Esta situación permitió identificar una historia dominante en la que el cuidado de la enfermedad se encuentra organizado principalmente alrededor de los síntomas físicos, los controles médicos y las intervenciones farmacológicas.

Los relatos de los pacientes evidencian que la psicología no forma parte de sus referentes habituales de atención. Uno de ellos expresa: "yo en sí no conozco la función de la psicología, no sé cómo lleve la enfermedad, lo desconozco completamente" (P2, Escenario 1, Turno 68), mientras otro afirma simplemente: "no sé qué ofrecen" (P1, Escenario 1, Turno 145). Estas narrativas no reflejan una oposición explícita al acompañamiento psicológico, sino la ausencia histórica de experiencias que permitan reconocer su aporte dentro de los procesos de atención en salud. Desde una perspectiva construccionista, esta situación evidencia cómo los significados asociados al cuidado son contruidos socialmente a partir de las prácticas institucionales disponibles. En la medida en que el sistema de salud ha privilegiado históricamente el abordaje biomédico de la enfermedad, los pacientes han

construido comprensiones del cuidado centradas principalmente en el tratamiento físico de los síntomas.

Esta comprensión se hace aún más evidente cuando algunos participantes asocian la atención psicológica exclusivamente con la atención psiquiátrica. Uno de ellos manifiesta: "no sé si aparte de la psiquiatría cubra parte de la psicología" (P2, Escenario 1, Turno 70), revelando una ambigüedad conceptual respecto a las funciones específicas de cada disciplina.

No obstante, junto a estas narrativas de desconocimiento emergen relatos alternativos que permiten resignificar el lugar de la atención psicológica. Una de las cuidadoras expresa que "cuando a uno lo escuchan, uno como que se relaja" (C2, Escenario 1, Turno 140), otorgando valor a la escucha como experiencia transformadora. Esta narrativa introduce una comprensión distinta del cuidado, donde la intervención psicológica no se limita al manejo de síntomas emocionales específicos, sino que ofrece un espacio para la construcción de significado, la expresión del sufrimiento y la reorganización de experiencias complejas asociadas a la enfermedad.

Las narrativas de los profesionales de salud complementan esta comprensión y permiten identificar dimensiones estructurales que explican la limitada presencia de la psicología dentro de los procesos de atención. Los participantes reconocen que el componente psicológico no se encuentra integrado formalmente en los programas de atención domiciliaria, señalando que "dentro de la metodología no está la parte de psicología y como no está contratado en el modelo, no se pudo" (D1, Escenario 4, Turno 20). Esta afirmación evidencia la persistencia de una lógica institucional predominantemente biomédica, donde la atención psicológica aparece subordinada a criterios administrativos y de aseguramiento más que a las necesidades relacionales y emocionales identificadas en pacientes y familias.

Sin embargo, los mismos profesionales cuestionan esta lógica y construyen narrativas alternativas acerca del lugar que debería ocupar la psicología dentro de los equipos de atención. El médico internista plantea que el psicólogo debería "ser parte del equipo, estar presencialmente en las juntas y poder hablar cara a cara todos los días" (D1, Escenario 4, Turno 4), mientras que la auxiliar de enfermería resalta la necesidad de una "comunicación directa y continua, ya sea presencial o no presencial" (AU, Escenario 4, Turno 6). Estas narrativas muestran que el servicio psicológico no es concebido únicamente como una consulta independiente, sino como un componente articulador dentro de los procesos de atención interdisciplinaria.

Desde una perspectiva epistemológica sistémica y construccionista, la construcción del servicio fue comprendida como un proceso de coconstrucción relacional más que como el diseño unilateral de una intervención profesional. El servicio no surgió de una necesidad previamente definida por la investigadora, sino de los significados construidos conjuntamente entre pacientes, cuidadores y profesionales alrededor de los vacíos identificados en la atención de la enfermedad crónica. Las comprensiones sobre sufrimiento, cuidado, acompañamiento y apoyo emocional fueron emergiendo progresivamente a través de las conversaciones desarrolladas en los distintos escenarios de investigación.

En el plano autorreferencial, esta categoría tuvo una resonancia particular con mi propia experiencia familiar y profesional. La ausencia de remisiones psicológicas durante años de acompañamiento a una persona con enfermedad crónica constituyó una de las preguntas iniciales que motivó el desarrollo de este proyecto. Escuchar cómo pacientes, cuidadores y profesionales describían vacíos similares fortaleció mi comprensión de que la limitada integración de la psicología no correspondía únicamente a una experiencia personal, sino a una realidad compartida por múltiples actores del sistema de salud. Esta resonancia

amplió mi comprensión clínica y reafirmó la necesidad de construir una propuesta que respondiera a dichas necesidades.

En consecuencia, el Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico en Procesos de Sufrimiento por Enfermedad Crónica emergió como una respuesta relacional a un vacío identificado colectivamente. Su diseño incorporó atención individual, acompañamiento al cuidador, intervención familiar y articulación interdisciplinaria con los equipos de salud, reconociendo que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica se configura en redes de relaciones y requiere respuestas igualmente relacionales, continuas e integrales.

La síntesis de las matrices permitió identificar que la atención psicológica aparece como un recurso poco visible, escasamente comprendido y débilmente integrado en las trayectorias de atención de las personas con enfermedad crónica. Mientras los pacientes expresaron desconocimiento sobre lo que ofrece la psicología, los profesionales señalaron su limitada incorporación en los programas de atención domiciliaria y, simultáneamente, reconocieron la necesidad de integrarla de manera interdisciplinaria. Desde una perspectiva sistémica, este hallazgo permitió comprender que la ausencia de atención psicológica no constituye únicamente una carencia individual, sino una situación relacionada con las formas en que se organiza y se legitima el cuidado dentro del sistema de salud.

A partir de este hallazgo, se identificó la necesidad de posicionar la psicología como un componente integrado, continuo y relacional del cuidado de la enfermedad crónica. Esta necesidad orientó la modelización del servicio hacia una propuesta que articula atención individual, acompañamiento al cuidador y la familia, y comunicación con el equipo de salud. En el Modelo Canvas, esta decisión se concretó principalmente

en la propuesta de valor, los segmentos de usuarios, las relaciones, los canales, las actividades clave y los aliados, permitiendo establecer la trazabilidad hallazgo → necesidad de integración psicológica → decisión de modelización → componentes del Canvas. De este modo, el servicio emergió como una respuesta coconstruida a un vacío identificado por los propios actores y no como una intervención definida previamente por la investigadora.

El servicio coconstruido: propuesta de atención psicológica clínica sistémica

Como resultado del proceso de coconstrucción desarrollado con pacientes, cuidadoras principales y profesionales de la salud, se diseñó el Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico en Procesos de Sufrimiento por Enfermedad Crónica. La construcción del servicio se realizó a través de la metodología de Diseño Centrado en el Usuario y del modelo CANVAS (Ver Anexo C y D), herramientas que permitieron organizar las necesidades, experiencias y comprensiones emergentes de los participantes para transformarlas en una propuesta de atención contextualizada. Desde una perspectiva sistémica y construccionista, el servicio no fue concebido como una intervención diseñada exclusivamente desde el conocimiento experto de la investigadora, sino como una construcción relacional que emergió de las conversaciones sostenidas con quienes viven cotidianamente la experiencia de la cronicidad.

Las narrativas obtenidas permitieron identificar que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica trasciende ampliamente las manifestaciones físicas de la enfermedad e involucra dimensiones emocionales, familiares, sociales y espirituales. Los profesionales

señalaron la presencia de duelos persistentes, ansiedad, depresión, pérdida de autonomía, dificultades familiares y sobrecarga del cuidador, aspectos que impactan directamente la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos. Asimismo, reconocieron que el modelo actual de atención domiciliaria presenta limitaciones importantes para abordar estas necesidades debido a la ausencia estructural del componente psicológico dentro de los servicios contratados. Estas comprensiones constituyeron el fundamento de la propuesta de valor del servicio, orientada a brindar un acompañamiento psicológico que reconozca la complejidad relacional del sufrimiento y promueva procesos de afrontamiento, resignificación y fortalecimiento de recursos personales, familiares y comunitarios.

La construcción del servicio permitió identificar como usuarios principales a las personas con enfermedades crónicas, sus cuidadores y los sistemas familiares que participan en las trayectorias de cuidado. Sin embargo, durante el proceso también emergió la necesidad de ampliar el alcance de la intervención hacia los equipos de salud, quienes reconocieron experimentar desgaste emocional derivado del contacto permanente con el sufrimiento y las limitaciones institucionales del sistema. Esta comprensión condujo a pensar el servicio no solamente desde la atención al paciente, sino desde una perspectiva ecológica que incluye a todos los actores involucrados en el proceso de atención.

Las actividades centrales del servicio fueron definidas a partir de las necesidades identificadas durante los escenarios de coconstrucción. Se propuso una ruta compuesta por cuatro fases articuladas. La primera corresponde a una evaluación sistémica inicial, desarrollada entre una y dos sesiones, orientada a comprender la historia de la enfermedad, las dinámicas familiares, los recursos disponibles, las redes de apoyo y las principales fuentes de sufrimiento identificadas por el paciente y su familia. La segunda fase corresponde a la intervención psicológica, desarrollada mediante sesiones individuales, familiares y con

cuidadores, orientadas a favorecer la expresión emocional, la resignificación de la experiencia de enfermedad, la elaboración de pérdidas asociadas a la cronicidad y el fortalecimiento de recursos de afrontamiento. La tercera fase se dirige a la consolidación de los cambios alcanzados, mediante la identificación de recursos personales y familiares que favorezcan la continuidad de los procesos construidos durante la intervención. Finalmente, se propone una fase de seguimiento periódico, concebida como un espacio de acompañamiento flexible que permita responder a las transformaciones propias de la trayectoria de enfermedad.

La construcción del servicio también permitió identificar recursos fundamentales para su funcionamiento. Entre ellos se encuentran la formación especializada en psicología clínica sistémica, el trabajo interdisciplinario con profesionales de salud, el uso de herramientas de evaluación clínica y familiar, el acceso a modalidades presenciales, domiciliarias y virtuales de atención, así como el desarrollo de materiales psicoeducativos dirigidos a pacientes, cuidadores y familias. Los profesionales enfatizaron especialmente la importancia de garantizar continuidad, accesibilidad y disponibilidad, aspectos que fueron incorporados como principios orientadores de la propuesta.

En relación con las asociaciones estratégicas, los participantes identificaron la necesidad de establecer vínculos colaborativos con instituciones prestadoras de servicios de salud, programas de atención domiciliaria, hogares geriátricos, organizaciones comunitarias, asociaciones relacionadas con enfermedades crónicas y servicios de cuidados paliativos. Desde una comprensión sistémica, estas alianzas fueron concebidas como redes que favorecen la continuidad del cuidado y amplían las posibilidades de acompañamiento más allá del espacio terapéutico individual.

Respecto a los canales de acceso y comunicación, los participantes propusieron combinar estrategias presenciales y digitales que permitieran adaptarse a las características de las diferentes poblaciones. Surgieron alternativas como atención domiciliaria, consulta presencial, teleorientación psicológica, material impreso informativo, redes sociales, páginas web y estrategias de divulgación articuladas con instituciones de salud. Los profesionales señalaron que la diversidad de edades y condiciones funcionales exige múltiples formas de acceso al servicio, evitando que las barreras tecnológicas se conviertan en obstáculos para la atención.

Las relaciones con los usuarios fueron concebidas desde principios de cercanía, continuidad y acompañamiento sostenido. Los participantes insistieron reiteradamente en que una valoración aislada carece de impacto significativo, enfatizando la necesidad de construir procesos terapéuticos que permitan desarrollar vínculos de confianza y acompañar las transformaciones propias de la enfermedad crónica.

La sostenibilidad del servicio fue pensada a partir de diferentes modalidades de implementación, incluyendo atención particular, convenios con instituciones de salud, alianzas con programas de atención domiciliaria y desarrollo de paquetes integrales de acompañamiento dirigidos a pacientes, familias y cuidadores. Más allá de una lógica exclusivamente económica, estas estrategias fueron concebidas como mecanismos que permitan garantizar continuidad y accesibilidad a poblaciones que actualmente presentan limitaciones para acceder a servicios especializados de salud mental.

Desde una perspectiva epistemológica sistémica y construccionista, el proceso de diseño permitió comprender que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica no puede ser abordado exclusivamente desde intervenciones individuales ni desde modelos centrados únicamente en el diagnóstico médico. Las narrativas de los participantes mostraron que la

enfermedad moviliza procesos de reorganización familiar, transformaciones identitarias, cambios en las redes de apoyo y experiencias de pérdida que requieren abordajes integrales.

Desde el proceso autorreferencial, la construcción de este servicio también representó una oportunidad para resignificar mi propia experiencia de acompañamiento a una persona con enfermedad crónica durante más de una década. Las narrativas compartidas por pacientes, cuidadores y profesionales resonaron con experiencias previamente vividas, permitiéndome reconocer que la ausencia de atención psicológica no constituye una situación aislada sino una problemática estructural presente en múltiples contextos de atención. Esta resonancia fortaleció la comprensión de que el sufrimiento asociado a la cronicidad requiere respuestas clínicas, familiares y comunitarias que trasciendan los límites tradicionales del modelo biomédico. En consecuencia, el servicio diseñado no surge únicamente como una propuesta profesional, sino como una respuesta ética y relacional a un vacío identificado colectivamente por quienes participan en la experiencia de la enfermedad crónica.

Discusión

El propósito de esta investigación consistió en diseñar un Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico en Procesos de Sufrimiento por Enfermedad Crónica a partir de las experiencias y necesidades de pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. Los hallazgos obtenidos permitieron comprender que la enfermedad crónica constituye una experiencia que trasciende ampliamente el ámbito biomédico y moviliza transformaciones emocionales, familiares, sociales y espirituales que afectan simultáneamente a los diferentes sistemas humanos involucrados en la trayectoria de cuidado. En este sentido, la construcción del servicio no puede comprenderse como un

producto aislado del proceso investigativo, sino como una respuesta relacional emergente de las narrativas compartidas por los participantes.

El lugar de la psicología en la atención integral

Uno de los hallazgos más significativos del proceso de investigación estuvo relacionado con la limitada integración de la psicología dentro de los modelos de atención domiciliaria. Tanto los participantes como los profesionales coincidieron en señalar que el acompañamiento psicológico suele encontrarse ausente o restringido por condiciones administrativas y de aseguramiento. Esta situación evidencia la persistencia de un modelo de atención predominantemente biomédico que privilegia el tratamiento de síntomas físicos por encima de las dimensiones emocionales, familiares y relacionales de la enfermedad. Frente a esta realidad, la propuesta de incorporar al psicólogo como integrante activo de los equipos interdisciplinarios dialoga con los planteamientos de McDaniel, Hepworth y Doherty (1992), quienes sostienen que la atención integral requiere la articulación permanente entre los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales involucrados en los procesos de salud y enfermedad.

Desde una perspectiva epistemológica sistémica, los resultados obtenidos permitieron cuestionar comprensiones individualizantes del sufrimiento y reconocer que las experiencias de enfermedad son construidas en contextos relacionales específicos. La enfermedad crónica no apareció en las narrativas como una realidad exclusivamente médica, sino como una experiencia que adquiere significado en la interacción con la familia, las redes de apoyo, los profesionales de salud y las instituciones encargadas del cuidado. En este sentido, el servicio construido se sustenta en la comprensión de que las transformaciones significativas no ocurren únicamente a nivel individual, sino en las relaciones y conversaciones que configuran la experiencia cotidiana de los participantes.

Los hallazgos obtenidos durante el proceso de investigación permitieron comprender que las necesidades expresadas por pacientes, cuidadores y profesionales de la salud no podían ser respondidas mediante intervenciones aisladas o centradas exclusivamente en el individuo. En consecuencia, el Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico en Procesos de Sufrimiento por Enfermedad Crónica fue configurado a través de los diferentes componentes del modelo CANVAS, entendidos no como elementos administrativos independientes, sino como expresiones concretas de las comprensiones clínicas, sistémicas, narrativas y relacionales construidas durante el proceso de coconstrucción. En este sentido, cada componente del servicio representa una respuesta a las necesidades identificadas en los participantes y dialoga con los referentes teóricos que sustentan la investigación. A continuación, se analiza cada uno de estos componentes a la luz de los hallazgos obtenidos, los aportes de la literatura sistémica y narrativa, y las reflexiones autorreferenciales que acompañaron el proceso investigativo.

El servicio coconstruido: análisis por componentes del Canvas

La propuesta de valor del servicio se fundamenta en la comprensión de que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica no puede ser reducido a la presencia de síntomas físicos ni abordado exclusivamente desde el modelo biomédico. Los hallazgos mostraron que pacientes, cuidadores y profesionales reconocen necesidades emocionales, familiares, relacionales y espirituales que frecuentemente permanecen invisibilizadas dentro de los sistemas de atención. Esta comprensión coincide con Cassell (1991), quien plantea que el sufrimiento aparece cuando la integridad de la persona se percibe amenazada en dimensiones significativas de su existencia. Desde esta perspectiva, la principal propuesta de valor del servicio consiste en ofrecer un espacio de acompañamiento psicológico que

reconozca la complejidad humana de la experiencia de enfermedad y favorezca procesos de resignificación, afrontamiento y reorganización relacional.

La construcción del servicio se desarrolló mediante la articulación de dos recursos metodológicos con funciones diferenciadas y complementarias. El Diseño Centrado en el Usuario (DCU) orientó el proceso de construcción desde las experiencias, necesidades, expectativas y condiciones reales de las personas involucradas: pacientes adultos mayores, cuidadores y profesionales de salud. En este sentido, el DCU no correspondió a un instrumento adicional ni a un producto independiente dentro de la investigación, sino al principio orientador que permitió situar a los actores en el centro del proceso de construcción del servicio. Las entrevistas semiestructuradas, la recuperación de las narrativas, los espacios de cocreación y los ajustes realizados durante el trabajo de campo permitieron que las decisiones sobre el servicio respondieran a las condiciones y significados construidos por los participantes.

La investigación narrativa complementó este proceso al posibilitar la comprensión de las experiencias y significados construidos alrededor de la vejez, la cronicidad, el cuidado y el sufrimiento. Las narrativas obtenidas fueron transcritas, sistematizadas y organizadas en matrices de datos, a partir de las cuales se identificaron recurrencias, diferencias y significados emergentes que dieron lugar a los cuatro núcleos de resultados. De esta manera, las matrices permitieron establecer el tránsito entre las voces de los participantes y las decisiones posteriores de construcción del servicio, evitando que los componentes de la propuesta fueran definidos exclusivamente desde la perspectiva de la investigadora.

A partir de los hallazgos obtenidos mediante este proceso, el Modelo Canvas fue utilizado como herramienta de estructuración y modelización del servicio. Por tanto, el Canvas no sustituyó al Diseño Centrado en el Usuario ni constituyó una metodología

independiente de los hallazgos; permitió traducir y organizar las necesidades, expectativas y comprensiones emergentes en componentes concretos de una propuesta de servicio. Los hallazgos orientaron decisiones relacionadas con la propuesta de valor, los usuarios, las relaciones, los canales, las actividades, los recursos y las asociaciones clave. Así, la articulación metodológica puede comprenderse como un proceso en el que el DCU permitió comprender y construir desde los actores, la narrativa permitió interpretar sus experiencias y el Canvas permitió estructurar y modelizar la propuesta resultante.

En consecuencia, el resultado final no corresponde a la elección entre el Diseño Centrado en el Usuario y el Modelo Canvas, sino a su articulación dentro de un mismo proceso de construcción. El DCU aportó la orientación centrada en las personas y sus contextos; la narrativa aportó la comprensión de los significados y experiencias; y el Canvas permitió organizar estos hallazgos en una estructura de servicio susceptible de ser proyectada e implementada. El servicio que finalmente se construyó corresponde a un Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico, dirigido a personas mayores con enfermedad crónica, sus cuidadores y familias, con posibilidad de articulación con los equipos de salud. Su propuesta integra acompañamiento psicológico individual, familiar y al cuidador, seguimiento de las trayectorias de enfermedad y articulación interdisciplinaria, de acuerdo con las necesidades identificadas durante el proceso de coconstrucción.

De esta manera, la construcción del servicio puede comprenderse como un proceso de trazabilidad entre hallazgo, necesidad, decisión de construcción y componente del Canvas. Por ejemplo, el reconocimiento de la sobrecarga y transformación de los roles familiares llevó a ampliar el foco del paciente hacia el cuidador y la familia; las dificultades de movilidad identificadas durante el trabajo de campo incidieron en la consideración de modalidades de atención accesibles; y la limitada integración de la psicología en la atención

domiciliaria orientó la incorporación de la articulación con los equipos de salud. Estos movimientos muestran que los componentes del Canvas no fueron definidos previamente, sino que emergieron y se ajustaron a partir del diálogo entre las narrativas de los participantes, la interpretación sistémica de los hallazgos y las posibilidades de estructuración del servicio.

Los segmentos de usuarios definidos para el servicio incluyen pacientes con enfermedades crónicas, cuidadores familiares, familias y equipos de salud. Esta decisión surge directamente de los hallazgos obtenidos, los cuales evidenciaron que el sufrimiento no se localiza exclusivamente en el paciente, sino que circula a través de los sistemas relacionales que participan en la experiencia de enfermedad. Esta comprensión dialoga con Rolland (2000), quien propone que las enfermedades crónicas afectan simultáneamente al individuo, la familia y los sistemas de cuidado, generando demandas adaptativas que requieren respuestas igualmente sistémicas.

Las relaciones con los usuarios fueron concebidas desde principios de cercanía, continuidad, corresponsabilidad y acompañamiento sostenido. Los participantes señalaron reiteradamente la necesidad de contar con espacios permanentes de escucha y apoyo, más allá de intervenciones puntuales orientadas únicamente a la resolución de crisis. Esta decisión encuentra sustento en los planteamientos de Walsh (2016), quien destaca la importancia de fortalecer procesos de resiliencia familiar a través de vínculos significativos y relaciones que promuevan la construcción conjunta de recursos frente a la adversidad. Por esta razón, el servicio propone procesos de acompañamiento continuos que permitan responder a las transformaciones propias de las trayectorias de enfermedad.

Las actividades clave del servicio se estructuraron alrededor de cuatro momentos: evaluación sistémica, intervención psicológica, consolidación y seguimiento. Estas acciones

responden a la comprensión de que la enfermedad crónica constituye una experiencia dinámica y cambiante que exige procesos permanentes de adaptación. Los hallazgos mostraron que las necesidades emocionales y familiares evolucionan a lo largo del tiempo, aspecto que coincide con los planteamientos de Rolland (2000) acerca de la naturaleza evolutiva de las enfermedades crónicas. Asimismo, la incorporación de estrategias narrativas orientadas a la resignificación de la experiencia de enfermedad encuentra sustento en White y Epston (1993), quienes plantean la importancia de favorecer la emergencia de relatos alternativos que amplíen las posibilidades de acción frente a historias dominantes centradas en la pérdida y el deterioro.

Los recursos clave identificados durante el diseño del servicio incluyen la formación especializada en psicología clínica sistémica, el trabajo interdisciplinario, las herramientas de evaluación clínica y familiar, las modalidades de atención presencial, domiciliaria y virtual, y los recursos psicoeducativos dirigidos a pacientes y familias. Más allá de constituirse en recursos técnicos, estos elementos representan condiciones necesarias para responder a la complejidad relacional identificada en los hallazgos. Desde la perspectiva de McDaniel, Hepworth y Doherty (1992), la integración de recursos provenientes de diferentes disciplinas favorece modelos colaborativos de atención más coherentes con las necesidades reales de los usuarios.

Las asociaciones clave fueron concebidas como alianzas estratégicas con instituciones de salud, programas de atención domiciliaria, servicios de cuidados paliativos, hogares geriátricos y organizaciones comunitarias. Esta decisión surge de la comprensión de que ninguna intervención aislada puede responder por sí sola a las múltiples necesidades asociadas a la enfermedad crónica. Los aportes de Sluzki (1996) permiten comprender que las redes sociales significativas constituyen recursos fundamentales para afrontar situaciones

de vulnerabilidad, razón por la cual el servicio busca ampliar y fortalecer las conexiones existentes entre los diferentes sistemas de apoyo.

Los canales de acceso fueron diseñados considerando las características particulares de la población participante. La combinación de atención presencial, domiciliaria y virtual responde a las limitaciones de movilidad, dependencia funcional y dificultades de acceso identificadas en los relatos de pacientes y cuidadores. Desde una perspectiva sistémica, la accesibilidad no constituye únicamente una condición logística, sino una dimensión ética que favorece la inclusión de personas que tradicionalmente enfrentan barreras para acceder a servicios especializados de salud mental.

La estructura de costos y las estrategias de sostenibilidad fueron concebidas no solamente desde criterios financieros, sino desde principios de accesibilidad y continuidad del cuidado. La posibilidad de establecer convenios con instituciones de salud, programas domiciliarios y organizaciones relacionadas con la atención de personas con enfermedades crónicas busca garantizar que el acompañamiento psicológico pueda integrarse progresivamente a los escenarios donde actualmente se desarrollan los procesos de atención. Esta decisión responde directamente a los hallazgos obtenidos, en los cuales los profesionales señalaron que la ausencia de servicios psicológicos se relaciona frecuentemente con limitaciones administrativas y de aseguramiento más que con la ausencia de necesidad clínica.

Finalmente, la articulación de todos los componentes del modelo CANVAS permitió construir un servicio coherente con las necesidades identificadas durante el proceso investigativo y con los referentes sistémicos, narrativos y clínicos que orientan este trabajo. Se espera que esta propuesta contribuya a ampliar las posibilidades de atención psicológica para personas que enfrentan procesos de sufrimiento asociados a la enfermedad crónica,

favoreciendo intervenciones que reconozcan simultáneamente las dimensiones emocionales, familiares, relacionales, sociales y espirituales de la experiencia humana. Asimismo, se espera que el servicio promueva formas más integrales de cuidado, fortalezca los recursos de pacientes y familias, facilite la articulación interdisciplinaria y contribuya a visibilizar la importancia de la salud mental dentro de los modelos de atención dirigidos a poblaciones con enfermedades crónicas.

El servicio coconstruido frente al marco normativo de habilitación en salud

El servicio coconstruido en esta investigación fue definido, a lo largo del documento, desde una perspectiva conceptual y disciplinar amplia, en coherencia con planteamientos como los de Oblitas (2006), quien reconoce que el servicio de atención psicológica puede desplegarse en escenarios clínicos, comunitarios, educativos u organizacionales. Sin embargo, resulta pertinente reconocer que esta comprensión amplia difiere de la definición que establece el marco normativo colombiano de habilitación de servicios de salud. La Resolución 3100 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019a), vigente con las modificaciones introducidas por las Resoluciones 544 de 2023 y 465 de 2025, define el servicio de salud como la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformada por procesos, procedimientos, actividades y recursos orientados a satisfacer necesidades en salud en alguna de las fases de la atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación), excluyendo explícitamente otros ámbitos como la educación, la vivienda o la protección social.

Esta distinción no invalida la propuesta construida, pero sí permite identificar una vía concreta de proyección institucional: si el servicio coconstruido aspirara a habilitarse formalmente dentro del sistema de salud colombiano, debería inscribirse como un servicio de consulta externa de psicología, en los términos que establece el mencionado anexo técnico,

cumpliendo los estándares de talento humano, infraestructura y procesos prioritarios que allí se definen. Reconocer esta distinción entre el servicio en sentido disciplinar y el servicio de salud en sentido normativo no constituye una limitación del diseño propuesto, sino una claridad necesaria para quienes deseen avanzar hacia su implementación efectiva dentro del sistema de salud, distinguiendo el sustento clínico y sistémico ya desarrollado de los requisitos administrativos y de habilitación que exigiría su operación formal.

Cabe destacar que la propuesta de valor construida durante el proceso dialoga directamente con los planteamientos de Cassell (1991), quien sostiene que el sufrimiento aparece cuando la integridad de la persona se percibe amenazada en dimensiones significativas de su existencia. Los resultados mostraron que el sufrimiento experimentado por los participantes no se encontraba asociado únicamente a los síntomas físicos de la enfermedad, sino también a la pérdida de autonomía, la modificación de roles familiares, la incertidumbre frente al futuro, las restricciones en la participación social y las transformaciones identitarias asociadas al envejecimiento y la cronicidad. Desde esta perspectiva, la decisión de diseñar un servicio centrado en el sufrimiento y no exclusivamente en la enfermedad constituye una postura clínica y epistemológica que reconoce la complejidad de la experiencia humana frente a condiciones de salud prolongadas.

Adicionalmente, esta comprensión encuentra respaldo en los planteamientos de Rolland (2000), quien propone que las enfermedades crónicas deben entenderse como acontecimientos que afectan simultáneamente al paciente, la familia y los sistemas de cuidado. Los hallazgos obtenidos permitieron identificar cómo la enfermedad reorganiza permanentemente las dinámicas familiares, modifica las funciones previamente establecidas y exige procesos continuos de adaptación. Las narrativas de las cuidadoras mostraron que el cuidado se convierte progresivamente en un eje organizador de la vida cotidiana, mientras

que los profesionales describieron situaciones de dependencia, aislamiento y sobrecarga familiar que exceden ampliamente las posibilidades de intervención centradas exclusivamente en el individuo. Estas comprensiones fundamentaron la decisión de definir como usuarios del servicio no solamente al paciente, sino también al cuidador principal, a la familia y, en algunos casos, a los propios equipos de salud.

La incorporación del cuidador y del sistema familiar como componentes centrales de la propuesta constituye uno de los principales aportes del servicio construido. Esta decisión dialoga con los planteamientos de Walsh (2016), quien plantea que las familias poseen capacidades resilientes que les permiten afrontar situaciones de crisis y reorganizarse frente a la adversidad. Los relatos obtenidos mostraron que algunas familias lograban movilizar recursos de solidaridad, compromiso y apoyo mutuo, mientras que otras enfrentaban dificultades asociadas a conflictos relacionales, distribución desigual de responsabilidades y ausencia de redes de apoyo. Desde esta perspectiva, el servicio no se orienta únicamente a intervenir problemas psicológicos individuales, sino a fortalecer procesos de resiliencia familiar, facilitando la construcción de significados compartidos y el desarrollo de estrategias colectivas de afrontamiento.

Asimismo, la inclusión de espacios específicos dirigidos al cuidador principal encuentra sustento en los planteamientos de Minuchin, Nichols y Lee (2007), quienes destacan que las crisis familiares suelen generar movimientos en las jerarquías, límites y funciones de los sistemas familiares. Los hallazgos evidenciaron que gran parte del sufrimiento de los cuidadores no se relacionaba exclusivamente con las tareas de asistencia física, sino con tensiones acumuladas en las relaciones familiares, sentimientos de responsabilidad permanente, agotamiento emocional y dificultades para redistribuir funciones dentro del sistema. En consecuencia, el acompañamiento al cuidador fue

concebido como una intervención necesaria para favorecer el equilibrio relacional y prevenir procesos de desgaste que terminan afectando tanto al cuidador como al paciente.

Otro de los hallazgos relevantes se relaciona con la importancia de las redes de apoyo en la experiencia de enfermedad crónica. Los profesionales describieron situaciones en las que algunos pacientes disponían de recursos económicos suficientes, pero carecían de vínculos familiares significativos, mientras que otros lograban afrontar mejor la enfermedad gracias al apoyo recibido por familiares, vecinos o amigos. Estas observaciones dialogan con los planteamientos de Sluzki (1996), quien reconoce las redes sociales significativas como uno de los principales factores protectores frente a situaciones de vulnerabilidad. A partir de esta comprensión, las asociaciones estratégicas incluidas en el modelo CANVAS fueron concebidas como recursos fundamentales para ampliar las posibilidades de acompañamiento, favoreciendo la articulación con instituciones de salud, programas domiciliarios, organizaciones comunitarias y servicios de cuidados paliativos.

La construcción de las actividades centrales del servicio también encuentra sustento en los referentes sistémicos y narrativos que orientaron esta investigación. La decisión de estructurar una ruta compuesta por evaluación, intervención, consolidación y seguimiento responde a la comprensión de que la enfermedad crónica no constituye una crisis puntual sino una trayectoria prolongada que acompaña a las personas y sus familias durante diferentes momentos del ciclo vital. Esta perspectiva coincide con Rolland (2000), quien plantea que las demandas asociadas a la enfermedad cambian a lo largo del tiempo y requieren procesos adaptativos permanentes. En este sentido, el seguimiento periódico fue incorporado como una estrategia que permite acompañar las transformaciones propias de la trayectoria de enfermedad y no únicamente intervenir momentos críticos.

Desde la perspectiva narrativa propuesta por White y Epston (1993), los hallazgos también permitieron identificar la presencia de historias dominantes centradas en la pérdida, la dependencia, el deterioro y la limitación. Sin embargo, junto a estas narrativas emergieron relatos alternativos asociados a la resiliencia, la espiritualidad, la solidaridad familiar y la capacidad de adaptación. Esta comprensión orientó la construcción de intervenciones dirigidas a favorecer procesos de resignificación de la experiencia de enfermedad, facilitando que pacientes y familias puedan reconocer recursos, capacidades y posibilidades de acción frecuentemente invisibilizadas por las narrativas dominantes del sufrimiento.

Conclusiones y aportes

El presente proyecto permitió diseñar un servicio de atención psicológica clínica con enfoque sistémico orientado al acompañamiento del sufrimiento psicosocial de personas con enfermedades crónicas, coconstruido a partir de las voces de pacientes, cuidadores y profesionales de salud en el contexto de la atención domiciliaria en Bogotá, Colombia, respondiendo así al objetivo general que orientó la investigación. Los resultados evidencian que el sufrimiento psicosocial en la enfermedad crónica es una experiencia relacional,

progresiva y multidimensional que el modelo biomédico dominante no logra abordar de manera integral, y que la psicología clínica sistémica puede constituirse como un componente estructural del cuidado antes que un recurso periférico y opcional. Este hallazgo responde directamente al primer objetivo específico, orientado a identificar las necesidades emocionales, familiares, psicosociales y espirituales de las personas con enfermedades crónicas a través del proceso de coconstrucción.

En cumplimiento del segundo objetivo específico, el servicio coconstruido ofrece una propuesta concreta, situada y metodológicamente fundamentada para la integración del acompañamiento psicológico en equipos de atención domiciliaria a personas con enfermedades crónicas. Su estructura en tres componentes articulados, el acompañamiento individual al paciente, el apoyo al cuidador y al sistema familiar, y la articulación con el equipo de salud, responde a necesidades identificadas tanto en la literatura especializada como en la experiencia directa de los participantes. La ruta de atención en cuatro fases progresivas y flexibles permite su adaptación a distintos contextos clínicos e institucionales, lo que amplía su potencial de implementación más allá del contexto específico en que fue diseñado. Asimismo, en atención al tercer objetivo específico, el servicio se articuló con los lineamientos normativos y los modelos de atención integral en Colombia, fundamentándose en el MIAS y la PAIS, y reconociendo, según se discutió previamente, su relación con la definición de servicio de salud establecida en la normatividad de habilitación vigente.

Entre los principales aportes del proyecto se destacan tres. Primero, la aplicación del Diseño Centrado en el Usuario como metodología para el diseño de servicios psicológicos, lo que constituye una aproximación poco explorada en la literatura de psicología clínica en Colombia y abre una vía metodológica innovadora para el desarrollo de propuestas de intervención situadas y participativas. Segundo, la visibilización del sufrimiento psicosocial

del cuidador como una dimensión constitutiva del proceso de cronicidad, que requiere ser incorporada de manera explícita en los modelos de atención y no tratada como un efecto secundario. Tercero, la demostración de que es posible coconstruir un servicio psicológico clínicamente pertinente a partir del diálogo entre saberes experienciales y profesionales, superando la lógica unidireccional de experto a usuario.

En cuanto a las limitaciones, el estudio contó con una muestra reducida de ocho participantes en un contexto institucional específico, lo que limita la generalización de los resultados a otros contextos socioeconómicos, culturales o geográficos de Colombia. Asimismo, el servicio diseñado no fue implementado ni evaluado en su funcionamiento real, por lo que sus efectos clínicos y su viabilidad operativa a largo plazo requieren ser verificados en estudios futuros. Más allá de estos alcances y limitaciones, la ausencia de psicólogos clínicos como participantes del proceso de coconstrucción constituye una limitación que podría abordarse en futuras versiones del proyecto, enriqueciendo el diseño del servicio desde la perspectiva de quienes lo implementarían.

Finalmente, el proceso autorreferencial constituyó un elemento fundamental en la construcción de las comprensiones alcanzadas. Mi experiencia de acompañamiento a una persona con enfermedad crónica durante más de una década generó resonancias permanentes con las narrativas compartidas por pacientes, cuidadores y profesionales. Lejos de constituirse en un obstáculo para el proceso investigativo, estas resonancias funcionaron como recursos reflexivos que ampliaron mi sensibilidad frente a las necesidades expresadas por los participantes y favorecieron una comprensión más profunda de los vacíos existentes en los sistemas de atención. Desde esta perspectiva, el servicio diseñado representa no solamente una respuesta técnica a una necesidad identificada, sino también una propuesta

ética y relacional orientada a dignificar las experiencias de sufrimiento asociadas a la enfermedad crónica y a ampliar las posibilidades de cuidado para quienes las enfrentan.

Referencias

Acevedo Leal, C. L. (2014). *Intervención psicológica desde el enfoque sistémico*. Universidad Pontificia Bolivariana.

Álvarez, M. L., y Gómez, D. P. (2022). Humanización del acompañamiento psicológico en contextos de salud: Reflexiones desde la ética del cuidado. *Revista Colombiana de Psicología Clínica*, 19(1), 101–114.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>

Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 79–92.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.

Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509–517. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>

Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7.^a ed.). Oxford University Press.

Borrás, X., y Pastor, E. (2015). El sufrimiento existencial en personas con enfermedades crónicas: un abordaje desde la psicología clínica. *Revista de Psicoterapia Relacional e Integrativa*, 9(2), 55–68.

- Brown, T. (2009). *Change by design: How design thinking creates new alternatives for business and society*. Harvard Business Press.
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*. Rutgers University Press.
- Cifuentes Quintero, S. (2025, marzo 15). Pacientes crónicos y trasplantados exigen entrega de medicamentos a EPS intervenidas. *Infobae*. <https://www.infobae.com/colombia/2025/03/15/pacientes-cronicos-y-trasplantados-exigen-entrega-de-medicamentos-a-eps-intervenidas/>
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.
- Congreso de Colombia. (2006, septiembre 6). Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 46.383. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. *Diario Oficial* No. 46.754. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27588>
- Congreso de Colombia. (2011, enero 19). Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 47.957. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013, por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 48.680. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51586>
- Congreso de la República de Colombia. (2014). Ley 1733 de 2014, por la cual se regula el derecho a los cuidados paliativos para los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad. *Diario Oficial* No. 49.255. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59328>
- Congreso de Colombia. (2015, febrero 16). Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 49.427. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. *Diario Oficial* No. 41.148.
- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 120–129.
- Cyrułnik, B. (2013). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa.
- Cyrułnik, B. (2019). *Psicoterapia de Dios*. Gedisa.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Colombia: Proyecciones de población 2020–2035*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Envejecimiento activo: Evidencias y estrategias*. Pirámide.
- Flórez-Alarcón, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 631–648.

- Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics* (2.^a ed.). University of Chicago Press.
- Freyle, J. C. (2024, 15 de noviembre). *Atención primaria en salud en Colombia: Una estrategia fundamental para la transformación del sistema de salud*. Federación Médica Colombiana. <https://www.federacionmedicacolombiana.com/2024/11/15/atencion-primaria-en-salud-en-colombia-una-estrategia-fundamental-para-la-transformacion-del-sistema-de-salud/>
- García, M., & Cruz, A. (2017). Sufrimiento y reconfiguración identitaria en enfermedades reumatológicas: un estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*, 9(1), 25–40.
- González, A. F. (2021). *Envejeciendo dignamente: Una perspectiva humana e integral del proceso de envejecer*. Universidad Santo Tomás. <https://elibro.net/es/ereader/usta/39096>
- González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., & Vega Landaeta, A. P. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Grau Abalo, J. A. (2002). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 153–172.
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., & Nigenda, G. (2021). Fragmentación y segmentación del sistema de salud de México: un análisis de acceso y continuidad de la atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.72>
- Hernández, Á. (2018). *Sufrimientos y cuidados: Una mirada situada desde la psicología clínica*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Hernández, Á. (2020). *Clínica del sufrimiento y subjetividades políticas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- Hernández, Á., & Sánchez, L. (2020). Psicología en los servicios de salud en Colombia: tensiones, omisiones y desafíos éticos. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 18(3), 93–102.
- Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm, M., Siegel, A., & Witzenrath, W. (2010). Gesundes Kinzigtal integrated care: Improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care*, 10. <https://doi.org/10.5334/ijic.539>
- Kings Fund. (2017). *Developing accountable care systems: Lessons from Canterbury, New Zealand*. Kings Fund.
- Krueger, R. A., y Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5.ª ed.). Sage.
- Kvale, S. (2011). *Doing interviews*. Sage.
- Martínez, C., y Castro, J. (2021). Acompañamiento psicológico comunitario en Colombia: avances, tensiones y posibilidades en el marco del MIAS. *Revista Psicología y Sociedad*, 33(2), 55–70.
- Martínez, N. T. (2016). Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 141–146. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009>
- McDaniel, S. H., Doherty, W. J., & Hepworth, J. (2018). *Medical family therapy and integrated care* (2.ª ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000091-000>
- Ministerio de Salud. (1993, octubre 4). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial* No. 41.101. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_8430_1993.html

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Decreto 780 de 2016. *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Versión integrada con sus modificaciones y actualizaciones vigentes a 2026.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-integral-atencion-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. *Diario Oficial* No. 49.866. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_0780_2016.html

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019a). Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. *Diario Oficial* No. 51.134. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/resolucion_3100_2019.html

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019b). Resolución 276 de 2019, por la cual se establecen disposiciones en relación con los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC. *Diario Oficial* No. 50.872. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/resolucion_0276_2019.html

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). Decreto 628 de 2022, por el cual se reglamenta la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial de la República de Colombia*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=182448>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). Decreto 1599 de 2022, por el cual se reglamenta el Sistema de Atención Integral en Salud. *Diario Oficial de la República de Colombia*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c). *Informe nacional de calidad de la atención en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022d). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031: Anexo técnico* [Resolución 1035 de 2022]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/anexo-tecnico-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 544 de 2023, por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud. Diario Oficial. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20544%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Resolución 465 de 2025, por la cual se modifican los artículos 4°, 5°, 7°, 19 y 20 de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023. Diario Oficial. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0465-de-2025.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). Resolución 1732 de 2026. *Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W. Y. (2007). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Moreno Manso, J. M., y García-Baamonde, M. E. (2020). Relaciones familiares en la vejez: El valor del acompañamiento. *Revista Interdisciplinar de Gerontología*, 34(2), 123–132.

- Norman, D. A., y Draper, S. W. (Eds.). (1986). *User centered system design: New perspectives on human-computer interaction*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud: Enfoque cognitivo conductual*. Fondo Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Enfermedades no transmisibles*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Business model generation: A handbook for visionaries, game changers, and challengers*. John Wiley & Sons.
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12ª ed.). McGraw Hill.
- Pinzón, E. A., & Carrillo, G. M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 193–201. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a08>
- Rolland, J. S. (2000). *Familia, enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica* (M. Pérez, Trad.). Gedisa. (Obra original publicada en 1994)
- Sluzki, C. E. (1993). *La red social: Frontera entre lo clínico y lo comunitario*. Gedisa.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2018). *Guía de cuidados paliativos*. SECPAL.
<https://www.secpal.com/guias-y-documentos>
- Tobar, F., Urrutia, S., & Vega, E. (2019). Evaluación de la atención a la cronicidad en la atención primaria en América Latina: tensiones y aprendizajes. *Pan American Journal of Public Health*, 43, e47. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.47>
- Villegas, M. (2004). *Psicología clínica y terapia familiar: Una visión sistémica*. Universidad Pontificia Bolivariana.

- Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family Process*, 55(4), 616–632. <https://doi.org/10.1111/famp.12260>
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Yepes, C. E., & Marín, Y. A. (2018). Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. *Biomédica*, 38(2), 162–172. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594>

Anexos

Anexo A

Consentimiento informado para pacientes

Estimado/a

participante:

Usted está siendo invitado/a a participar en el proyecto de investigación titulado “Diseño de un servicio de psicología clínica con enfoque sistémico dirigido a personas con enfermedades crónicas”, cuyo propósito es comprender las necesidades emocionales, familiares, psicosociales de los pacientes, y cocrear un servicio de atención psicológica integral que favorezca el acompañamiento del sufrimiento humano.

Su participación consistirá en asistir a entrevistas, grupos focales y talleres de cocreación, en los que podrá compartir sus experiencias, percepciones y sugerencias. La duración aproximada de cada encuentro será de 20 a 30 minutos.

La información que usted comparta será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines académicos y científicos. No se registrará su nombre ni datos personales en los resultados. Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención en salud que recibe.

Al firmar este documento, usted manifiesta que ha recibido la información necesaria, comprende el propósito del estudio y acepta participar de manera libre y voluntaria.

Firma del participante: _____

C.C./Documento: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora: _____

Tarjeta profesional: _____

Anexo B

Consentimiento informado para profesionales de la salud

Estimado/a _____ participante:

Usted está siendo invitado/a a participar en el proyecto de investigación titulado “Diseño de un servicio de psicología clínica con enfoque sistémico dirigido a personas con enfermedades crónicas”, cuyo propósito es comprender las perspectivas del personal de salud acerca del

cuidado integral y cocrear un servicio de atención psicológica interdisciplinar que favorezca el acompañamiento del sufrimiento humano.

Su participación consistirá en asistir a entrevistas, grupos focales y talleres de cocreación, en los que podrá compartir sus percepciones profesionales, experiencias y propuestas. La duración aproximada de cada encuentro será de 20 a 30 minutos.

La información que usted comparta será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines académicos y científicos. No se registrará su nombre ni datos laborales en los resultados. Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte su vínculo laboral con la institución.

Al firmar este documento, usted manifiesta que ha recibido la información necesaria, comprende el propósito del estudio y acepta participar de manera libre y voluntaria.

Firma del participante: _____

C.C./Documento: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora: _____

Tarjeta profesional: _____

Anexo C

Coconstrucción del Servicio de Acompañamiento Psicológico

La construcción del Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico en Procesos de Sufrimiento por Enfermedad Crónica se desarrolló mediante una metodología participativa sustentada en el Diseño Centrado en el Usuario y en el modelo de negocio Canvas propuesto por Osterwalder y Pigneur (2010), el cual permitió organizar y estructurar cada uno de los componentes del servicio a partir de las necesidades, experiencias y expectativas expresadas por los actores involucrados. En coherencia con los principios epistemológicos del enfoque sistémico y narrativo, el servicio no fue concebido desde una lógica exclusivamente técnica o profesional, sino como el resultado de un proceso de coconstrucción entre pacientes, cuidadores, personal de salud e investigadora, reconociendo que el conocimiento emerge de las relaciones, los diálogos y las experiencias compartidas.

Durante los diferentes escenarios de investigación se exploraron las vivencias asociadas a la enfermedad crónica, las necesidades emocionales, familiares, psicosociales y espirituales de los participantes, así como los vacíos percibidos en los servicios de salud existentes. A partir de las entrevistas narrativas, los ejercicios de lluvia de ideas y los espacios de validación, se fueron configurando progresivamente los diferentes componentes del modelo de negocio, identificando asociaciones estratégicas, actividades fundamentales, recursos necesarios, propuestas de valor, canales de acceso y mecanismos de sostenibilidad. Este proceso permitió que cada elemento del servicio respondiera directamente a las necesidades expresadas por quienes experimentan la cronicidad y por quienes participan en su cuidado y atención.

Desde esta perspectiva, el Canvas se convirtió en una herramienta que facilitó la traducción de las narrativas de sufrimiento, afrontamiento y cuidado en componentes concretos para el diseño del servicio, favoreciendo la integración de las voces de los participantes dentro de una propuesta de atención psicológica centrada en la persona, la

familia y sus redes de apoyo. De esta manera, el servicio construido representa no solo una propuesta de emprendimiento en salud, sino también una respuesta contextualizada y relacional a las necesidades identificadas durante el proceso investigativo, coherente con los principios de la psicología clínica sistémica y con las demandas actuales de atención integral en personas que viven con enfermedades crónicas.

Asociaciones clave (Key Partnerships)

Para la construcción del Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico en Procesos de Sufrimiento por Enfermedad Crónica, el componente de asociaciones clave se configura como una red de alianzas estratégicas orientadas a garantizar la integralidad, sostenibilidad y alcance del servicio. Desde la propuesta de Osterwalder y Pigneur (2010), las asociaciones clave permiten fortalecer aquellos recursos y actividades que una organización no puede desarrollar de manera aislada; sin embargo, desde una comprensión sistémica, dichas asociaciones trascienden una función meramente operativa para convertirse en sistemas relacionales que participan activamente en la construcción del bienestar, la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad crónica.

Los hallazgos obtenidos durante los encuentros con pacientes, cuidadores y personal de salud evidenciaron que la atención de las enfermedades crónicas continúa desarrollándose predominantemente desde una lógica biomédica, centrada en el control de síntomas y en la evolución física de la enfermedad, mientras que las necesidades emocionales, familiares, sociales y espirituales permanecen escasamente atendidas. El equipo de salud identificó la presencia frecuente de depresión, ansiedad, duelos persistentes, pérdida de autonomía, frustración por la disminución de capacidades funcionales y dificultades en las relaciones familiares, reconociendo que estos aspectos influyen significativamente en la adherencia a los tratamientos y en la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, señalaron que la atención

psicológica suele estar ausente de los programas domiciliarios o limitarse a valoraciones aisladas sin continuidad terapéutica, situación que genera vacíos importantes en el proceso de atención integral.

En este contexto, las IPS de atención domiciliaria y los programas especializados en enfermedades crónicas constituyen una de las principales asociaciones estratégicas para el servicio. La articulación con estas instituciones facilitaría la identificación de pacientes que presentan sufrimiento emocional asociado a la enfermedad, favorecería la remisión oportuna y permitiría la construcción de procesos colaborativos entre psicólogos, médicos, enfermeros y trabajadores sociales. Esta integración responde a los planteamientos de McDaniel, Hepworth y Doherty (1992), quienes destacan la importancia de modelos colaborativos de atención en los que la salud física y la salud mental se articulen dentro de un mismo proceso de cuidado.

De igual manera, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las aseguradoras representan aliados fundamentales para la viabilidad del servicio. Los participantes señalaron que una de las principales barreras del sistema radica en la ausencia de cobertura para intervenciones psicológicas continuas dentro de la atención domiciliaria, pese a reconocer su necesidad clínica. La vinculación con estas entidades permitiría avanzar hacia modelos de atención más integrales, coherentes con los principios establecidos por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), los cuales promueven una atención centrada en las personas, sus familias y comunidades.

Una asociación especialmente relevante corresponde a las familias y redes de cuidado. Desde la perspectiva sistémica, la enfermedad crónica no afecta únicamente al individuo diagnosticado, sino que impacta la totalidad del sistema familiar, generando procesos

permanentes de reorganización, adaptación y redistribución de funciones. Los relatos de los participantes evidenciaron cómo la enfermedad transforma las dinámicas cotidianas, limita proyectos compartidos y genera sentimientos de frustración, preocupación e incertidumbre tanto en pacientes como en cuidadores. En el caso de las cuidadoras entrevistadas, emergieron narrativas relacionadas con la sobrecarga emocional, la necesidad de acompañamiento y el deseo de contar con espacios de escucha y contención psicológica. Desde los planteamientos de Rolland (2000), la enfermedad crónica constituye una crisis familiar prolongada que exige ajustes continuos en la estructura y funcionamiento del sistema, razón por la cual las familias dejan de ser únicamente beneficiarias del servicio para convertirse en actores estratégicos dentro del proceso terapéutico.

Por su parte, las asociaciones de pacientes, fundaciones de apoyo y organizaciones dedicadas al acompañamiento de personas con enfermedades crónicas representan escenarios fundamentales para la consolidación del servicio. Estas organizaciones favorecen la construcción de redes de apoyo, la circulación de recursos comunitarios y el intercambio de experiencias entre personas que enfrentan situaciones similares. Desde los aportes de Sluzki (1993), las redes sociales significativas cumplen una función protectora frente al sufrimiento, fortaleciendo los recursos de afrontamiento y contribuyendo a la resiliencia individual y familiar.

Durante el proceso de cocreación también surgió la necesidad de establecer alianzas con hogares geriátricos, centros de atención al adulto mayor y organizaciones comunitarias que trabajan con población envejecida. El personal de salud reconoció que una gran proporción de los pacientes crónicos se encuentra en etapas avanzadas del ciclo vital, enfrentando pérdidas funcionales, aislamiento social y disminución progresiva de la autonomía. En este sentido, estas instituciones se convierten en espacios privilegiados para

la implementación de estrategias de acompañamiento psicológico orientadas a fortalecer procesos de adaptación y resiliencia, tal como lo plantea Walsh (2016).

Por otra parte, la complejidad del sufrimiento asociado a la enfermedad crónica hace indispensable la conformación de alianzas interdisciplinarias con profesionales de la salud mental, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y especialistas en cuidados paliativos. Los relatos de pacientes, cuidadores y profesionales evidencian que las necesidades identificadas trascienden el ámbito estrictamente emocional e involucran dimensiones familiares, sociales, funcionales y espirituales. Por ello, la articulación interdisciplinaria permite responder de manera más amplia a la complejidad de las experiencias de sufrimiento descritas por los participantes.

Finalmente, se consideran asociaciones relevantes las redes comunitarias, organizaciones espirituales y modelos de ciudades compasivas, mencionados durante los encuentros como posibles espacios para promover actividades de integración social, expresión artística, acompañamiento y fortalecimiento de vínculos comunitarios. Estas alianzas amplían la comprensión del cuidado más allá del ámbito clínico y permiten reconocer, en consonancia con Cassell (1991), que el sufrimiento humano compromete la totalidad de la experiencia vital de la persona y requiere respuestas igualmente integrales.

En conjunto, las asociaciones clave del servicio quedan conformadas por IPS de atención domiciliaria, EPS y aseguradoras, familias y cuidadores, asociaciones de pacientes, fundaciones de apoyo, hogares geriátricos, profesionales interdisciplinarios, organizaciones comunitarias, redes espirituales e instituciones académicas. Desde una perspectiva paradigmática sistémica, estas asociaciones constituyen una red interdependiente de actores que participan conjuntamente en la construcción de procesos de cuidado, afrontamiento y

bienestar, permitiendo que el servicio trascienda una visión individual de la enfermedad para comprenderla como una experiencia relacional, familiar, institucional y comunitaria.

Actividades clave (Key Activities)

En relación con las actividades clave, la construcción del servicio permitió identificar una serie de acciones estratégicas necesarias para garantizar su implementación, funcionamiento y sostenibilidad. Estas actividades emergieron de manera coconstruida durante los encuentros con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, quienes aportaron desde sus experiencias las necesidades y condiciones que consideraban indispensables para un acompañamiento psicológico integral en el contexto de la enfermedad crónica.

Inicialmente, se planteó la necesidad de diseñar un portafolio de servicios que incluyera diferentes modalidades de atención psicológica, tales como consultas individuales para pacientes, espacios de acompañamiento para cuidadores y encuentros familiares orientados al fortalecimiento de la comunicación, la redistribución de responsabilidades y el afrontamiento conjunto de la enfermedad. Los participantes destacaron la importancia de que la atención no se limitara únicamente al paciente, sino que incorporara a las personas significativas involucradas en el proceso de cuidado, reconociendo que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica afecta a todo el sistema familiar.

Otra actividad clave que surgió durante la construcción del servicio fue la realización de procesos de evaluación integral que permitieran identificar las necesidades emocionales, familiares, sociales y espirituales de cada usuario. Los profesionales de la salud señalaron que muchos pacientes presentan duelos persistentes, ansiedad, depresión, pérdida de autonomía y dificultades de adaptación que no suelen ser abordadas por los servicios médicos

tradicionales, por lo que consideraron necesario desarrollar valoraciones psicológicas que permitieran comprender la complejidad de cada situación particular.

Asimismo, se propuso la implementación de procesos de acompañamiento psicológico continuo, debido a que tanto los pacientes como el personal de salud manifestaron que una de las principales limitaciones de los servicios existentes radica en la falta de continuidad. En consecuencia, se consideró fundamental desarrollar rutas de atención que incluyeran seguimiento periódico, acompañamiento sostenido y espacios permanentes de escucha y apoyo emocional.

Durante la coconstrucción también emergió la necesidad de generar actividades de articulación interdisciplinaria con médicos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud. Los participantes consideraron que el psicólogo debía formar parte activa del equipo tratante, participando en procesos de retroalimentación clínica, reuniones de caso y construcción conjunta de estrategias de intervención que favorecieran una atención integral centrada en las necesidades del paciente y su familia.

De igual manera, surgió la propuesta de desarrollar actividades psicoeducativas orientadas a pacientes y cuidadores, mediante las cuales se brindarán herramientas para el afrontamiento de la enfermedad, el manejo emocional, la adaptación a las pérdidas funcionales, la comunicación familiar y el fortalecimiento de las redes de apoyo. Estas acciones fueron consideradas relevantes para promover procesos de autonomía, bienestar y calidad de vida.

Finalmente, los participantes sugirieron la realización de actividades comunitarias y espacios de integración social que contribuyeran a disminuir el aislamiento frecuentemente asociado a la enfermedad crónica. Entre las ideas planteadas se incluyeron encuentros de conversación, actividades artísticas, espacios recreativos, iniciativas inspiradas en ciudades

compasivas y acciones que favorecieran la participación social de los pacientes y sus familias. En síntesis, las actividades clave del servicio quedaron orientadas no solo a la atención clínica individual, sino también al fortalecimiento de los vínculos familiares, comunitarios e institucionales que participan en la experiencia de vivir con una enfermedad crónica.

Recursos clave (Key Resources)

En cuanto a los recursos clave, la construcción del servicio permitió identificar aquellos elementos humanos, tecnológicos, físicos y relacionales necesarios para garantizar su funcionamiento y sostenibilidad. Estos recursos no fueron definidos únicamente desde una perspectiva técnica, sino que emergieron a partir de los aportes realizados por pacientes, cuidadores y profesionales de la salud durante los diferentes escenarios de coconstrucción, quienes contribuyeron a identificar las condiciones indispensables para que el servicio pudiera responder de manera efectiva a las necesidades de las personas que viven con enfermedades crónicas.

Uno de los primeros recursos identificados fue el talento humano especializado. Los participantes coincidieron en la necesidad de contar con psicólogos clínicos con formación en enfoque sistémico y experiencia en el abordaje de situaciones asociadas a la enfermedad crónica, el sufrimiento emocional, las dinámicas familiares, los procesos de duelo y el acompañamiento a cuidadores. De igual forma, se reconoció la importancia de establecer recursos interdisciplinarios que permitieran la articulación con médicos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales involucrados en la atención, fortaleciendo así una visión integral del cuidado.

Durante los encuentros también se identificó la necesidad de disponer de herramientas tecnológicas que facilitaran tanto la prestación como la difusión del servicio. Los

profesionales de la salud señalaron que las nuevas tecnologías constituyen actualmente una estrategia importante para acercar la información a los usuarios y dar a conocer los servicios disponibles. En este sentido, se propuso la creación de una página web profesional que permitiera visibilizar el portafolio de servicios, ofrecer información sobre el acompañamiento psicológico y facilitar mecanismos de contacto y programación de citas. De igual forma, surgió la idea de utilizar redes sociales y contenidos audiovisuales breves como recursos para la promoción del servicio, considerando que estos formatos facilitan la difusión y el alcance de la información en diferentes grupos poblacionales.

Sin embargo, los participantes también señalaron que una parte importante de la población con enfermedades crónicas corresponde a adultos mayores que pueden presentar limitaciones en el acceso o manejo de herramientas digitales. A partir de esta reflexión se identificó la necesidad de complementar los recursos tecnológicos con materiales físicos de divulgación, tales como folletos informativos, material impreso y estrategias de difusión presencial que permitieran acercar el servicio a quienes presentan menor familiaridad con los entornos virtuales. En consecuencia, la construcción del servicio integró recursos digitales y físicos, buscando responder a las características particulares de la población objetivo.

Otro recurso clave que emergió durante la coconstrucción fue la consolidación de redes institucionales y comunitarias que facilitaran el acceso de los usuarios al servicio. La articulación con IPS, EPS, programas de atención domiciliaria, asociaciones de pacientes, fundaciones y organizaciones comunitarias fue concebida como un recurso estratégico para ampliar la cobertura, favorecer las remisiones y fortalecer la sostenibilidad de la propuesta. Estas alianzas permitirían no solo la captación de usuarios, sino también la integración del servicio dentro de rutas de atención más amplias orientadas al cuidado integral.

Asimismo, se reconoció como recurso fundamental la disponibilidad de espacios adecuados para el desarrollo de las intervenciones psicológicas. Los participantes destacaron la importancia de ofrecer modalidades flexibles de atención, incluyendo encuentros presenciales, domiciliarios y virtuales, permitiendo adaptar el servicio a las condiciones funcionales, médicas y familiares de cada paciente. Esta flexibilidad fue considerada especialmente relevante debido a las dificultades de movilidad que suelen experimentar muchas personas con enfermedades crónicas.

Finalmente, se identificó como recurso esencial el conocimiento construido a partir de las experiencias narradas por pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. Las historias de sufrimiento, adaptación, afrontamiento y cuidado compartidas durante la investigación se constituyeron en una fuente de información valiosa para comprender las necesidades reales de la población y orientar el diseño del servicio. En síntesis, los recursos clave no quedaron limitados a elementos materiales o tecnológicos, sino que incluyeron también recursos humanos, relacionales, institucionales y experienciales que permitieron construir una propuesta coherente con las realidades y desafíos que enfrentan las personas que viven con enfermedades crónicas y sus familias.

Propuesta de valor (Value Propositions)

Respecto a la propuesta de valor, esta se construyó principalmente a partir de los aportes realizados por el personal de salud durante el ejercicio de lluvia de ideas desarrollado en el escenario de cocreación. Los profesionales señalaron que una de las mayores necesidades observadas en los pacientes con enfermedades crónicas era la ausencia de un acompañamiento emocional continuo que permitiera abordar situaciones como la depresión, la ansiedad, los duelos persistentes, la pérdida de autonomía, la frustración por la disminución de capacidades y las dificultades familiares derivadas de la enfermedad. Asimismo,

manifestaron que muchas de estas necesidades permanecían invisibilizadas dentro de los modelos tradicionales de atención, centrados principalmente en los aspectos físicos y médicos.

A partir de estas reflexiones, la propuesta de valor se orientó hacia la creación de un servicio de acompañamiento psicológico con enfoque sistémico que ofreciera una atención integral, continua y humanizada, dirigida no solo al paciente sino también a sus cuidadores y familiares. Los profesionales destacaron la importancia de generar espacios de “descarga emocional”, acompañamiento en los procesos de adaptación a la enfermedad, fortalecimiento de los vínculos familiares y apoyo frente a las pérdidas funcionales y cambios asociados a la cronicidad. Igualmente, señalaron la necesidad de que el servicio estuviera articulado con el equipo de salud, favoreciendo una atención más completa y coherente con las necesidades de cada persona.

De esta manera, la propuesta de valor quedó definida como un servicio especializado que busca aliviar el sufrimiento emocional asociado a la enfermedad crónica mediante intervenciones psicológicas sistémicas que integran las dimensiones emocionales, familiares, relacionales y sociales del paciente, aportando continuidad al cuidado y complementando la atención médica tradicional desde una perspectiva integral del bienestar.

Relación con los clientes (Customer Relationships)

En relación con el componente relaciones con los clientes, la construcción del servicio permitió identificar la importancia de establecer vínculos cercanos, continuos y basados en la confianza entre el profesional de psicología, los pacientes, los cuidadores y sus familias. Esta dimensión surgió principalmente a partir de los aportes del personal de salud, quienes manifestaron que una de las principales necesidades observadas en la atención de personas con enfermedades crónicas era la continuidad del acompañamiento, señalando que una única

valoración psicológica resulta insuficiente para generar cambios significativos en el bienestar emocional de los usuarios.

Durante el ejercicio de cocreación, los profesionales destacaron que las personas que viven procesos de enfermedad crónica requieren espacios permanentes de escucha, apoyo y seguimiento que les permitan expresar sus preocupaciones, temores y experiencias frente a la enfermedad. También señalaron la importancia de construir relaciones terapéuticas caracterizadas por la accesibilidad, la disponibilidad y la cercanía, favoreciendo que los pacientes y sus familias perciban el servicio como un apoyo constante dentro de su proceso de atención.

De igual forma, los cuidadores manifestaron la necesidad de contar con espacios donde pudieran sentirse escuchados y comprendidos, especialmente frente a las cargas emocionales asociadas al cuidado prolongado. Esto permitió definir que la relación con los usuarios no estaría centrada únicamente en la prestación de sesiones psicológicas, sino también en la construcción de procesos de acompañamiento sostenido que promovieran confianza, contención emocional y participación activa de las familias.

Como resultado, las relaciones con los clientes se configuraron alrededor de un modelo de acompañamiento personalizado, empático y continuo, fundamentado en la escucha activa, el seguimiento periódico y la construcción de vínculos terapéuticos que favorezcan el bienestar emocional y la adaptación a la enfermedad crónica tanto de los pacientes como de sus redes de cuidado.

Canales (Channels)

Respecto al componente canales, la construcción del servicio permitió identificar los medios más adecuados para dar a conocer la propuesta, facilitar el acceso de los usuarios y mantener la comunicación con pacientes, cuidadores, familias e instituciones de salud.

Durante el ejercicio de cocreación, los profesionales de la salud señalaron que, debido a las características de la población con enfermedades crónicas, era necesario utilizar diferentes canales de comunicación que respondieran a las condiciones y posibilidades de cada usuario.

Inicialmente, surgió la propuesta de implementar canales digitales como una página web profesional, redes sociales y contenidos audiovisuales breves que permitieran visibilizar el servicio, divulgar información relacionada con el acompañamiento psicológico y facilitar el contacto para la solicitud de citas. Los participantes consideraron que estos medios podrían favorecer una mayor difusión y alcance del servicio, especialmente entre familiares y cuidadores que utilizan frecuentemente herramientas tecnológicas.

Sin embargo, los profesionales también señalaron que una parte importante de la población atendida corresponde a adultos mayores que pueden presentar limitaciones en el acceso o manejo de recursos digitales. A partir de esta reflexión, se propuso complementar los canales virtuales con estrategias presenciales de divulgación, tales como folletos informativos, material impreso y presencia del servicio en IPS, EPS, programas de atención domiciliaria y otros espacios frecuentados por pacientes con enfermedades crónicas.

De igual forma, surgió la importancia de utilizar las remisiones realizadas por profesionales de la salud y las alianzas institucionales como un canal fundamental para acercar el servicio a las personas que podrían beneficiarse del acompañamiento psicológico. Los participantes destacaron que la recomendación directa por parte de médicos, enfermeros y otros integrantes del equipo de salud podría facilitar la confianza y el acceso oportuno de los usuarios al servicio.

De esta manera, los canales del servicio quedaron configurados a través de una combinación de medios digitales, estrategias presenciales y redes institucionales,

permitiendo una comunicación accesible, cercana y adaptada a las necesidades de pacientes, cuidadores y familias que enfrentan procesos de enfermedad crónica.

Segmentos de mercado (Customer Segments)

En relación con los segmentos de mercado, la construcción del servicio permitió identificar los grupos de usuarios a quienes estaría dirigida la propuesta de acompañamiento psicológico. Esta definición surgió a partir de las experiencias compartidas por pacientes, cuidadores y profesionales de la salud durante los encuentros de cocreación, quienes evidenciaron que el sufrimiento asociado a la enfermedad crónica no se limita únicamente a la persona diagnosticada, sino que involucra a todo su sistema relacional.

En primer lugar, se identificó como segmento principal a las personas adultas y adultos mayores que viven con enfermedades crónicas, especialmente aquellas condiciones que generan limitaciones funcionales, pérdida de autonomía, dependencia progresiva, cambios en los proyectos de vida y afectaciones emocionales derivadas del proceso de enfermedad. Los relatos de los participantes permitieron reconocer necesidades relacionadas con la incertidumbre frente al futuro, la adaptación a los cambios físicos, la pérdida de capacidades y el afrontamiento del sufrimiento asociado a la cronicidad.

Un segundo segmento estuvo conformado por los cuidadores familiares, quienes durante las entrevistas manifestaron experimentar cargas emocionales, preocupaciones constantes, agotamiento y necesidad de espacios de escucha y acompañamiento. Los profesionales de la salud también señalaron que el sufrimiento de los cuidadores suele permanecer invisibilizado dentro de los procesos de atención, pese a su impacto en la calidad del cuidado y en el bienestar familiar.

Igualmente, se identificó como segmento de atención a las familias de las personas con enfermedades crónicas, debido a que la enfermedad produce transformaciones en las

dinámicas relacionales, los roles familiares, la comunicación y la distribución de responsabilidades. Desde esta perspectiva, el servicio reconoció la necesidad de intervenir no solamente con el paciente, sino con todo el sistema familiar involucrado en el proceso de cuidado.

Finalmente, se consideró como segmento estratégico a las instituciones de salud, particularmente IPS de atención domiciliaria, programas de manejo de enfermedades crónicas, aseguradoras y entidades interesadas en fortalecer la atención integral de sus usuarios. La inclusión de este segmento permitiría establecer alianzas para la implementación del servicio y ampliar su alcance dentro de los procesos de atención en salud.

De esta manera, los segmentos de mercado quedaron constituidos por pacientes con enfermedades crónicas, cuidadores familiares, familias y redes de apoyo, así como instituciones de salud interesadas en incorporar estrategias de acompañamiento psicológico que complementen la atención médica y favorezcan una visión integral del cuidado.

Estructura de costes (Cost Structure)

En relación con la estructura de costes, este componente no emergió de manera explícita durante los encuentros de cocreación con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, debido a que las conversaciones estuvieron orientadas principalmente a identificar necesidades emocionales, familiares, psicosociales y asistenciales asociadas a la enfermedad crónica. Sin embargo, los aportes realizados por los participantes permitieron reconocer algunos elementos que posteriormente fueron considerados para la estimación de los costos necesarios para la puesta en marcha y sostenibilidad del servicio.

Particularmente, la insistencia de los profesionales de la salud en la necesidad de brindar continuidad en la atención, acompañamiento permanente y articulación interdisciplinaria permitió identificar la importancia de destinar recursos para la contratación

de talento humano especializado, especialmente psicólogos clínicos con formación en enfoque sistémico y experiencia en el trabajo con pacientes crónicos y sus familias. Asimismo, las propuestas relacionadas con la atención presencial, domiciliaria y virtual hicieron evidente la necesidad de contemplar costos asociados a plataformas tecnológicas, herramientas de comunicación, transporte para visitas domiciliarias y materiales de apoyo para los procesos terapéuticos.

De igual forma, las sugerencias orientadas a la difusión del servicio mediante páginas web, redes sociales, material impreso y alianzas institucionales permitieron reconocer la necesidad de incluir recursos destinados a estrategias de divulgación y posicionamiento. En consecuencia, aunque la estructura de costes no fue un tema ampliamente desarrollado por los participantes, los aportes realizados durante la construcción del servicio facilitaron la identificación de los principales rubros necesarios para garantizar una atención psicológica integral, accesible y sostenible dirigida a personas con enfermedades crónicas, sus familias y cuidadores.

Fuentes de ingresos (Revenue Streams)

Y para finalizar, en relación con las fuentes de ingresos, este componente no surgió de manera directa durante los encuentros con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, ya que el interés principal de los participantes estuvo centrado en las necesidades de acompañamiento psicológico y en los vacíos existentes dentro de la atención a la enfermedad crónica. Sin embargo, las reflexiones compartidas durante el proceso permitieron identificar oportunidades para la sostenibilidad financiera del servicio.

Los participantes manifestaron la necesidad de contar con un acompañamiento psicológico continuo, accesible e integrado a los procesos de atención en salud, lo que permitió proyectar diferentes modalidades de prestación del servicio. A partir de ello, se

contempló que las fuentes de ingresos podrían provenir de la atención psicológica individual a pacientes con enfermedades crónicas, consultas dirigidas a cuidadores familiares, intervenciones familiares sistémicas y procesos de seguimiento psicológico especializados. Asimismo, se consideró la posibilidad de establecer convenios con IPS, programas de atención domiciliaria, aseguradoras y otras instituciones interesadas en complementar sus servicios mediante estrategias de acompañamiento psicológico.

De igual manera, surgió la posibilidad de desarrollar programas psicoeducativos, talleres de apoyo emocional, actividades dirigidas a cuidadores y espacios de formación para profesionales de la salud, los cuales podrían constituirse en fuentes adicionales de ingresos. Estas alternativas resultan coherentes con las necesidades identificadas por los participantes, quienes resaltaron la importancia de generar procesos de acompañamiento permanentes que favorezcan la adaptación a la enfermedad, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la disminución del sufrimiento emocional.

En consecuencia, las fuentes de ingresos del servicio fueron concebidas desde una perspectiva de sostenibilidad que combina la atención directa a pacientes, familias y cuidadores con la generación de alianzas institucionales y el desarrollo de programas complementarios orientados al fortalecimiento del cuidado integral en contextos de enfermedad crónica.

Anexo D

Business Model Canvas (cuadro de elaboración propia).



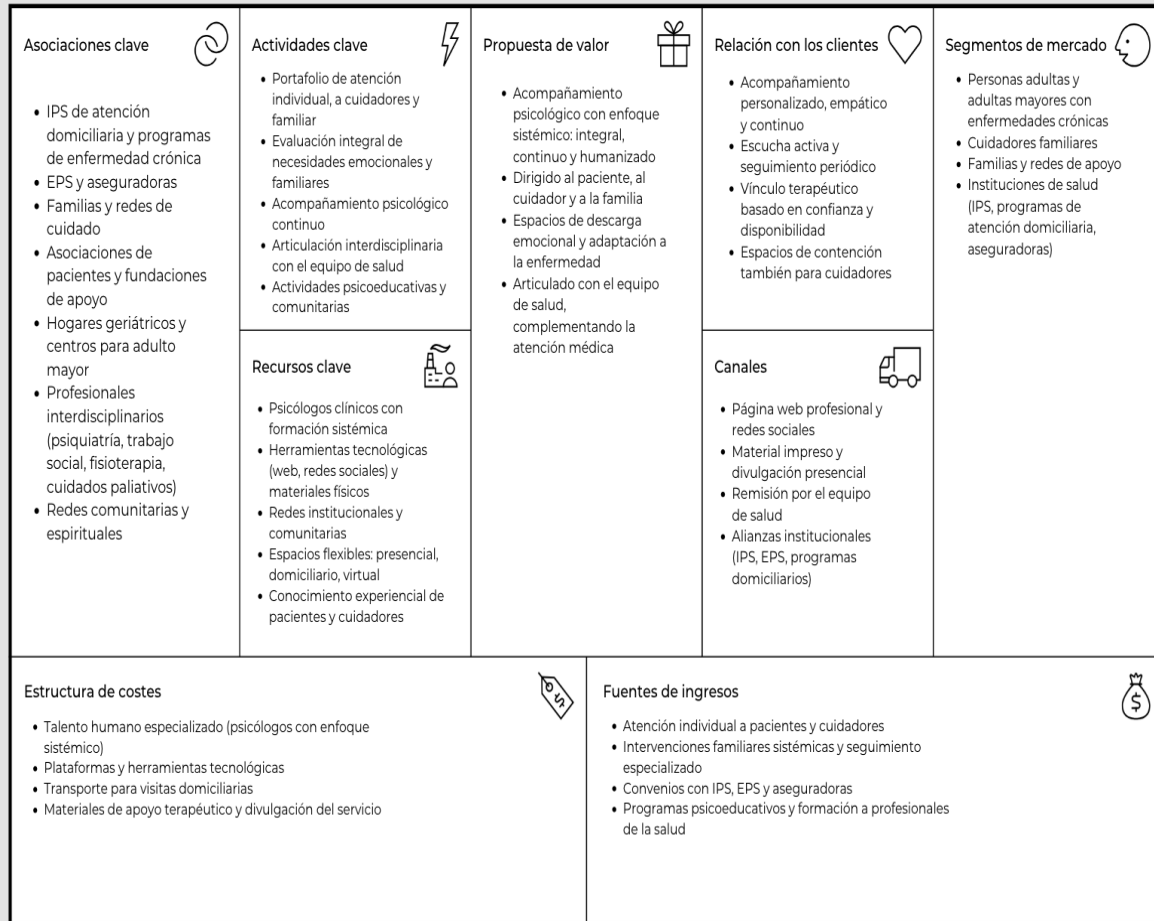
Business Model Canvas

Diseñado para: Servicio de Acompañamiento Psicológico con Enfoque Sistémico en Procesos de Sufrimiento por Enfermedad Crónica

Diseñado por: Aura Josefa Casadiego Martínez

Fecha: Junio 2026

Version: 1.0



Go beyond the canvas.
Get the playbooks that apply it.

Copyright Strategyzer AG
The makers of Business Model Generation and Strategyzer



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, P.O. Box 1808, Mountain View, CA 94042, USA.

Strategyzer

strategyzer.com/playbooks

Anexo E

Matriz de transcripción y análisis categorial

Dada su extensión, la matriz completa de transcripción, codificación y análisis categorial de los cuatro escenarios de coconstrucción se presenta como archivo independiente en formato Excel, organizado en pestañas correspondientes a cada escenario de investigación. El archivo puede consultarse en el siguiente enlace:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1c3IQAJqD8xfnM9iIVs10E7i0G1Xy3l5Y/edit?usp=sharing&ouid=116354084287072973179&rtpof=true&sd=true>