



La salud
es de todos

Minsalud

ORIENTACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL BASADA EN LA COMUNIDAD – RBC EN SALUD MENTAL

Julio 2022

Ministerio de Salud y Protección Social

Orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad _ RBC en Salud mental

Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruíz Gómez.

Ministro de Salud y Protección Social.

German Escobar Morales

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

María Andrea Godoy Casadiego

Viceministra de Protección Social

Javier Mancera

Secretario General

Dirección de Promoción y Prevención

Gerson Orlando Bermont Galvis

Director de Promoción y Prevención

Equipo Técnico

Diana María Rodríguez Araujo- Ministerio de Salud y Protección Social

Andrés Felipe Agudelo Hernández - Ministerio de Salud y Protección Social

Nancy Haydeé Millán Echeverría - Ministerio de Salud y Protección Social

Oscar Alejandro Marín Quintero - Ministerio de Salud y Protección Social

Yudy Amanda Quintero Pulgar - Programa Comunidades Saludables - USAID

Bogotá, 2022

Orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad _ RBC en Salud mental

Introducción	5
1.1 Situación de salud mental en Colombia	6
1.2 Salud mental y situaciones de emergencias	10
2. Alcance y propósito de este documento de orientaciones técnicas	11
2.1 ¿A quién está dirigido este documento?	11
3. Objetivos	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivo específicos	11
4. Proceso participativo para la construcción de este documento de orientaciones técnicas	12
5. Marco Conceptual	14
5.1 ¿Qué es la rehabilitación basada en la comunidad?	14
5.2 Propósito de la RBC en salud mental	15
<i>5.2.1 Descripción de los conceptos y enfoques asociados al propósito de la RBC en salud mental</i>	<i>16</i>
6. Marco de implementación de la RBC en salud mental en el SGSSS	21
7. Fases para implementar la RBC en salud mental	26
7.1 Fase 1. Aprestamiento	27
7.1.1 <i>Planeación territorial</i>	<i>27</i>
7.1.2 <i>Conformación del equipo interdisciplinario para la implementación de la estrategia RBC en salud mental</i>	<i>29</i>
7.1.3 <i>Fortalecimiento de capacidades del equipo interdisciplinario para la implementación de la estrategia RBC en salud mental</i>	<i>30</i>
7.1.4 <i>Concretar instrumentos y herramientas</i>	<i>31</i>
7.1.5 <i>Identificación y caracterización de actores</i>	<i>31</i>
7.2 Fase 2. Implementación	31
7.2.1 <i>Identificación y caracterización de las personas, familias y cuidadores de los grupos de riesgo priorizados para la implementación de la RBC en salud mental</i>	<i>31</i>
7.2.2 <i>Canalización y seguimiento</i>	<i>33</i>
7.2.3 <i>Fortalecimiento de capacidades para el manejo en los entornos</i>	<i>33</i>
7.2.4 <i>Cuidado de las personas cuidadoras</i>	<i>36</i>



7.2. 5 Creación y/o fortalecimiento de grupos de apoyo y de ayuda mutua	39
7.2.6 Construcción e implementación de estrategias para la reducción del estigma y el auto-estigma	41
7.2.7 Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para la gestión de procesos de inclusión social	45
7.2.8 Fortalecimiento de capacidades para la organización social	49
7.3 Fase 3: Seguimiento a la implementación de RBC en Salud Mental	50
8. Referencias Bibliográficas	53
9. Anexos	58
9.1. Mapeo y caracterización de los actores involucrados	58
9.2. Ficha de caracterización familiar para la identificación de Discapacidad psicosocial_Caldas	60
9.3. Recomendaciones metodológicas para los grupos de apoyo	65
9.4 Instrumento de calidad de vida de la OMS –versión breve (WHO-QOL-BREF)	67
9.5 Escala de Carga del cuidador de Zarit. (ECCZ)	70
9.6 Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI)	72
9.7 Inventario de Duelo Complicado	75
9.8 Instrumentos para evaluación de conducta suicida	76
9.8.1 Inventario de razones para vivir (RFL)	76
9.8.2 Escala de Riesgo Suicida (ERS)	79



Introducción

La Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC ha sido promovida, desde principios de la década de los ochenta, en el siglo pasado, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); con su apoyo el Ministerio de Salud de Colombia ha impulsado la implementación de esta estrategia desde la segunda mitad de la misma década. Para hacerla viable a través del sistema general de seguridad social en salud, se le ha dado soporte en lineamientos técnicos y desarrollo normativo, como se describió en la introducción de este documento.

El soporte normativo, de política, técnico y operativo que ha desarrollado Colombia da cuenta de la importancia estratégica de la RBC en las últimas tres décadas en la atención integral en salud, a saber:

1. **Marco normativo:** La Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013), Ley Estatutaria de Discapacidad (Ley 1618 de 2013) y Ley 1566 de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas incluyendo su rehabilitación e inclusión social.
2. **Marco de Política:** El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 - Dimensión Prioritaria Convivencia Social y Salud Mental y la Dimensión Transversal Atención Integral en Salud para las Personas con Discapacidad bajo el Enfoque Diferencial. La Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), la Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019) y el CONPES 3992 de 2020, Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia, se constituye en herramienta operativa para la implementación intersectorial de estas dos políticas en el nivel nacional.
3. **Marco técnico:** En el año 2014 se publicaron los primeros *Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad -RBC (MSPS; 2014)*¹ y en 2016 los *Lineamientos Nacionales para la Implementación de RBC en Salud Mental* y su manual operativo (MSPS; 2016)²
4. **Marco operativo:** La Resolución 518 de 2015 viabiliza la RBC a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC-, directriz retomada en la Resolución 3280 de 2018 para la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud. De su parte, la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida (MSPS; 2021), articula a través de sus componentes e hitos de implementación la estrategia RBC en salud mental, otorgando gran relevancia a la participación comunitaria y los grupos de apoyo como elementos clave para lograr el

¹ Consultar los lineamientos en el siguiente link:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>

² Consultar Lineamientos Nacionales para la Implementación de la Estrategia RBC en Salud Mental y su Manual operativo en los siguientes links:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/rbc-salud-manual-operativo.pdf>

abordaje integral, la recuperación y la inclusión de las personas con problemas y trastornos mentales.

La actualización de las orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad _ RBC en Salud mental es una oportunidad para profundizar la acción articulada intersectorial y la participación social.

1.1 Situación de salud mental en Colombia

La situación antes planteada, evidencia la brecha entre la atención integral en salud y la población que presenta trastornos mentales en Colombia; según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, el 4,7% de la población entre 7 y 11 años de edad ha presentado algún trastorno mental en el último año, así mismo el 4,4% de las personas entre 12 y 17 años, al igual que el 4% de la población mayor de 18 años, principalmente depresión y ansiedad. En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, los estudios realizados en Colombia (MinJusticia, MSPS, Observatorio de drogas; 2016) han evidenciado que el 59% de las personas entre 12 y 65 años de edad han consumido alcohol durante el último año, y que el 20,7% de la población universitaria y el 11% de la población escolar ha consumido marihuana durante ese mismo periodo de tiempo.

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2019 revela que existen variaciones de acuerdo al tipo de sustancia; el alcohol es la sustancia más usada con una prevalencia de último año de 54,5% y empieza a mostrar disminución en contraste con el 2013 (58,7%), en segundo lugar, se encuentra el tabaco, con una prevalencia de consumo de 12,1 en el último año y su tendencia tiende a disminuir (16,2% en el 2013) y con prevalencias mucho más bajas las sustancias psicoactiva ilícitas (3,4%).

Gráfica 1.

Trastornos Mentales y Consumo de SPA en Colombia



Trastornos Mentales y Consumo de SPA



TRASTORNOS



Población de 7 a 11 años

4,7%

Han tenido cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de cualquier tipo fue el evento más prevalente, con 3%.



Población de 12 a 17 años

4,4%

Han tenido cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses

3,4% Fobia social

3,5% Trastorno de ansiedad



Población de 18 años o más

4%

Han tenido cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses

La depresión -de cualquier tipo- (1,9%) y la ansiedad -de cualquier tipo- (2,1%) fueron los eventos más prevalentes.



CONSUMO SPA

Población escolar de 12 a 18 años

59,59% en el último año

Edad de inicio 13.1



10,97% en el último año

Edad de inicio 13.98

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida, y entre las ilegales la de mayor consumo es la marihuana.

Población universitaria

56,11% en el último año



20,70% en el último año

En los fármacos tranquilizantes las mujeres superan el consumo de los hombres: 2,2% y 1,4% respectivamente.

Población general de 12 a 65 años

58,78% en el último año



3,60% en el último año

El consumo problemático se presenta con mayor frecuencia en personas de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3.

Fuentes:
Encuesta nacional de salud mental (2015)
Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, Colombia - 2016.

III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), 2016.
Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2016.

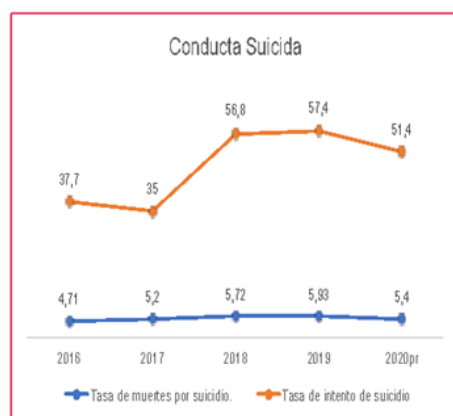
Nota. Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la salud Mental, 2020

Por su parte, el intento de suicidio ha presentado una tendencia al aumento desde el año 2016, alcanzando la tasa más alta de 57,4 en 2019; año en el que también se presentó la tasa más alta de muertes por suicidio en los últimos 5 años, llegando a 5.93 por 100.000 habitantes³.

Gráfica 2.

Conducta suicida en Colombia 2016 - 2020

³ Fuente: Bodega de datos SISPRO consultada el 20 de octubre de 2021. Acumulado año 2020, preliminar (Defunciones no fetales ocurridas entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2020 y reportadas por la fuente hasta el 31 de enero de 2021)

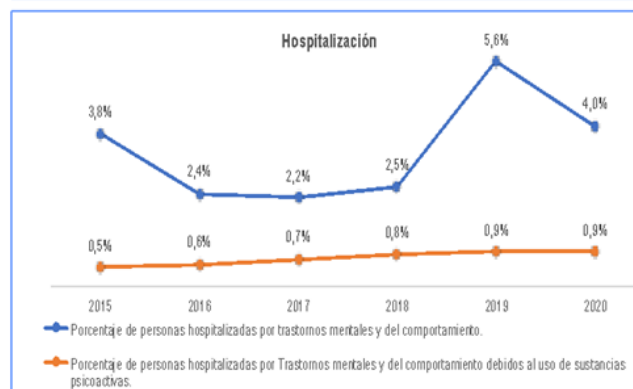


Hasta 2019 se observó aumento consistente en todos los indicadores trazadores. En 2020 se evidencia descenso en el número de personas atendidas de 23% y en el intento de suicidio del 15.7%; posiblemente relacionado con la reorganización a los servicios de salud (con menos personas atendidas) y mayor control social a las personas con riesgo de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas en sus hogares.

Fuente: Bodego de datos Sispri

*Nota: Acumulado año 2020, preliminar (Defunciones no fatales ocurridas entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2020 y reportadas por la fuente hasta el 31 de enero de 2021)

Nota. Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2021

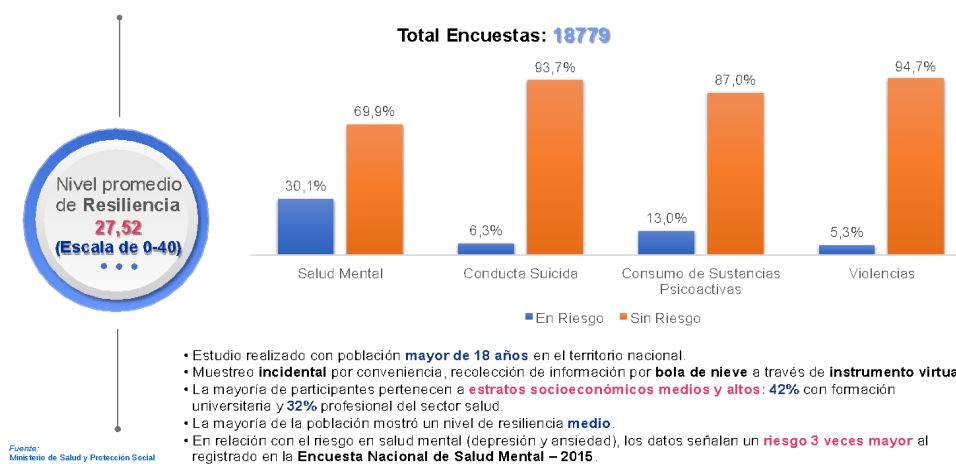


En este mismo orden de ideas, y con el propósito de conocer la relación entre los riesgos en salud mental y el nivel de resiliencia de los colombianos mayores de 18 años en tiempos de pandemia por COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social en 2020 realizó un estudio que mostró un riesgo en salud mental (depresión y ansiedad) 3 veces mayor al registrado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – 2015 (MSPS; 2021).

Gráfica 3.

Estudio sobre resiliencia y salud mental durante la pandemia COVID-19

Estudio sobre resiliencia y salud mental durante la pandemia



Nota. Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2021

Los anteriores resultados se complementan con los datos de las casi 24.000 intervenciones de teleorientación en salud mental que se realizaron entre el 13 de abril de 2020 y el 30 de junio de 2021 a través de la línea nacional 192, donde el 25% de los usuarios (de todas las edades y regiones del país) reportaron síntomas de ansiedad, el 19,15% reacciones al estrés, el 17% síntomas de depresión, el 11% exacerbación de síntomas de trastornos mentales previos. También se brindó apoyo emocional a personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (6%), problemas de la conducta de niños, niñas y adolescentes (5,3%), conducta suicida (4,22%), entre otros.

Gráfica 4.

Intervenciones de teleorientación en salud mental – Línea 192



Nota. Extraído del reporte de seguimiento a la opción de salud mental de la Línea 192

1.2 Salud mental y situaciones de emergencias

Las necesidades de atención para los trastornos mentales (TM) y consumo problemático de sustancias psicoactivas tradicionalmente han planteado grandes retos, entre ellos la disponibilidad de recursos, lo cual incide en el acceso a tratamientos especializados; adicionalmente las personas con TM constantemente se enfrentan a situaciones relacionadas con el estigma, tales como exclusión y discriminación (OPS, OMS; 2015).

Se ha identificado que, ante situaciones de crisis y desastre se presentan afectaciones en la salud mental; la pandemia por Covid-19 requirió cambios drásticos en los estilos de vida y la cotidianidad, que se convierten en factores de riesgo para la salud mental; por otro lado, generó impactos en el sistema de salud que inciden en la atención para personas con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas (OPS; 2020).

En este contexto algunos grupos requieren intervenciones focalizadas, entre ellos: personas que presentan problemas o trastornos de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, personas víctimas de violencia, familiares y cuidadores de personas que requieren atención especial, para quienes se consideran acciones diferenciales tales como: 1) acceso a atención en salud mental mediante modalidad remota, 2) disminución de barreras y acceso a atención en salud mental en el primer nivel de atención, 3) contar con bases de datos actualizadas que permitan realizar seguimiento a las personas para garantizar la continuidad de su tratamiento, y 4) garantizar la existencia de tratamiento farmacológico en el primer nivel (OPS; 2020).

La rehabilitación basada en comunidad favorece el bienestar y calidad de vida, principalmente en poblaciones vulnerables, quienes como se describe previamente tienen una afectación derivada de situaciones atípicas como la pandemia por COVID19; en ese sentido, es necesario que esta estrategia pueda implementarse, pues permite ampliar la cobertura, incrementar la efectividad de las intervenciones, mediante la gestión social y la articulación intersectorial, así como con el empoderamiento de las personas sobre su salud (Correa, Valenzuela; 2020).

Con base en lo antes expuesto, se hace evidente la necesidad de ampliar la cobertura y cualificar la implementación de estrategias como la RBC en salud mental, donde las comunidades son protagonistas y corresponsables de su salud mental, mejorando sus condiciones de vida y generando desarrollo individual y colectivo. Entendiendo que las comunidades están conformadas por un gobierno local, instituciones públicas y privadas, ciudadanos, comunidades étnicas, empresas, comercios, diferentes organizaciones, iglesias, entre otros actores sociales, que la viven y la construyen cotidianamente, se hace fundamental la alianza intersectorial e interinstitucional, aunando esfuerzos y recursos, para promover entornos que generen procesos de inclusión social y desarrollo integral efectivos para las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, epilepsia, sus familias y cuidadores.

2. Alcance y propósito de este documento de orientaciones técnicas

Brindar orientaciones técnicas que actualizan los lineamientos ya existentes con el propósito de fortalecer la implementación de la RBC en Salud Mental en todo el país a partir las lecciones aprendidas en la implementación de los lineamientos vigentes (2016).

2.1 ¿A quién está dirigido este documento?

Por tratarse de orientaciones técnicas para la implementación de RBC en Salud Mental, que actualizan los lineamientos sobre RBC en salud mental ya existentes, los contenidos que se desarrollan en los siguientes capítulos serán de utilidad principalmente para:

- Profesionales que lideran las acciones de salud mental en las Direcciones Territoriales de Salud
- Profesionales y técnicos de las Empresas Sociales del Estado y las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con las que se contrata la ejecución de las intervenciones colectivas en los territorios.
- Responsables de la gestión del riesgo en salud mental en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud
- Organizaciones que trabajan en temas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo las de base comunitaria.
- Actores de los demás sectores responsables de promover el bienestar y la calidad de vida de la población, tales como: Educación, trabajo, cultura, recreación, deporte, vivienda, protección, cooperación internacional, líderes comunitarios.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Definir orientaciones técnicas, dirigidas a los actores del sector salud y de otros sectores, para fortalecer la implementación de la RBC en Salud Mental a nivel departamental y municipal, como estrategia de articulación sectorial e intersectorial para la rehabilitación integral e inclusión social de las personas con trastornos mentales y consumo problemático de sustancias psicoactivas, epilepsia, sus familias y cuidadores.

3.2 Objetivo específicos

- Brindar elementos conceptuales, metodológicos y operativos para implementar la RBC en Salud Mental, en el marco de la política de salud mental, prevención y atención al consumo problemático de sustancias psicoactivas, y de la implementación la Ruta

Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y las RIAS para grupos de riesgo.

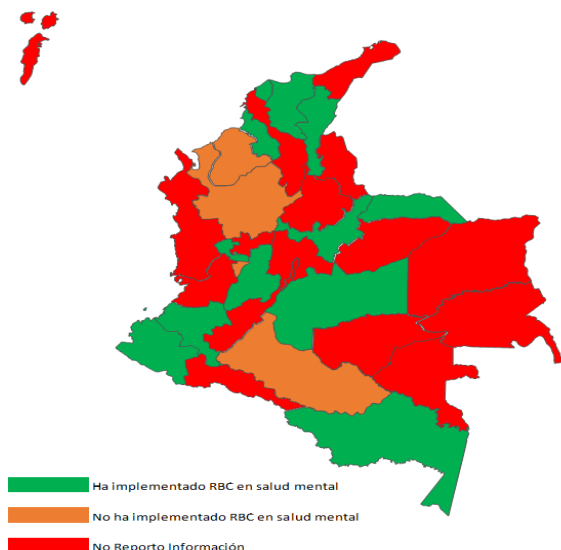
- Brindar recomendaciones para el mejoramiento de los procesos de articulación intersectorial orientados a la inclusión social efectiva de las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, epilepsia, sus familias y cuidadores.

4. Proceso participativo para la construcción de este documento de orientaciones técnicas

Se consideró de gran importancia partir de la experiencia de los territorios que han avanzado en la estrategia durante los últimos años, así como de las barreras que han limitado su despliegue a nivel territorial. Por tal motivo, en el mes de marzo de 2021 se realizó una encuesta virtual con todos los departamentos y distritos; se recibió respuesta de 16 territorios, 12 de los cuales reportaron haber implementado la estrategia con base en los lineamientos del MSPS (Atlántico, Magdalena Cesar, Sucre, Arauca, Boyacá Caldas, Tolima, Cauca, Nariño, Meta y Amazonas), beneficiando principalmente a personas con trastornos mentales, conducta suicida y consumo problemático de sustancias psicoactivas (ver gráfica 5).

Gráfica 5.

Reporte de implementación de la estrategia RBC a nivel territorial



Nota. Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2021

Dentro de los principales logros reportados por los territorios que han implementado la estrategia, se destacan las siguientes acciones: identificación o censo a las personas beneficiarias, sus familiares y cuidadores, acercamiento y reconocimiento de problemáticas,

canalización a servicios de salud y seguimiento; también el desarrollo de capacidades y fortalecimiento de los equipos de trabajo. Con respecto a las principales dificultades para la continuidad de la implementación, se destacan las relacionadas con procesos administrativos tales como: la asignación de recursos, rotación de talento humano, falencias en la articulación con actores del sector salud y otros sectores.

Los territorios que no han implementado la RBC en Salud Mental, dieron razones relacionadas con el desconocimiento de la estrategia y su rol en el marco de las actuales políticas de salud, su articulación con otras estrategias y las fuentes de financiación.

En cuanto a los contenidos recomendados para la actualización de los Lineamientos Nacionales para la Implementación de RBC en Salud Mental, los territorios que respondieron la encuesta se refirieron a lo siguiente: orientaciones para la adaptación y herramientas de trabajo práctico considerando la pertenencia étnica y variables sociodemográficas de las personas, el suministro de herramientas virtuales para el desarrollo de la estrategia y el manejo de incentivos; así como indicaciones operativas o guías paso a paso por componentes de la estrategia y por eventos.

Con base en estos resultados, se construyó una propuesta inicial para la actualización de los lineamientos, que fue socializada en espacios virtuales con los diferentes territorios; a partir de su retroalimentación se realizaron los ajustes que dieron forma a las orientaciones que se presentan en este documento. A través de procesos de asistencia técnica, participaron los equipos técnicos de las Direcciones Territoriales de Salud de Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Nariño (incluyendo representantes de diferentes sectores de los municipios del departamento) y Santander (incluyendo equipos técnicos y secretarios de salud de los municipios priorizados); en estos espacios se contó con el apoyo de la Asociación contra la Depresión y el Pánico -ASODEP- y la Asociación Colombiana de Bipolares, para darle énfasis a los grupos de apoyo como herramienta central de la estrategia. También se realizó socialización con todos los territorios en evento virtual coordinado con la Oficina de Promoción Social del Minsalud, en el cual participaron los equipos técnicos de las dimensiones involucradas y representantes de otros sectores como la Agencia para la Reintegración y Normalización -ARN.

Finalmente, en el marco del Programa Comunidades Saludables de USAID, se realizó un proyecto para fortalecer la respuesta en salud mental relacionada con COVID-19 este se orientó a apoyar la actualización de los lineamientos nacionales e impulsar la implementación de la estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad (RBC_Salud Mental). En el marco de estas actividades se realizó la divulgación de los principales cambios en los lineamientos, los indicadores e instrumentos propuestos para evaluación y seguimiento de la estrategia, actividad dirigida a referentes de salud mental y sus equipos de profesionales en 11 territorios priorizados (Atlántico, Bogotá, Bolívar, Bucaramanga, Cali, Cartagena, La Guajira, Magdalena, Nariño, Cúcuta, Santander).

El método para realizar la validación consistió en la presentación de contenidos durante las reuniones periódicas establecidas con los equipos territoriales; se socializaron los lineamientos RBC_Salud Mental, se revisaron los contenidos y la pertinencia de estos para la implementación en cada una de las Entidades Territoriales, reconociendo la experiencia del equipo y el conocimiento de las oportunidades, necesidades y retos existentes. Sus

comentarios y recomendaciones se integran en el presente documento. Los principales aportes realizados por parte de los expertos de los territorios se relacionaron con los indicadores, estrategias para facilitar los procesos de grupos de apoyo y la importancia que dan a la necesidad de incluir dentro de las acciones a los cuidadores primarios.

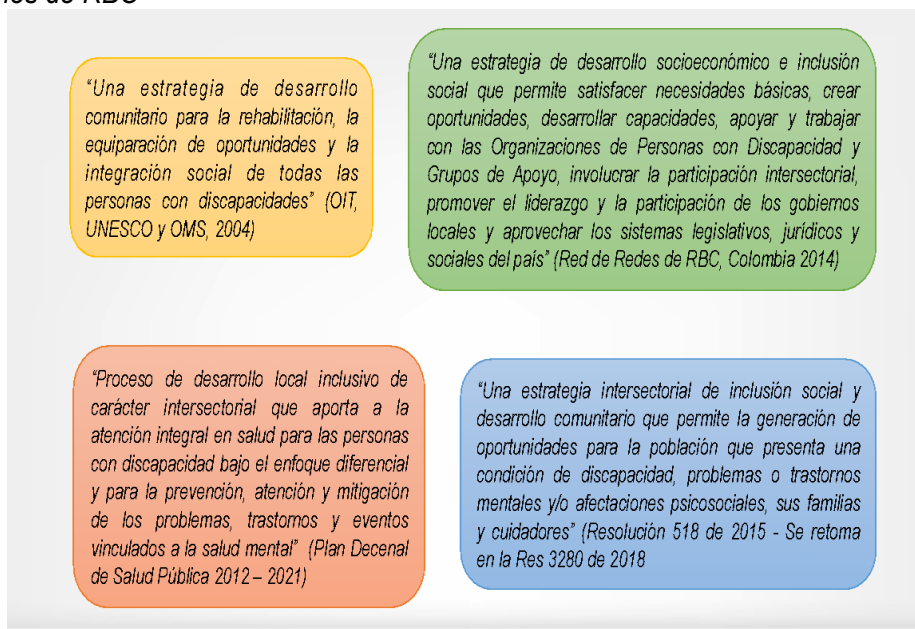
5. Marco Conceptual

5.1 ¿Qué es la rehabilitación basada en la comunidad?

La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como una estrategia de fortalecimiento comunitario tiene como propósito fundamental la restitución de la autonomía funcional y social como punto de partida para el desarrollo de las competencias ciudadanas de las personas, que les permitan avanzar en su inclusión social y mejorar su calidad de vida, está orientada principalmente a las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras; así como otros grupos de riesgo tradicionalmente excluidos y discriminados por su condición de salud (VIH, trastornos mentales, tuberculosis, epilepsia, consumo problemático de sustancias psicoactivas, entre otros), con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud, y coordinar acciones con otros sectores para asegurar que sean considerados todos los aspectos de la salud con énfasis en los determinantes sociales, incluyendo la rehabilitación integral y los procesos de inclusión.

En este proceso de implementación de la estrategia se han generado diferentes definiciones que se presentan en la Gráfica 6.

Gráfica 6.
Definiciones de RBC



Nota. Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2021



La estrategia de RBC se apoya en el marco de las políticas internacionales orientadas por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás normas concordantes de carácter nacional, donde se establece el carácter intersectorial de ésta y se definen los compromisos y la puesta en marcha de medidas administrativas para promover un ejercicio efectivo de los derechos.

La RBC se desarrolla a través del trabajo en red, promoviendo la participación de la comunidad, las familias, los cuidadores y las organizaciones que representan sus intereses, para así movilizar alianzas colaborativas entre diferentes sectores: protección, educación, salud, trabajo, justicia, cultura, deportes, entre otros, para así abordar las dificultades de acceso asociadas a la participación de las personas de los grupos de riesgo antes mencionados.

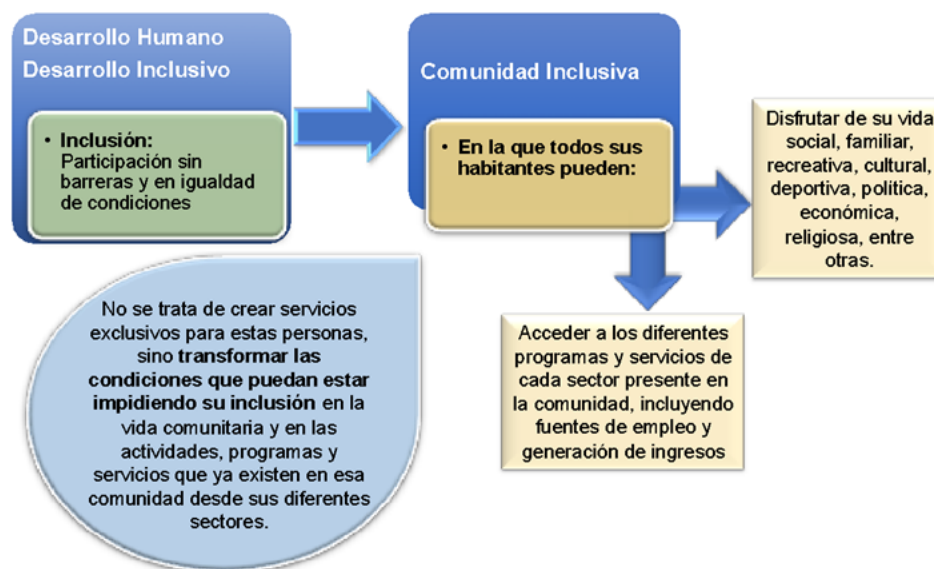
En la Resolución 3280 de 2018, que modifica el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es una “estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad y/o afectaciones psicosociales”, incluyendo personas con problemas, trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, epilepsia y/o desenlaces no deseados (sobrecarga de cuidadores, conducta suicida, exposición a violencias, entre otros), sus familias y cuidadores.

5.2 Propósito de la RBC en salud mental

Partiendo de las anteriores definiciones, se concreta el propósito de implementar la RBC como estrategia para fortalecer los procesos de rehabilitación integral e inclusión social (familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural, etc.), de las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas y epilepsia, sus familias y cuidadores, junto con los demás grupos de riesgo mencionados, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores, las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, epilepsia, sus familias y cuidadores, las organizaciones de base comunitaria, entre otros actores, en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (hogar, laboral, educativo, comunitario e institucional) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus integrantes.

Con base en lo anterior, la gestión sectorial, intersectorial y comunitaria para el cuidado integral de la salud mental, debe estar orientada, entre otros, a procurar que todas las actividades, programas y servicios con los que cuenta una comunidad sean también para las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas y epilepsia, sobrevivientes de conducta suicida, sus familias y cuidadores, es decir, la transformación de las condiciones que impiden su inclusión en la vida comunitaria y en las actividades, programas y servicios que ya existen en esa comunidad desde sus diferentes sectores. En la Gráfica 7 se presenta un resumen de la forma como interactúan los conceptos antes descritos en el marco del propósito de la RBC en Salud Mental.

Gráfica 7.
Propósito de la de RBC en salud mental



Nota. Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2021

Todo lo anterior debe darse a partir del reconocimiento de las necesidades particulares de cada comunidad, de lo contrario se podría caer en el riesgo de homogenizar respuestas que son poco pertinentes para algunas personas o grupos poblacionales.

Por lo anterior, al promover procesos de inclusión social, la implementación de la estrategia que se presenta en este documento está dirigida a toda la comunidad, no solo a quienes participan de manera directa en la estrategia RBC_Salud Mental. Reconoce la dignidad humana como principio y valor atendiendo a las particularidades de las personas a lo largo del curso de vida y a la hora de construir comunidad. Tiene en cuenta conceptos inclusivos tales como: autonomía, independencia y empoderamiento, entendido como el proceso por el cual una persona usa su poder personal para tomar decisiones y actuar asumiendo el control de su vida.

5.2.1 Descripción de los conceptos y enfoques asociados al propósito de la RBC en salud mental

5.2.1.1 Desarrollo Humano



Siguiendo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, el desarrollo humano se concibe como un proceso, que permite la ampliación de oportunidades, estas pueden cambiar con el tiempo, una de las oportunidades esenciales incluye el disfrute de una vida saludable; se consideran dos aspectos: La formación de capacidades y el uso de las capacidades adquiridas (PNUD;1990). Integra aspectos como la participación, la sostenibilidad, la seguridad y la **garantía de los derechos humanos**; todos necesarios para que el ser humano sea creativo y productivo, gozando de respeto por sí mismo y sintiéndose participe de una comunidad. “En definitiva, el desarrollo humano es el desarrollo de la gente, para la gente y por la gente” (PNDU; 2020).

En este sentido, la OMS asegura que “el disfrute de los mayores niveles alcanzables en salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condiciones sociales o económicas” (OMS; 2016).

5.2.1.2 Desarrollo Inclusivo

El concepto de desarrollo inclusivo nace en el contexto de los objetivos de desarrollo del milenio para superar la pobreza y se define de la siguiente manera: “el diseño e implementación de acciones y políticas para el desarrollo socioeconómico y humano que procuren la igualdad de oportunidades y derechos para todas las personas, independientemente de su status social, su género, edad, condición física o mental, su etnia, religión, opción sexual, etc., en equilibrio con su medio ambiente” (Astorga, 2007, como se citó en Cordero, 2011)”. Este concepto enfatiza el aporte que pueden realizar las personas en el proceso de desarrollo, entendido de manera amplia, superando los modelos asistencialistas (Werneck; 2005).

En este orden de ideas, el informe de la Comisión Lancet sobre salud mental mundial y desarrollo sostenible, publicado en 2018 (Patel, y cols; 2018), pone de manifiesto que “no hay desarrollo sostenible sin salud mental”, debido a los estrechos vínculos entre la salud mental y el desarrollo (desde la educación y el crecimiento económico hasta el conflicto y el cambio climático); razón por la que es necesaria una comprensión más integral de la salud mental y una respuesta multisectorial coordinada, para transformar los determinantes sociales de la salud mental que retrasan el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

5.2.1.3 Inclusión social

“Se describe la inclusión social como el proceso de cambio de las personas, familias, comunidades e incluso regiones, de manera que participen social, económica y políticamente, tanto de forma pasiva (beneficios y oportunidades) como activa (mecanismos y procesos de decisión comunitaria)” (Araoz-Fraser, 2010, pág. 9). Este concepto se relaciona con la equidad y permite cerrar brechas, mediante el acceso igualitario, sin importar origen, etnia, género, orientación sexual, religión, capacidad intelectual, situación financiera, entre otros, a servicios, derechos, espacios físicos, sociales, políticos, tales como: educación, salud, opciones laborales, vivienda, entre otros (Muñoz y Barrantes; 2016).

Así, entendiendo la inclusión como participación sin barreras y en igualdad de condiciones, una comunidad inclusiva es aquella en la que todos sus habitantes, pueden disfrutar de su

vida social, familiar, recreativa, cultural y deportiva, política, económica, religiosa, entre otras; y acceder a los diferentes programas y servicios de cada sector presente en la comunidad, incluyendo fuentes de empleo y generación de ingresos. La inclusión social es la expresión fundamental de un proceso de rehabilitación eficaz e integral que se manifiesta en el ejercicio pleno de los derechos humanos⁴

5.2.1.4 Participación

Según la Política de Participación Social en Salud (Resolución 2063. MSPS; 2017) la Participación se define como el derecho que tiene cada ciudadano/a, y los colectivos, a afectar las decisiones relacionadas con su bienestar. Está orientada al logro de la autonomía de los sujetos y a la incidencia social y política.

Por su parte, las políticas de salud mental, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas recogen lo anterior, destacando que la salud es un bien público y un derecho fundamental (MSPS; 2018); por tanto, cada persona debe hacer parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema de salud que afecta a la comunidad. Esto implica reconocer a los sujetos individuales y colectivos como protagonistas en el proceso de desarrollo integral, así como en la comprensión, análisis de situación y formas de abordaje integral en salud.

5.2.1.5 Discapacidad mental/psicosocial

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, desde un enfoque de Derechos Humanos y vida independiente, reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Convención de la ONU, 2006). Son necesarias tres condiciones para la presencia de la discapacidad: 1) La deficiencias (para este caso principalmente en las funciones), 2) Restricciones en la participación por las barreras del entorno (incluyen el acceso y la calidad de los servicios de salud y de otros sectores) y 3) Limitación en la actividad.

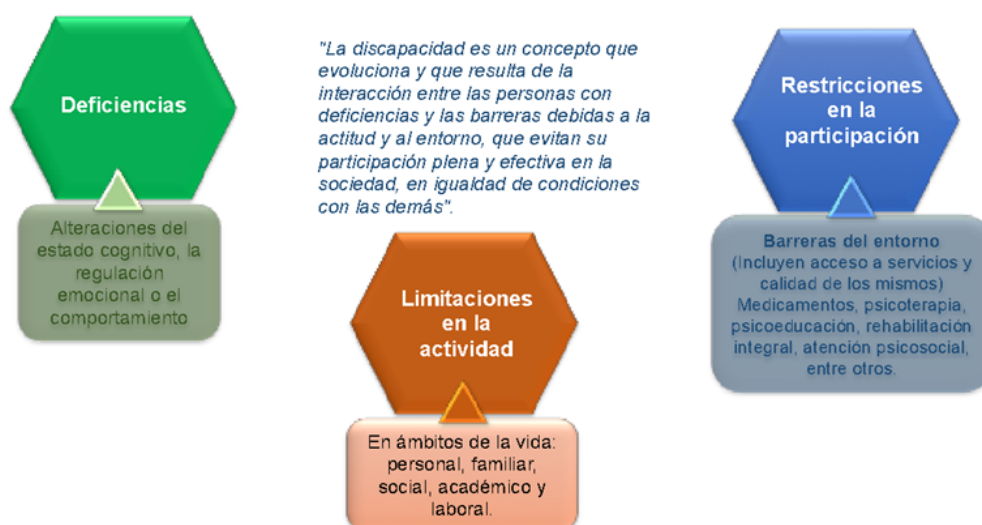
De tal manera, y siguiendo a la Convención de la ONU (2006), la discapacidad mental o psicosocial, resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas barreras surgen de los límites que las diferentes culturas y sociedades imponen a la conducta y comportamiento humanos, así como por el estigma social y las actitudes discriminatorias. Esto incluye las barreras de acceso a los servicios y la deficiente calidad de los mismos, llevando a las personas con trastornos mentales hacia el deterioro de su condición, pérdida de su identidad, aislamiento y abandono.

Los trastornos mentales generan limitaciones o dificultades en diferentes ámbitos de la vida y la interacción con el entorno (en los ámbitos emocional, personal, familiar, social, académico,

⁴ Vicepresidencia de la República de Colombia, Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva, 2010

laboral/ocupacional); sin embargo, con el tratamiento e intervenciones adecuadas (medicamento, psicoterapia, rehabilitación integral, atención psicosocial, gestión de riesgos asociados, psicoeducación, acompañamiento y seguimiento, entre otros), estas deficiencias pueden mejorar permitiendo a las personas recuperar su capacidad para cuidar de sí mismo, desempeñar sus roles familiares, interactuar y mantener relaciones significativas, estudiar, trabajar y participar en las actividades de su comunidad. En la Gráfica 8 se presenta un resumen esquemático de lo antes expuesto en relación con la discapacidad mental o psicosocial.

Gráfica 8.
Discapacidad mental/psicosocial



Nota. Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2021

5.2.1.6 Estigma

El estigma hace referencia a construcciones culturales negativas hacia personas y grupos específicos, a través de las cuales se les asignan aspectos que deben ser controlados, excluidos o eliminados de una sociedad o comunidad. Cuando esta construcción negativa es interiorizada por la persona o comunidad que recibe el "estigma o marca", se denomina auto-estigma. Lo anterior limita el ejercicio de sus derechos, afecta su calidad de vida y repercute en su familia, comunidad y redes de apoyo.

De tal manera, nos apoyamos en autores como López y colaboradores (2008) quienes han apelado a la psicología social para explicar la coexistencia del estigma público o social (de la población general o mayoría), y el auto-estigma (relativo a las personas estigmatizadas) que se desarrolla como consecuencia del primero una vez es interiorizada por la persona estigmatizada.

Según estos autores, el estigma público o social, surge básicamente de la forma en que se clasifican y categorizan culturalmente personas, grupos, comunidades o cosas las cuales habitualmente comparten rasgos diferentes en el comportamientos, estilos y formas de vida, etnia, cultura, religión categorías raciales, creencias, orientación sexual e identidad de género entre otros, los cuales se definen en términos de antagonismo, “bueno/malo”, “deseable/indeseable” y “aproximable/rechazable”. Se configura básicamente por la interacción de los siguientes tres componentes:

- Estereotipos:** Conjunto de creencias que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social, comportamientos o creencias y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo.
- Prejuicios:** Predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.
- Discriminación:** Hace referencia a las conductas de rechazo o de vulneración a los derechos (por acción u omisión) de personas o instituciones hacia las personas o grupos estigmatizados que producen exclusión social.

Estos tres procesos ocurren en personas, actores institucionales y comunitarios de un territorio; están íntimamente relacionados y se refuerzan mutuamente, de esta manera los estereotipos se aceptan en la medida en que coinciden con los prejuicios emocionales y es entonces cuando generan discriminación en la conducta.

Por lo anterior, como una expresión de protección física, emocional y social, las personas con problema o trastorno mental y/o consumo de sustancias psicoactivas tienden a disfrazar o negar esos atributos que son devaluados por la sociedad pero que de alguna manera pueden mantenerse ocultos. En la Tabla 1, se resume lo antes expuesto sobre la forma en que se configura el estigma en relación con los trastornos mentales.

Tabla 1.
Cómo se configura el estigma

Componentes	Estigma social o público	Auto-estigma o estigma interiorizado
Cognitivo Estereotipos	Creencias negativas sobre las personas con trastorno mental (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre sí mismo por tener un trastorno mental (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
Emocional Prejuicios	Conformidad o acuerdo con las creencias y reacciones emocionales derivadas (miedo, rabia, desconfianza).	Conformidad con las creencias, aplicación de la creencia a uno mismo y reacción emocional negativa (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, culpa, vergüenza, decepción).

CONDUCTUAL DISCRIMINACIÓN

Comportamiento en respuesta al prejuicio (sobreprotección, rechazo, negativa a emplear, negativa a ayudar).

Comportamiento en respuesta al prejuicio (Aislamiento, abandono de los tratamientos, falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo, rechazo a buscar ayuda).

Nota. Tomada del artículo: López y cols. (2008).

La Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015 (MSPS; 2015) puso en evidencia que una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud mental en nuestro país se encuentra en el estigma y el auto-estigma. También se ha hecho énfasis en las afectaciones en la salud mental del talento humano en salud que, por causa del estigma, no las reconoce fácilmente y evitan buscar ayuda, llegando a desenlaces como el burnout y la conducta suicida.

Por lo anterior, se hace indispensable el trabajo articulado entre los actores comunitarios y los diferentes sectores para identificar los imaginarios sociales con cargas negativas en relación con la salud mental que perpetúan las prácticas estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas con trastornos mentales, en los diferentes entornos y en cada momento del curso de vida, para definir acciones conjuntas que realmente aporten a la reducción del estigma y el auto-estigma, favoreciendo la participación y los procesos de inclusión social efectivos de las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas y epilepsia.

Desde el sector salud, el fortalecimiento de los equipos básicos de salud para la valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento desde los procesos de baja complejidad, así como el fortalecimiento de los servicios de salud mental integrados a los hospitales generales, dando prioridad a la consulta externa y a la internación parcial, así como la articulación de capacidades y recursos para la atención ambulatoria y el seguimiento pos hospitalario (la continuidad de los cuidados), son aportes claves para la reducción del estigma.

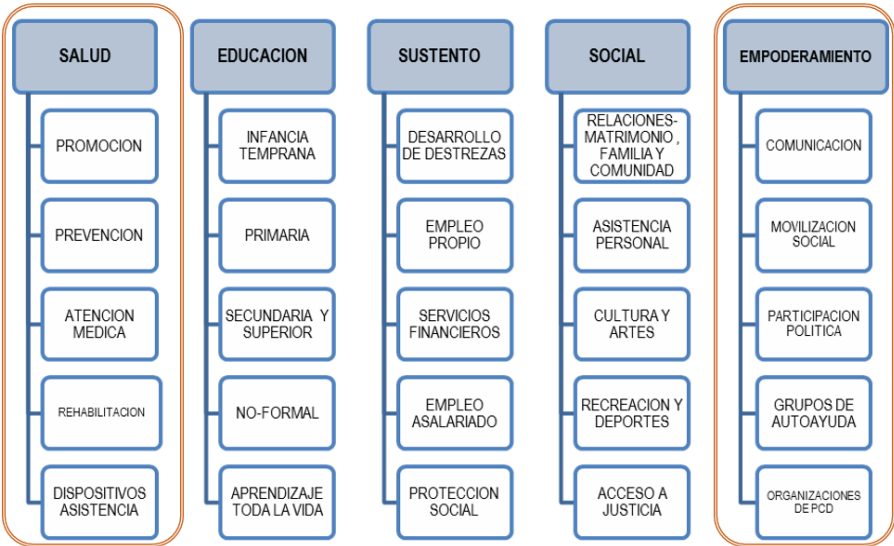
Para profundizar en relación con las acciones que pueden desarrollar las Direcciones Territoriales de Salud, Empresas Administradoras Planes de Beneficios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la comunidad para avanzar en la reducción del estigma hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, consultar el documento *“Orientaciones para eliminar el estigma y la discriminación, hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género y población LGBTI”* disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/orientaciones-eliminar-estigma-discriminacion-personas-consumen-sustancias-psicoactivas-enfoque-genero-poblacion-lgtbi.pdf>

6. Marco de implementación de la RBC en salud mental en el SGSSS

La OMS (2012) propone organizar las acciones articuladas de los diferentes sectores en una matriz a través de la cual se pueden planear y medir sus resultados. Esta matriz se presenta en la Gráfica 9. En Colombia el sector salud, en el marco de sus competencias, implementa de manera directa acciones de la primera y la quinta columna (Salud y Empoderamiento), y a través de los procesos de Gestión de la Salud Pública, motiva la coordinación intra e intersectorial para el desarrollo y fortalecimiento de las acciones de educación, sustento y social, orientadas al logro de los resultados en salud.

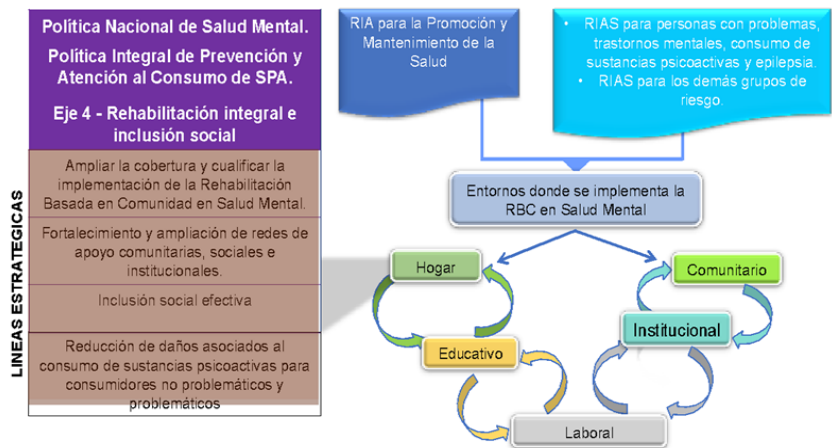
Gráfica 9.
Matriz de RBC



Nota. Tomado de: Rehabilitación basada en la comunidad: Guías para la RBC, OMS 2012

Atendiendo a lo anterior, como se mencionó en la introducción de este documento, la RBC en salud mental hace parte integral de las estrategias para la rehabilitación integral y la inclusión social, contempladas en el eje 4 de las políticas de salud mental, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. De tal manera, su implementación se hace posible a través de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, en articulación con la Ruta de atención integral en salud para personas con problemas, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, y las demás Rutas Integrales de Atención para los diferentes grupos de riesgo en salud. La Gráfica 10 describe este marco de implementación.

Gráfica 10.
Marco de Implementación de la RBC en Salud Mental en las Políticas y RIAS.



Construcción propia, Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, junio 2021.

Cabe destacar que, a partir de la Resolución 2077 de 2022, por la cual se establece la clasificación única de procedimientos en salud - CUPS, se asignan códigos para el reporte de información de las intervenciones colectivas; los códigos para el reporte de las intervenciones de RBC en salud mental se encuentran en la categoría 1300. Otras intervenciones propias de la RBC en salud mental, como la conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales cuenta con códigos en categoría 1302. Así mismo las correspondientes a procesos de gestión de la salud pública como la elaboración de diagnóstico intersectorial, cuenta con códigos en la categoría A110. Para facilitar la gestión con las EAPB en la tabla 2 se presentan los CUPS asociados a la implementación de RBC.

Tabla 2.
Códigos CUPS asociados a RBC.

Código CUPS	Intervención
1300	Rehabilitación basada en comunidad.
130001	Caracterización del individuo y su entorno familiar. Incluye: identificación de necesidades en salud mental, física y oportunidades de inclusión laboral, educativas, entre otros
130002	Sesión de grupo de apoyo
130003	Sesión grupo de ayuda mutua
130004	Vinculación a otras redes de apoyo
130005	Control a las intervenciones recibidas

130006	Acompañamiento a la familia para el manejo en los diferentes entornos.
1301	Zonas de orientación escolar, Zonas de orientación Universitaria, Centros de escucha.
1302	Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales.
A110	Elaboración de diagnóstico intersectorial.
9901	Educación Grupal en Salud.
9449	Intervención en salud mental en la comunidad.
8901	Entrevista, consulta y evaluación (visita) Domiciliaria o al sitio de trabajo.
938662	Rehabilitación funcional de la deficiencia-Discapacidad definitiva severa.
938661	Rehabilitación funcional de la deficiencia-Discapacidad definitiva moderada.
938612	Rehabilitación funcional de la deficiencia-Discapacidad transitoria severa.

Fuente: Resolución 2077 de 2022

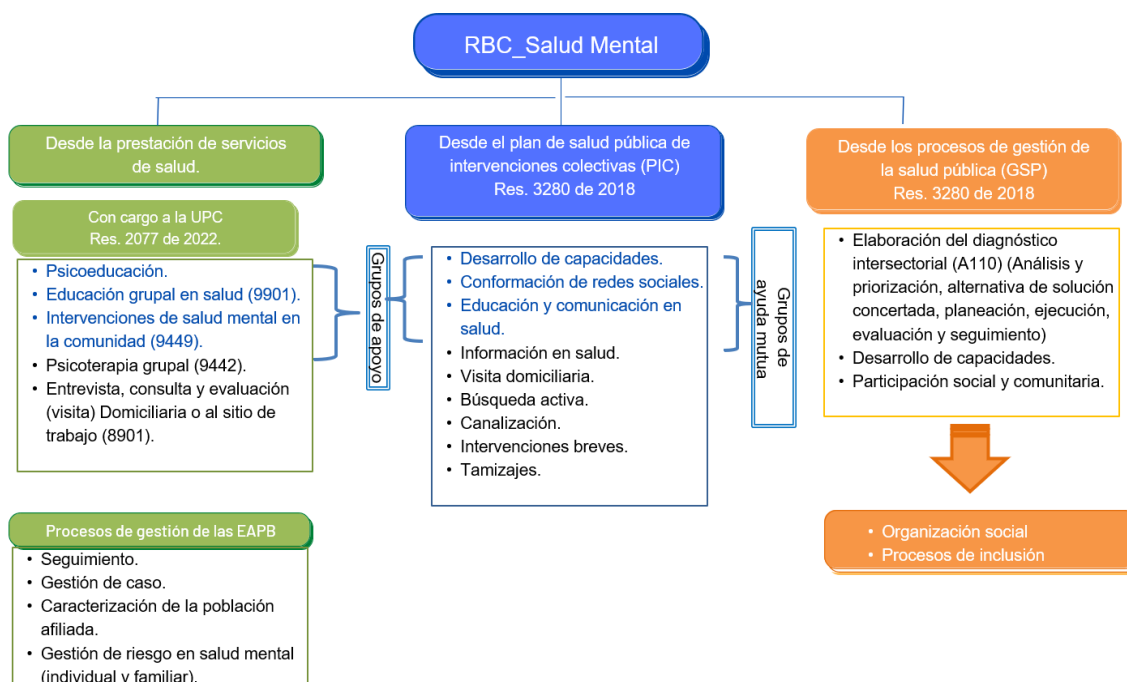
*La psicoterapia de grupo puede hacer parte de la intervención terapéutica del profesional tratante, por tanto, no hace parte de la RBC.

En relación con la prestación de servicios de salud mental, desde el tramo/componente individual y familiar de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), cabe destacar la importancia de su fortalecimiento mediante la **implementación de la Estrategia MhGAP**, para la valoración, diagnóstico e intervención de trastornos mentales, neurológicos y por consumo problemático de sustancias psicoactivas desde procesos de baja complejidad, para facilitar el acceso oportuno a la atención en salud mental y la continuidad de los tratamientos en lugares cercanos a la residencia de las personas beneficiarias de la estrategia.

En la Gráfica 11, se muestra la forma en que la RBC en Salud Mental se integra como parte de las intervenciones de las rutas de promoción y mantenimiento y la ruta integral para personas con riesgo en salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas y epilepsia.

Gráfica 11.

RBC_Salud Mental a través de las intervenciones individuales, colectivas y gestión de la salud pública.

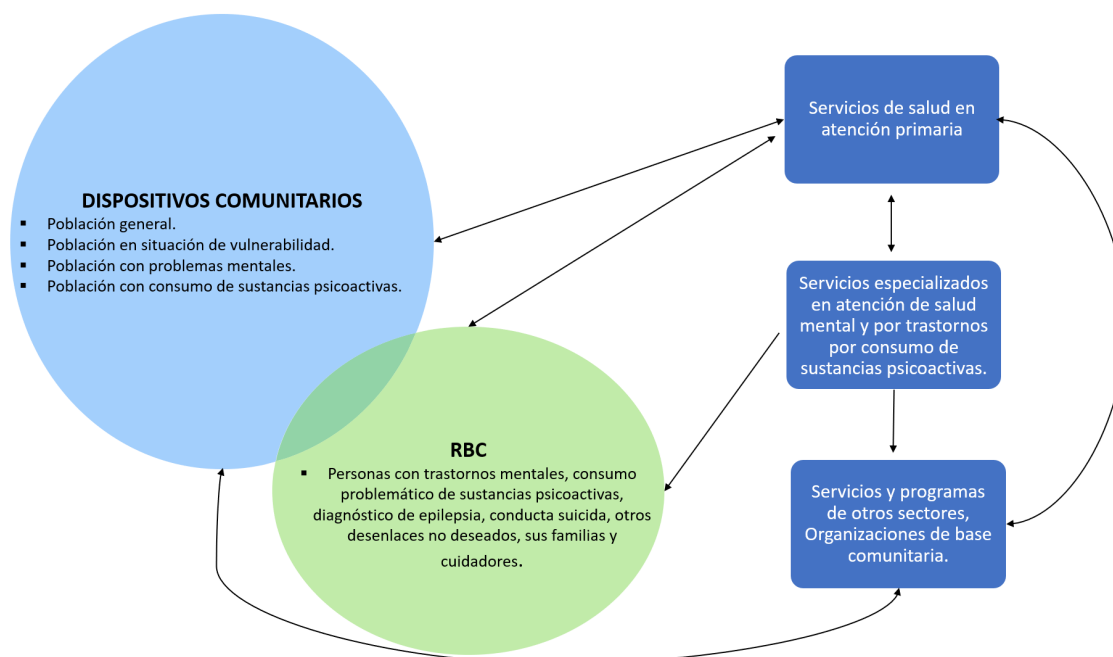


Nota. Construcción propia Equipo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2022

Así, es importante resaltar que la RBC en salud mental se articula con otras estrategias basadas en la comunidad; es el caso de Dispositivos Comunitarios como las Zonas de Orientación Escolar, Zonas de Orientación Universitaria y Centros de Escucha (Códigos CUPS en la categoría 1301 en la Resolución 2077 de 2022), y con los servicios de atención en salud mental (Desde la atención primaria hasta los servicios de atención especializados). En tanto que a partir de la identificación temprana realizada desde los dispositivos comunitarios se puede activar la canalización de personas que tengan un diagnóstico de trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas o quienes requieran valoración a profundidad y puedan acceder a escenarios de RBC disponibles en la comunidad y con los servicios sociales y programas de otros sectores, así como se explica en la gráfica 12.

Gráfica 12.

Articulación entre dispositivo comunitario, Rehabilitación Basada en la Comunidad, Servicios de salud y otros servicios



Nota. Adaptado de los Lineamientos para la implementación de dispositivos comunitarios en salud, 2020.

En este sentido, la articulación entre los Dispositivos Comunitarios y la Rehabilitación basada en Comunidad se puede promover a partir de los procesos de fortalecimiento del empoderamiento comunitario, el involucramiento de la comunidad en procesos de apoyo y soporte de acciones de promoción y prevención a sus miembros. Una comunidad que se apropia y se empodera de las acciones para el mejoramiento de salud mental, puede fortalecerse mediante su participación activa en todas las acciones estratégicas de los Dispositivos en torno a la información, la educación, la gestión de casos y el fortalecimiento de redes, e igualmente, reconoce procesos de apoyo y adherencia a los tratamientos (psicosociales y/o farmacológicos), favoreciendo la articulación y el sostenimiento de estrategias como la Rehabilitación basada en comunidad. A su vez, desde esta estrategia, se vincula y acompaña a las personas para el aprovechamiento de las acciones propias de los Dispositivos.

7. Fases para implementar la RBC en salud mental

La RBC_Salud Mental es una estrategia que requiere diferentes fases y acciones para su ejecución; a continuación, se presentan las fases a partir de las cuales se lleva a cabo la RBC_Salud Mental, como un proceso continuo que puede desarrollar de manera progresiva y en diferentes vigencias (Ver tabla 3).

Tabla. 3
Fases para la implementación RBC_Salud Mental

Fase	Actividades
1. Aprestamiento	Esta fase se caracteriza por generar y garantizar las condiciones necesarias para lograr la implementación de RBC_Salud Mental. 1.1 Planeación territorial. 1.2 Conformación del equipo interdisciplinario. 1.3 Fortalecimiento de capacidades del equipo interdisciplinario. 1.4 Concretar instrumentos y herramientas. 1.5 Identificación y caracterización de actores.
2. Implementación	Esta fase incluye varias actividades, se puede realizar de manera progresiva y en varias vigencias; inicia con acciones dirigidas a la persona, su familia; posteriormente se va ampliando a otros entornos y sectores; se busca consolidar grupos de apoyo y ayuda mutua, e ir sentando las bases de la organización social, la reducción del estigma y la inclusión social. 2.1 Identificación y caracterización de personas, familias, cuidadore 2.2 Canalización y seguimiento. 2.3 Fortalecimiento de capacidades con los entornos. 2.3.1 Con personas, familias y cuidadores. 2.3.2 Con actores de diferentes sectores. 2.4 Cuidado de las personas cuidadoras. 2.5 Creación y fortalecimiento de grupos de apoyo y ayuda mutua. 2.6 Construcción e implementación de estrategias para reducción estigma y autoestigma. 2.7 Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para gestión procesos de inclusión social. 2.8 Fortalecimiento de capacidades para la organización social.
3. Seguimiento	Esta fase es fundamental dado que permite realizar seguimiento, identificar los resultados de gestión y en el bienestar de las personas, reconocer lecciones aprendidas y acciones posteriores. Asimismo, permite contar con información para la toma de decisiones en salud. 3. Indicadores 3.1 Instrumentos de evaluación 3.2 Estrategias complementarias

7.1 Fase 1. Aprestamiento

7.1.1 Planeación territorial



Desde el sector salud, la estrategia RBC en salud mental debe hacer parte integral del Plan Territorial de Salud -PTS- y concretar su operación a través de los Planes de Acción en Salud -PAS- para cada vigencia anual en la que se desarrolla el PTS. Por lo tanto, la decisión de las entidades territoriales en relación con la implementación de esta estrategia estará soportada en los análisis obtenidos a partir de la implementación de las metodologías participativas para la formulación de dichos planes (como la Metodología Pase a la Equidad) partiendo de insumos como los Análisis de Situación de Salud -ASIS⁵-. En caso de no contar con estos análisis actualizados en salud mental, utilizar la información de la cual estos se nutren, es decir: información de fuentes secundarias como las bases de datos de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud y caracterización de su población afiliada, bases de datos de las Empresas Sociales del Estado y las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de salud con presencia en el territorio, información de los RIPS y de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, los estudios de carga de enfermedad, los registros de mortalidad y morbilidad, así como la información primaria obtenida con la comunidad mediante grupos focales, encuestas, entrevistas, entre otros; y cualquier otra información, del sector salud y de los demás sectores, que permita identificar el perfil epidemiológico de salud mental de la población en el territorio.

Con base en lo anterior, a través del PAS cada entidad territorial, del orden departamental, distrital y municipal, podrá concretar las poblaciones a priorizar para la implementación de la estrategia y las fases a desarrollar en cada vigencia; lo que dependerá de la asignación de los recursos y la capacidad de respuesta institucional y comunitaria de cada territorio.

Para esta priorización o focalización se recomienda tener en cuenta los grupos de riesgo identificados como de mayor prevalencia e incidencia en el territorio. Por ejemplo: como ya se ha mencionado en el presente documento, según la evidencia nacional e internacional, los trastornos de ansiedad y la depresión son los más prevalentes en la población general. La vigilancia epidemiológica del intento de suicidio en Colombia ha permitido identificar el incremento de los casos cada año, a partir de 2016. Las cifras reportadas durante la pandemia por COVID-19 evidenciaron el incremento de estas afectaciones en la salud mental de la población a nivel mundial, asociadas con el sufrimiento emocional causado por el aislamiento, las pérdidas económicas y de seres queridos, la incertidumbre en el futuro, entre otras. Sin embargo, en cada territorio, estos y otros riesgos en salud mental, se comportan de manera diferente dependiendo de sus características particulares. También tener en cuenta aspectos como los siguientes:

- Beneficiar a la población tradicionalmente estigmatizada y excluida, como migrantes, grupos étnicos, víctimas de violencias, personas con trastornos mentales, incluyendo por consumo problemático de sustancias psicoactivas y epilepsia, personas con discapacidades, con enfermedades crónicas, entre otras.

⁵ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) concibe el análisis de la situación de salud como “el conjunto de “procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis y permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores”. (OPS; 1993)

- Para comenzar la implementación de la estrategia y reducir sus costos, se recomiendan las zonas urbanas o rurales no dispersas, cuidando que el acceso a espacios de encuentro (presencial o virtual) no se convierta en una barrera.
- Es conveniente que en el territorio de implementación se cuente por lo menos con servicios de salud de baja complejidad, para que sea posible desarrollar procesos de generación de capacidades en los equipos básicos de salud, de acuerdo a su alcance y competencia, para la atención en salud mental (Por ejemplo, a través de la formación en el uso de la Guía de Intervención MhGAP, los Primeros Auxilios Psicológicos, Entrevista motivacional e Intervención breve, entre otros).
- Es necesario que los equipos de salud de la IPS, ESE que se vincule para la implementación de la estrategia cuenten con formación en la Guía de Intervención MhGAP.

7.1.2 Conformación del equipo interdisciplinario para la implementación de la estrategia RBC en salud mental.

Un elemento fundamental para la implementación de RBC lo constituye la conformación del equipo de profesionales en campo; los integrantes del equipo requieren contar con conocimientos y experiencia para el abordaje de problemas, trastornos mentales, consumo problemático de sustancias, y epilepsia que permitan su identificación, manejo y seguimiento; se recomienda a la Entidad Territorial garantizar el fortalecimiento de capacidades que permitan a los integrantes del equipo de RBC contar con las competencias para el manejo de las temáticas en salud mental.

Por cada municipio de implementación, estimando un aproximado de 30 familias beneficiadas de manera directa, [se recomienda](#) contar con el siguiente talento humano:

- Un (1) profesional en psicología con formación o experiencia clínica o un especialista en psiquiatría, con trabajo previo en atención comunitaria para prevención, atención y rehabilitación en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- Un (1) Profesional de las ciencias sociales o profesional de la salud con formación en psicología social, o salud mental o educación comunitaria, con experiencia en trabajo comunitario en prevención, atención y rehabilitación en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- Profesional en enfermería o auxiliar de enfermería, con formación en aplicación de instrumentos de tamizaje en salud mental y consumo problemático de sustancias psicoactivas, primeros auxilios psicológicos y entrevista motivacional, con experiencia en trabajo con comunidades y salud pública.
- En el marco de la implementación de la estrategia se identificarán por lo menos dos (2) líderes comunitarios y representantes de las personas con trastornos mentales, incluyendo por consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, sus familias y comunidades, que

entrarán a formar parte del equipo de implementación y ampliación de la estrategia en cada territorio. Deberán ser postulados y aprobados por la población beneficiaria de la estrategia.

- Un (1) Profesional en educación o comunicación social o ciencias sociales con formación en pedagogía o educación de adultos. Con experiencia en construcción o adecuación de materiales pedagógicos o didácticos y de piezas comunicativas para medios y para redes sociales.
- Un (1) técnico en sistemas con experiencia en digitalización y sistematización de información relacionada con temas de salud pública.

El equipo mínimo para iniciar la implementación de la RBC_Salud Mental incluye: 1 profesional en psicología clínica o psiquiatría, 1 profesional de las ciencias sociales o de la salud con experiencia en trabajo comunitario. Teniendo en cuenta los perfiles mencionados previamente. Es necesario considerar que el equipo designado pueda dar respuesta a las actividades propuestas en cada fase de la implementación. Asimismo, considerar que el ingreso de los demás integrantes del equipo puede realizarse de manera progresiva, en la medida que avancen las actividades de la estrategia.

7.1.3 Fortalecimiento de capacidades del equipo interdisciplinario para la implementación de la estrategia RBC en salud mental.

Desarrollar un proceso de capacitación con los integrantes del equipo para reforzar su conocimiento sobre aspectos tales como los siguientes:

- La estrategia RBC en salud mental: sus orígenes y contexto en el sistema de salud colombiano, propósito, componentes, metodología, población priorizada, los objetivos y metas a alcanzar en cada vigencia, entre otros.
- Funcionamiento general del sistema de salud, deberes y derechos de los usuarios, aseguramiento, rutas de acceso y planes de beneficios en salud, entre otros que deban conocer sobre las dinámicas del sector en el territorio de implementación de la estrategia.
- Socialización de abordajes interculturales y diferenciales para población con pertenencia étnica y población LGTBIQ+.
- Tamización en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- Primeros auxilios psicológicos y entrevista motivacional.
- De manera particular, se deben fortalecer las capacidades del equipo para la identificación y abordaje del grupo o grupos de riesgo específicos con los que se va a implementar la estrategia.
- Se sugiere que el equipo de profesionales (medicina, enfermería, psicología) tenga formación en MhGAP, UTC.
- Los demás que se consideren pertinentes, dependiendo de la población beneficiaria y las características particulares de cada territorio (población migrante, LGTBIQ+, niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, pueblos indígenas, afrodescendientes, víctimas del conflicto armado y de otras violencias, entre otros).

7.1.4 Concretar instrumentos y herramientas

Para el desarrollo de las diferentes actividades en cada uno de los componentes de la RBC en salud mental y sus fases de implementación, como, por ejemplo: formatos y matrices para recolección y sistematización de la información (listados de asistencia, actas de reuniones, mapeo y caracterización de actores, visitas domiciliarias, seguimiento, etc). Así mismo los contenidos y las herramientas metodológicas y didácticas para los procesos de generación de capacidades, sensibilización, grupos focales, entre otros; incluyendo los formatos y mecanismos para las convocatorias a los diferentes espacios, presenciales o virtuales y para la canalización a los servicios de salud y de otros sectores. A lo largo de los siguientes ítems se presentarán algunas recomendaciones sobre estos instrumentos y herramientas.

7.1.5 Identificación y caracterización de actores

De los diferentes sectores con los que se cuenta en el territorio para dar respuesta a las necesidades de la población beneficiaria de la estrategia. Además de un conocimiento básico sobre el campo de acción de los diferentes actores (incluyendo las organizaciones de base comunitaria), identificar su interés y posición en relación con el mejoramiento de la salud mental del territorio mediante su participación activa en la implementación de la estrategia RBC en salud mental; también su influencia o importancia, desde sus competencias, independencia en la toma de decisiones y capacidad de respuesta, para aportar de manera corresponsable en la implementación de la estrategia en el territorio.

Para realizar la caracterización de actores, en el [Anexo 1](#) de este documento, se propone una herramienta con diagrama de círculos y matriz de clasificación por subcategorías. También se propone una metodología para realizar jornadas de sensibilización con los actores de los diferentes sectores, para facilitar que identifiquen la importancia de su rol en la construcción conjunta de oportunidades para la rehabilitación integral y la inclusión social de las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y epilepsia, sus familias y cuidadores. Lo cual es indispensable para lograr su participación corresponsable en la implementación de la estrategia, principalmente en relación con la concreción de mecanismos de canalización y rutas de acceso a sus programas y servicios (aportando a la rehabilitación integral y la inclusión social), así como para la formación de su talento humano para la identificación, abordaje inicial y canalización, de personas con posibles afectaciones en la salud mental, a los servicios de salud mental, así como el posterior seguimiento (apoyo a la gestión de casos).

7.2 Fase 2. Implementación

7.2.1 Identificación y caracterización de las personas, familias y cuidadores de los grupos de riesgo priorizados para la implementación de la RBC en salud mental.

Este proceso brinda un panorama general sobre la población beneficiaria de la estrategia, como insumo para orientar las acciones sectoriales e intersectoriales que promuevan su

rehabilitación integral e inclusión social; también permite identificar a las personas y familias que requieren canalización a salud o a otros sectores. Así mismo facilita la evaluación y el seguimiento a los resultados en salud de las personas beneficiadas a través de la estrategia. Esta actividad incluye los siguientes pasos:

Base de datos: A partir de fuentes de información, como las antes mencionadas, con las que se cuenta en el territorio, consolidar una base de datos de las personas de los grupos de riesgo priorizados, que incluya sus datos básicos de identificación como punto de partida para su mapeo y caracterización. Por ejemplo, en algunos territorios se han usado las bases de datos de egresos hospitalarios. En otros territorios se ha realizado la búsqueda activa de los casos, en el marco de actividades extramurales, a través de las líneas de teleorientación en salud mental y dispositivos comunitarios como los centros de escucha.

Se recomienda mantener la base de datos actualizada con la caracterización de las personas beneficiadas directamente con la estrategia, como parte de las herramientas de monitoreo y seguimiento a la estrategia.

Primer contacto con las personas o familiares: puede ser telefónico o presencial, para verificar sus datos de identificación, incluyendo lugar de residencia, afiliación al sistema de salud y situación de salud mental; explicarle sobre la estrategia y concretar su interés en continuar participando.

Ficha de caracterización: Dependiendo de su disponibilidad y expreso consentimiento, se procede a recoger toda la información de la ficha de caracterización, o concertar una próxima llamada o visita para continuar con el proceso. Para el caso de personas pertenecientes a grupos étnicos, es fundamental entrar en contacto con las personas y con las autoridades étnicas con el fin de concretar el apoyo para la implementación de la estrategia en su comunidad (en el caso de que se encuentren varias personas o familiares en el mismo territorio).

Se puede usar la Ficha de Caracterización de Discapacidad Psicosocial de Caldas ([Anexo 2](#)⁶) o una ficha de caracterización propia del territorio o comunidad de implementación (como en el caso de comunidades étnicas), en la que se incluya información básica de la persona, su familia y el cuidador primario (situación de salud y calidad de vida, especialmente en los aspectos relacionados con la vivienda y su entorno inmediato, así como aspectos relacionales y funcionales del núcleo familiar). También la identificación de redes de apoyo, los conocimientos sobre su diagnóstico de salud mental y su manejo; las deficiencias físicas, mentales y cognitivas, las posibles restricciones en la participación y las limitaciones en la actividad; las competencias de los cuidadores para la ejecución de las tareas de cuidado y su posible carga. Así mismo indagar sobre limitaciones en la movilidad, telefonía celular y uso de internet, entre otros.

⁶ En el Anexo 2 de este documento se presenta el instrumento de caracterización desarrollado por el departamento de Caldas, en el marco de la implementación de la RBC en salud mental, en el municipio de Aranzazu, desde 2017, el cual cuenta con validez interna y se encuentra en proceso de validación para todo el país.

En la medida en que las personas van reconociendo los beneficios de participar, invitarán a otras que pueden vincularse; y como resultado de los procesos de generación de capacidades con los actores de los demás sectores también se podrán identificar nuevas personas y familias a beneficiar con la estrategia.

7.2.2 Canalización y seguimiento

Como resultado de la caracterización, se identifican necesidades de las personas de los grupos de riesgo priorizados, también durante las demás actividades propias de la RBC en salud mental. Por lo tanto, se debe realizar la gestión necesaria para su [acceso efectivo](#) a los programas y servicios de salud (EAPB, prestador primario y acciones de promoción y prevención del PIC) y de los demás sectores competentes en el abordaje de las necesidades identificadas. Así mismo, es necesario hacer el seguimiento al resultado de las canalizaciones; verificar el acceso efectivo y realizar nuevas gestiones en caso de ser necesario. En el proceso, es importante brindar la información clara y suficiente para que las personas conozcan sobre la oferta disponible en su territorio desde cada sector, sus derechos, rutas de acceso y mecanismos de exigibilidad, entre otros que fortalezcan sus capacidades para la autogestión, con enfoque diferencial-étnico de género y curso de vida, entre otros.

En aras de lo anterior, es necesario realizar un proceso de concertación sectorial e intersectorial a través del cual se [establezcan los mecanismos para garantizar la efectividad de las canalizaciones](#) que se hagan en el marco de la implementación de la RBC en salud mental; es decir: que las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas y epilepsia, sus familias y cuidadores, logren el acceso efectivo a los programas y servicios de los diferentes sectores, encontrando oportunidades para su desarrollo, bienestar y calidad de vida. Sobre esto se volverá más adelante en el documento.

7.2.3 Fortalecimiento de capacidades para el manejo en los entornos

7.2.3.1 Con las personas, familias y cuidadores

Comenzando por el entorno hogar, las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, pueden tener desconocimiento, confusión o mitos relacionados con el proceso de salud mental en el que se encuentran, enfrentándose a su propio estigma; razón por la que es pertinente brindarles la información suficiente, clara y concreta que les permita entender sus síntomas, el diagnóstico, los componentes del tratamiento y la rehabilitación; brindándoles herramientas para apropiarse de su situación de salud mental y manejarla de la mejor manera en el hogar, el trabajo, el entorno educativo y los demás donde las personas se desenvuelven en los diferentes momentos del curso de vida. La fortaleza más importante en una familia es la confianza que tenga en el manejo de la situación. Solo si la familia ha aceptado la situación y siente confianza en que pueden afrontarla, será capaz de participar en el proceso de rehabilitación. Se deben generar sentimientos de orgullo y satisfacción en los miembros de la familia por sus logros en este sentido.

Así, apoyarlos en la adopción de hábitos de vida saludables, la ampliación de sus conocimientos acerca del trastorno o la enfermedad, la adherencia al tratamiento, el



reconocimiento y manejo de los desencadenantes de crisis y la detección precoz de recaídas; cuándo cómo y dónde buscar ayuda. Entre más fortalecida se sienta una persona y una familia para manejar la situación, más confiada se sentirá para compartirlo con vecinos y amigos que serán muy útiles en el proceso de rehabilitación. Así mismo con docentes, supervisores y otros que pueden favorecer los procesos de inclusión social.

Para la definición de contenidos sobre un trastorno o enfermedad en particular, se recomienda tener en cuenta responder a preguntas como las siguientes:

- ¿Qué es xxxxxx?
- ¿Cuáles son los síntomas de xxxxxx?
- ¿Cuáles son los factores asociados?
- ¿Cuáles son los signos de alarma para consultar?
- ¿Cuál es el tratamiento de xxxxxx?
- ¿Por qué se debe tomar un medicamento en particular y por un tiempo determinado?
- ¿Por qué no debe saltarse ninguna dosis del medicamento y no debe suspenderlo sin discutirlo con el médico tratante?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos?
- ¿Qué es una crisis en xxxxxx y cuál es el mejor manejo que puede aplicar el personal médico para controlarlo?
- ¿Existe una alternativa para el tratamiento a largo plazo (una vez la persona se encuentra estable y fuera de la crisis)?
- ¿Existen métodos complementarios al tratamiento farmacológico que puedan ayudar a afianzarlo?
- ¿Qué modalidades de atención existen?
- ¿Fuentes confiables para tener más información?

Para la elaboración de los contenidos, utilizar información de fuentes oficiales y con lenguaje sencillo, como la Guía MHGAP 2.0 (OPS, 2017), contar con la asesoría de un profesional de la salud mental y de un profesional en pedagogía o educación para adultos. Así asegurar la calidad, pertinencia y el mejor aprovechamiento de los contenidos según las características diferenciales de los participantes.

También es conveniente incluir contenidos relacionados con deberes y derechos en salud, aseguramiento, planes de beneficios, rutas de acceso y mecanismos de participación, entre otros que fortalezcan su capacidad de autogestión frente al sistema de salud. Así mismo, frente al sistema educativo, laboral, de protección, entre otros, dependiendo de las necesidades identificadas. Compartir directorios actualizados de la oferta social en el territorio.

Para estos procesos se recomienda utilizar metodologías participativas que partan de las percepciones e imaginarios de los participantes y que permitan su identificación con los contenidos brindados a través del diálogo y el compartir de experiencias, propiciando el apoyo mutuo. Es importante tener cuidado de no abrumar a la persona o familia con demasiada información, no se trata de transformarlos en expertos ni generar más estrés. Tener en cuenta el enfoque diferencial para asegurar el aprovechamiento del proceso.

Para una [vigencia de 6 meses](#) en la implementación de la estrategia, se recomienda realizar mínimo cuatro (4) jornadas grupales de generación de capacidades, con duración de entre 2 y 3 horas cada una, con una frecuencia de cada 8 ó cada 15 días.



7.2.3.2 Con los actores institucionales de los diferentes sectores

De otra parte, es necesario fortalecer las capacidades de los actores de los diferentes sectores para participar de manera activa y corresponsable en la construcción de entornos que favorezcan la rehabilitación integral y la inclusión social de las personas del grupo de riesgo con el que se está implementando la estrategia RBC en salud mental. Además de un proceso de sensibilización con los tomadores de decisiones de cada sector, donde se concrete su compromiso con la implementación de la estrategia, es necesario definir los mecanismos que permitan el acceso real y efectivo de las personas beneficiarias de la RBC en salud mental a los programas y servicios de los diferentes sectores involucrados en la garantía de sus derechos (a la salud, a la educación, a una vivienda digna, etc).

Los equipos básicos de salud: profesionales en enfermería y medicina no especializados deben formarse en el uso de la Guía MHGAP para la valoración, diagnóstico e intervención de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas desde procesos de baja complejidad, así mismo en el Currículo de Tratamiento Universal (UTC) para Trastornos por el Uso de Sustancias. De otra parte, auxiliares de enfermería deben formarse para aplicar los instrumentos de tamización en salud mental, los Primeros Auxilios Psicológicos y entrevista motivacional. Profesionales en psicología social y comunitaria deben formarse en las anteriores herramientas y en otras como las Intervenciones Breves y Enfrentando Problemas Más (EP+) (OPS, 2017)⁷.

Actores de los demás sectores: educación, protección, justicia, cultura, deportes, las organizaciones de base comunitaria, incluyendo comunidades de los grupos étnicos, grupos juveniles, centros de protección de las personas adultas mayores, servicios amigables para adolescentes y jóvenes, las iglesias y otros, deben fortalecer sus capacidades en relación con el funcionamiento del sistema de salud, deberes y derechos, aseguramiento, rutas de acceso y otros que faciliten los procesos de canalización desde los diferentes entornos hacia los servicios y programas de sector salud. También se debe apoyar el fortalecimiento de sus capacidades para la identificación, abordaje inicial y seguimiento a las personas identificadas con posibles riesgos en salud mental (Por ejemplo: Prevención de la conducta suicida, Primeros Auxilios Psicológicos, Tamización y Entrevista Motivacional). Obviamente desde las competencias y el alcance de cada sector; por ejemplo, el sector de las comunicaciones requiere un énfasis en la comunicación sin daño y en la forma de informar para la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida.

En la medida en que los actores del sector salud y de los otros sectores fortalecen sus capacidades para el cuidado de la salud mental e identifican la importancia de su rol en este proceso, de manera corresponsable, se propicia la dinámica del trabajo en red y la pertenencia con la implementación de la estrategia. Los actores que se comprometen y participan de manera activa en las diferentes fases de la estrategia, se constituyen en agentes

⁷ *Enfrentando problemas Plus, Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad.* Es una estrategia impulsada por la OMS/OPS, como intervención psicológica de baja intensidad, no exclusiva de profesionales de la salud mental. Se puede consultar en el siguiente link: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf>

de RBC en salud mental, tanto institucionales, como comunitarios. Se recomienda promover que se reconozcan como la Red de Apoyo a la RBC en salud mental y que establezcan acuerdos de funcionamiento articulado orientado a fortalecer y darle continuidad a la estrategia. Se continuará desarrollando este tema en los subsiguientes ítems del presente documento.

7.2.4 Cuidado de las personas cuidadoras

Las personas con trastornos mentales, incluyendo por consumo problemático de sustancias psicoactivas y la epilepsia, pueden presentar deficiencias en diferentes ámbitos de su vida y reducción en su funcionalidad, al interactuar con diversas barreras que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, puede configurarse una discapacidad psicosocial.

El **cuidado**, se entiende como las acciones que satisfacen las necesidades básicas de las personas en su vida diaria, y en todos los momentos del curso de vida. Las acciones de cuidado garantizan la supervivencia social y orgánica de las personas, y se constituyen por interacciones con el entorno, con otras personas y consigo mismas (MSPS, 2015). La **persona cuidadora** es la que provee servicios de cuidado, que cuando son directos, involucran relaciones interpersonales que requieren exclusividad y continuidad de tiempo para el desarrollo de las actividades asociadas, lo que implica menor disponibilidad del mismo para ser invertido en otros ámbitos de la vida diaria u otras actividades (ONU Mujeres - DANE, 2020). Generalmente es un familiar que ve afectada su calidad de vida, su núcleo familiar y social, por tanto incide de manera negativa en su habilidad de cuidado, generando estrés y detrimento de su salud física y mental; lo que puede derivar en recaídas, hospitalizaciones recurrentes y otras consecuencias desfavorables para quien recibe el cuidado. Esto empeora cuando no se cuenta con preparación y acompañamiento, lo cual sucede en la mayoría de los casos.

Por su parte, las **personas sujeto de cuidado**, son todas las personas que independientemente de su edad, género o condición de salud requieren atención. Si bien es cierto que todos los seres humanos son sujetos de cuidado, lo requieren en mayor medida las personas con dependencia funcional, que se define como el estado de carácter permanente o temporal en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental o intelectual, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria. En Colombia hay 3.134.036 personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias, de las cuales 1.784.372 están en los niveles de mayor severidad (ONU Mujeres - DANE, 2020).

El cuidado de personas con trastornos mentales suele generar más sentimientos negativos que el de otros trastornos: cansancio físico, agotamiento emocional y sentimientos de culpabilidad. Además, tensiones familiares por los roles a asumir frente al cuidado de la persona enferma. Esto puede deberse al desconocimiento de la enfermedad (falta de información o de preparación para afrontar las condiciones asociadas a la misma), la deficiencia de recursos económicos, materiales e institucionales para la atención a las necesidades de la persona con un trastorno mental y al estigma que ancestralmente se ha asociado a los trastornos mentales.



De tal manera, el cuidado de personas con trastornos mentales implica enfrentar eventos estresantes relacionados con la dependencia que puede llegar a ser progresiva en algunos trastornos graves, las conductas disruptivas que puede presentar la persona, la restricción de la libertad, la pérdida de estilos de vida anteriores, el abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, la interrupción de las tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital, no descansar lo suficiente, no tener una alimentación adecuada, descuidar el propio estado de salud. Todo esto puede generar sufrimiento emocional en la persona cuidadora (Palacios y Jiménez, 2008; Puerto y Carrillo, 2015).

El sufrimiento emocional puede desencadenar en enfermedad. Por lo menos en el 80% de los casos de enfermedad mental son las familias quienes asumen en el propio domicilio los cuidados. El 65% de los familiares que cuidan directamente sufren cambios sustanciales en sus vidas y afectación en su salud física (disminución de la función inmunitaria, morbilidad cardiovascular, fatiga y trastornos crónicos del sueño) y mental (depresión y ansiedad con prevalencias del 40%). El 20% puede llegar a desarrollar un cuadro intenso (“burnout” o síndrome del cuidador quemado). Por su parte, las personas cuidadoras principales que no perciben como estresante el cuidado, por lo general cuentan con servicios de apoyo, han recibido educación sobre la enfermedad y su manejo y/o han participado en grupos de apoyo o de ayuda mutua (Palacios y Jiménez, 2008; Puerto y Carrillo, 2015)⁸.

Teniendo en cuenta lo anterior, y para hacer referencia al **cuidado de las personas cuidadoras**, es necesario hablar del autocuidado, que comprende las acciones en distintas dimensiones de la vida que permiten obtener equilibrio y bienestar personal. “El autocuidado y el cuidado de otros debe ser en interacción recíproca de cuidados mutuos, y es necesario para desarrollar la posibilidad del cuidado del otro sin descuidarse a sí mismo” (Vera, 2010, p. 63).

Con base en lo anterior, se recomienda que las intervenciones que se realicen con las personas cuidadoras se orienten, tanto hacia el **cuidado de sí mismo**, mediante la adopción de estilos de vida saludable (manejo del tiempo libre, alimentación, actividad física, cuidado de la salud, fortalecimiento de la red de apoyo), como al **fortalecimiento de sus competencias para el cuidado**, incluyendo las relacionadas con la toma de decisiones sobre el cuidado, pues esta persona realiza, supervisa o apoya las actividades de la vida diaria de la persona con el trastorno y la posible discapacidad asociada, cuya deficiencia y pérdida de funcionalidad puede ser progresiva y requerir de cuidados especiales o paliativos.

El desarrollo de las competencias para el cuidado debe tener en cuenta tanto los conocimientos como las actitudes frente al mismo. Por tal motivo, se debe acompañar a la persona cuidadora en la identificación de sus fortalezas y debilidades, facilitando que se empodere de este rol a través del fortalecimiento de sus conocimientos sobre el trastorno o la enfermedad y sobre la forma de manejarlo reconociéndose como personas mutuamente en el proceso y cuidando la salud y el bienestar de ambas partes, definiendo de manera conjunta los procesos y actividades a desarrollar, así como las metas para el cuidado de cada uno. (Esto incluye el reconocimiento, la resignificación y el manejo de aspectos como el miedo, la

⁸ Para profundizar en la situación de salud mental de las personas cuidadoras consultar:

- La Encuesta Nacional de Salud Mental (2015)
- ONU Mujeres - DANE (2020):
<https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2020/01/tiempo-de-cuidados-las-cifras-de-la-desigualdad>



ansiedad y la frustración). También es importante identificar y fortalecer la red social de apoyo con la que cuentan, la identificación de las posibles emergencias y el uso de las rutas para el acceso a los servicios correspondientes.

Este es un proceso que requiere acompañamiento y seguimiento frecuente, el cual puede ser presencial, telefónico o virtual, dependiendo de las condiciones de cada familia. En el proceso se van identificando necesidades de apoyo a las familias que implican acciones desde la intersectorialidad. De manera inicial se recomienda cubrir aspectos como los siguientes:

- Brindar educación sobre el trastorno mental y su manejo, incluyendo su descripción, síntomas, signos de alarma para consultar por posibles crisis, aclaraciones sobre el tratamiento prescrito, la adherencia y recomendaciones que la hagan más fácil y fuentes confiables para tener más información.
- Brindar herramientas para la organización del cuidado en el día a día, reconociendo la forma en que desarrollan las actividades de cuidado e identificar los aspectos que pueden transformar para mejorar (higiene personal, postura, movilidad, alimentación, comunicación y manejo de los medicamentos). Para facilitar esto se recomienda el uso de las *“Orientaciones básicas para el mejoramiento del desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD) básicas de las personas con discapacidad mental-psicosocial”*⁹
- Informar sobre derechos y deberes en el sistema de salud y los mecanismos para su exigibilidad¹⁰, incluyendo el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (Resolución 2292 de 2021 y las que se publiquen cada año con la correspondiente actualización), el ABC del aseguramiento al sistema de salud y el manejo de la herramienta virtual POS Pópuli para la consulta de todo lo relacionado con el plan de beneficios en salud.
- Orientar para el acceso a programas de otros sectores a los cuales acudir para la satisfacción de sus necesidades, priorizando la oferta local.
- Brindar herramientas para identificar y manejar, de manera inicial, las afectaciones en la propia salud mental (reconocer sus pensamientos, emociones, sentimientos y comportamientos, asociados a la dinámica del cuidado, como parte integral de su “ser persona cuidadora”): técnicas para el manejo del estrés, solución práctica de problemas, ampliación de redes, etc.
- Herramientas para la solución de conflictos: Identificación de los factores que limitan su comunicación con la persona sujeto de cuidado y con otras personas de la familia y orientar estrategias para la solución de conflictos en la dinámica cotidiana del cuidado.
- Orientar sobre cómo realizar actividades concretas para el descanso y la recreación como parte de sus agendas de cuidado.
- Orientaciones para una alimentación saludable y la reducción del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.
- Existen herramientas para ayudar a las personas a identificar y a fortalecer sus redes de apoyo (familia, amigos, instituciones y otras organizaciones) que se pueden utilizar desde la prestación de los servicios de salud. Ej. en la Guía MhGAP.

⁹ Orientaciones disponibles en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/orientaciones-basicas-avd-mental-psicosocialpdf.pdf>

¹⁰ ABECÉ Aseguramiento

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Herramienta virtual POS Pópuli: <https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/home.aspx>

- Propiciar espacios donde las personas con trastornos y los cuidadores se reconozcan como red de apoyo mutuo, identificando sus fortalezas y necesidades comunes y construyendo alternativas conjuntas:
- Desde la prestación de los servicios de salud: A través de las actividades de educación grupal para el cuidado de la salud, con metodologías que propicien el aprendizaje mutuo y la generación de vínculos de apoyo.
- Desde las Intervenciones colectivas: Redes sociales: grupos de apoyo y de ayuda mutua.

7.2. 5 Creación y/o fortalecimiento de grupos de apoyo y de ayuda mutua¹¹.

Para las personas vinculadas a la estrategia de RBC Salud Mental, compartir problemas y experiencias ayuda a comprender diagnósticos de trastorno mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas y epilepsia, y a encontrar alternativas para mejorar la adherencia a los tratamientos, así como para la reducción del estigma (tanto social, como el “auto estigma”), mejorando su confianza y autovaloración.

Los grupos de apoyo son espacios de interacción convocados y liderados por profesionales de la salud o las ciencias sociales, con previo entrenamiento para tal fin. Con el propósito de crear un ambiente de acogida y confianza, donde se facilita el aprendizaje, la identificación y reactivación, o puesta en marcha, de los recursos (tanto emocionales, como familiares, sociales, institucionales, entre otros) con los que cuentan las personas para afrontar las situaciones conflictivas o amenazantes con las que se identifican o comparten.

Son especialmente útiles en la fase inicial de la enfermedad, después de salir de una recaída, en la elaboración de duelos, en la prevención y manejo de desenlaces no deseados como: conducta suicida¹², sobrecarga de cuidadores, exposición a violencias, entre otros.

Por su parte, **los grupos de ayuda mutua** funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando en mayor medida el potencial y los recursos de carácter informal procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros. Un grupo puede comenzar siendo un grupo de apoyo y convertirse con el tiempo en un grupo de ayuda mutua, que funciona con autonomía, aunque puede necesitar la ayuda de un profesional o de una institución. Así, los grupos de ayuda mutua pueden ser derivados de los grupos basados en el apoyo social (Palacín; 2013) o para crear un grupo nuevo. La autonomía, anteriormente mencionada, no excluye el acompañamiento que puede realizarse desde los planes de intervenciones colectivas.

¹¹ Para ampliar la información sobre grupos de apoyo consultar las Orientaciones para trabajar con grupos de apoyo, en los siguientes links:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/orientaciones-grupo-apoyo-pandemia-covid19.pdf>

¹² Se consideran como un abordaje clave para sobrevivientes de conducta suicida, permitiendo el manejo del duelo, de sentimientos de culpa y hostilidad que se derivan de esta situación; dado el impacto social que genera en los sobrevivientes, en términos de estigma y discriminación, los grupos de apoyo son una herramienta que permite abordar estos efectos, tal como se recomienda en la Estrategia nacional de prevención de conducta suicida (MSPS; 2021).

Entre los principales objetivos de los grupos de ayuda mutua se encuentran los siguientes:

- Reconocer y fortalecer las propias potencialidades individuales de los miembros y el autogobierno del grupo. En el caso de los grupos étnicos, se busca fortalecer las propias potencialidades individuales en el marco de la colectividad y de la cultura a la que pertenece.
- Mejorar la autoconciencia y comprensión mutua.
- Desarrollar competencias para formular un proyecto de vida propio.
- Aumentar la capacidad para hacer frente a los propios asuntos y problemas en el proceso de tratamiento y recuperación de la salud mental. (Taiwo, Baird y Sanders, 2021).

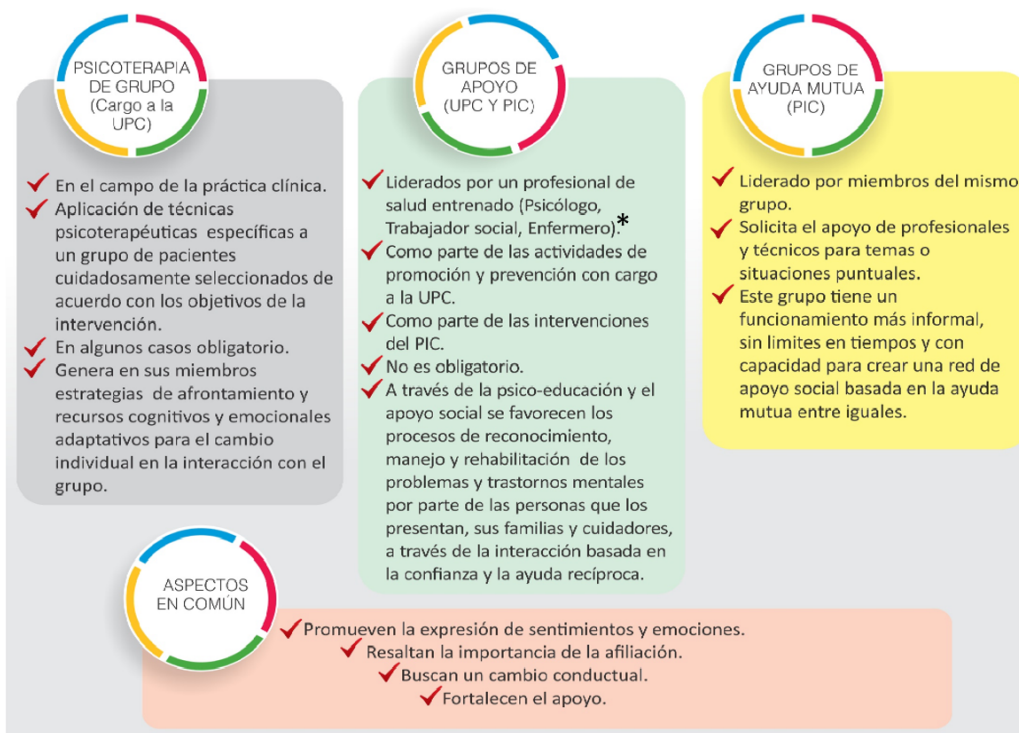
7.2.5.1 Los grupos de apoyo y de ayuda mutua en el Sistema de Salud

Su implementación en el marco del sistema de salud se viabiliza a través de las Rutas Integrales Atención Salud. En el tramo individual y familiar, mediante las Actividades de Educación Grupal en Salud (Los códigos CUPS se encuentran en la categoría 9901. Resolución 2077 de 2022) y las Intervenciones de Salud Mental en la Comunidad (Los códigos CUPS se encuentran en la categoría 9449. Resolución 2077 de 2022). En el tramo colectivo, mediante la conformación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo, que pueden implementarse y/o fortalecerse en el marco de los Dispositivos Comunitarios y la Estrategia RBC en salud mental.

Es importante diferenciar los grupos de apoyo de la psicoterapia de grupo, esta última se desarrolla en el campo de la práctica clínica de los profesionales especialistas de la salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) mediante la aplicación de técnicas psicoterapéuticas específicas a grupos de pacientes cuidadosamente seleccionados, de acuerdo con los objetivos concretos de la intervención como parte de su tratamiento. Buscan generar estrategias de afrontamiento y recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio individual en la interacción con el grupo. Estas diferencias se resumen en la Gráfica 13.

Gráfica 13.

Diferencias entre psicoterapia de grupo, grupos de apoyo, de ayuda mutua



Nota. Construcción propia, Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, junio 2021.

*O cualquier otro profesional de la salud entrenado para tal fin.

Para profundizar en las recomendaciones metodológicas para la implementación de grupos de apoyo en el marco de la RBC_Salud Mental, consultar el [Anexo 3](#).

7.2.6 Construcción e implementación de estrategias para la reducción del estigma y el auto-estigma

En esta sección se revisan estrategias orientadas en la reducción del estigma que permiten transformar estereotipos y prejuicios, así como comportamientos que generan discriminación; la Guía de Buenas Prácticas contra el Estigma (Universidad Complutense de Madrid- UCM, 2020)¹³, después de analizar la eficacia de las intervenciones contra el estigma realizadas en todo el mundo, desde diferentes enfoques y contextos, con profesionales de la salud, a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, con la población general, personas con trastornos mentales y los profesionales que les brindan la atención especializada, entre otros; propone una escala de buenas prácticas contra el estigma, que incluye los siguientes indicadores:

1. Metodología: calidad, replicabilidad y transferibilidad
2. Eficacia y efectividad
3. Sostenibilidad

¹³ Cátedra Extraordinaria UCM – Grupo 5 contra el Estigma, Universidad Complutense de Madrid, España 2020. <https://www.contraelestigma.com/descarga-buenas-practicas/>



4. Enfoque Ético-deontológico
5. Enfoque de género
6. Enfoque diferencial étnico
7. Enfoque Inclusivo y Participación
8. Impacto social
9. Innovación

Cualquier intervención para la reducción del estigma en salud mental debe partir de la observación de la realidad de la población a la que está dirigida y de la identificación de sus necesidades, contar con objetivos claros y operativos, así como indicadores que permitan evaluar los resultados en la transformación de los estereotipos, prejuicios y comportamientos que mantienen el estigma y la discriminación en relación con las personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y/o epilepsia, sus familias y personas cuidadoras, y contar con metas a corto, mediano y largo plazo; de tal manera que sirva como referencia para desarrollar iniciativas similares en otros lugares.

El primer paso al planificar cualquier intervención psicológica, social o sanitaria consiste en fundamentarla sobre evidencias de eficacia que puedan apoyar las distintas estrategias a emplear en la misma (UCM, 2020); dado que corresponden a un imperativo ético para garantizar la acción afirmativa y la acción sin daño. En el caso de las intervenciones para reducir el **estigma social o público** hacia las personas con trastorno mental, las que han demostrado eficacia se agrupan en tres categorías, que se describen a continuación:

- **Intervenciones basadas en el contacto:** permiten que personas con diagnóstico y sin el interactúen (como por ejemplo: grupos de estudiantes o profesionales de la salud, grupos de empleadores o de docentes), a través de actividades que exijan la cooperación activa de ambos grupos, igualando su estatus y propiciando la oportunidad para llegar a conocerse en el proceso de alcanzar un mismo objetivo (trabajo en equipo); lo cual lleva a cuestionar estereotipos negativos y fortalece actitudes positivas.
- **Estrategias de información y educación:** esta estrategia permite cuestionar y cambiar estereotipos mediante el acceso a información basada en la evidencia. Puede realizarse a través de procesos de formación de corta duración, y a través de anuncios, libros, películas o vídeos; siendo algunas de sus ventajas su bajo costo y amplio alcance (UCM, 2020).
- **Se recomienda integrar las dos estrategias anteriores, en programas de educación basada en el contacto,** con un enfoque centrado en las personas (en lugar de la patología), y enfatizando la recuperación como una parte elemental del mensaje, entregando herramientas para facilitar la adopción de comportamientos incluyentes. (Gronholm et al., 2017, citados por UCM, 2020).

Ejemplos de estrategias de educación:

Video: *1 de cada 4. La enfermedad mental no me hace diferente de ti*

<https://www.youtube.com/watch?v=C2rLTZZtZ9k>

Video: *No tengas depresión: el testimonio de Antonio (Es una serie de testimonios)*

<https://www.youtube.com/watch?v=0TyU9QDRExg>

- **Las campañas y el activismo:** Destacan las injusticias generadas por el estigma, frente a declaraciones públicas, reportajes de medios de comunicación y anuncios estigmatizadores, llegando a ser muy eficaces para modificar el estigma estructural en forma de políticas, iniciativas parlamentarias, acciones sindicales, entre otros. Sin embargo, para que la protesta sea generadora de cambio, debe integrar un componente de análisis y reflexión sobre los contenidos estigmatizantes y ofrecer alternativas de discurso o de acciones más positivas.

Ejemplo de campañas y activismo:

- Video: Proyecto suma. “Así reacciona un padre con trastorno bipolar cuando se queda solo con su hijo” https://www.youtube.com/watch?v=udm_PdpfST4

De las acciones mencionadas se encuentra que, al menos a corto plazo, tanto las intervenciones educativas como las basadas en el contacto aumentan el conocimiento sobre salud mental y mejoran las actitudes, más aún cuando se realiza un análisis interseccional donde encontramos personas que sufren estigma y autoestigma por presentar trastorno mental, por su pertenencia étnica y por tener una orientación sexual diversa o identidad de género no hegemónica. Hay estudios que indican una ligera ventaja de las intervenciones basadas en contacto en la población adulta y de la educación en población adolescente (Corrigan et al., 2012, citados por UCM, 2020).

● **Sobre las intervenciones con grupos específicos de la población:** Se encuentran dos grupos de especial relevancia por su cercanía y contacto con las personas estigmatizadas, son **las familias y los grupos de profesionales.**

○ **Intervenciones dirigidas a reducir el estigma en familiares:** Recientemente, Shamsaei, Nazari y Sadeghian (2018) mostraron la eficacia de una intervención para reducir el estigma en familiares. Se recomienda realizar cuatro sesiones educativas en grupos pequeños, así: Primera sesión: se enseñan elementos básicos de salud mental y se motiva a los participantes a compartir alguna experiencia relacionada con el estigma, en caso de tenerla. Segunda sesión, se da información sobre los trastornos mentales, sus causas, tratamientos y cómo cuidar de personas con trastorno mental. Tercera sesión, se proporciona información sobre los roles de la familia en el cuidado de las personas con trastorno mental. Cuarta sesión, se habla de cómo reconocer el estigma y se enseñan habilidades para manejarlo.

○ **Las estrategias enfocadas en reducir el estigma en profesionales de la salud:** Una reciente revisión sistemática muestra que los profesionales del ámbito de la salud mental, los que trabajan en centros comunitarios y los que tienen más años de experiencia, presentan mejores actitudes, en comparación con el personal médico y de enfermería, de centros hospitalarios y con menor experiencia (Gómez-Heredia y Muñoz, 2020, TFM no publicado, citados por UCM, 2020). Para transformar sus actitudes negativas facilitando la comprensión de los factores sociales que inciden en la salud mental, la importancia de las creencias culturales, el poder del lenguaje, entre otros, se recomienda la combinación de diferentes estrategias como: talleres educativos basados en el contacto (como talleres de arte conjuntos basados en la recuperación), campañas con videos, posters y otras herramientas comunicacionales

que promueven la autorreflexión para cambiar comportamientos estigmatizantes (Khenti, Bobbili y Sapag, 2019).

*En cuanto a las intervenciones dirigidas a combatir el **estigma internalizado**, se recomiendan las siguientes:*

- **Psicoeducación e información para desmontar mitos acerca de la enfermedad mental.** Se recomiendan intervenciones grupales de discusión sobre la experiencia de vivir con un trastorno mental, junto con el análisis de la información científica relacionada, para promover el desarrollo de un pensamiento crítico como herramienta necesaria para poder rechazar en lugar de internalizar aquellas ideas, emociones y pensamientos que pueden ser atribuidos a través del estigma social, con la posibilidad de realizar análisis interseccionales del riesgo de presentar estigma y autoestigma por trastorno mental, sumado a pertenencia étnica y a condiciones dadas por el género u orientación sexual diversa. La información no se presenta de manera explícita, sino a través de medios como folletos, videos u otros sobre el tema, que los participantes puedan revisar para discutir durante las sesiones. (MacCay et al., 2006, citado por UCM, 2020).
- **Narración**, con el objetivo de favorecer la capacidad de elaborar un significado de aquellas experiencias pasadas, así como de identificarse como agentes activos de su propia vida. Se recomienda que esta intervención sea grupal (favorece la retroalimentación constructiva de otros participantes) y que se vaya escalando en sesiones consecutivas, mediante ejercicios de relato de las historias personales, ayudando a los participantes a construir un significado a partir de sus experiencias, de manera comprensible para los demás y libres de auto estigmatización.
- **Toma de decisiones, así como herramientas que faciliten sentimientos como esperanza, empoderamiento y motivación hacia la actuación y consecución de sus objetivos**, de acuerdo con sus valores personales, puede propiciarse a través de proyectos artísticos y comunicacionales, como enseñar a tomarse fotos y grabar vídeos contando su experiencia en relación con su diagnóstico, entre pares o vinculando a diferentes públicos de interés.
- **Siempre integrar a las propias personas implicadas en las acciones de lucha contra el estigma:** las personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, sus familiares y los profesionales que les atienden. Se propone que dejen de ser meros receptores de las intervenciones, para pasar a participar activamente en la planificación y ejecución de las mismas como protagonistas del cambio. Esto genera mayor credibilidad en el proceso, facilitando el cambio positivo de actitudes y comportamientos. Además, las personas participan defendiendo sus propios derechos y de este modo se sienten más seguras para poder hablar y hacer frente a la estigmatización y la discriminación. **Este tipo de procesos promueve la movilización** de los grupos, así conformados, en dinámicas de construcción conjunta y **trabajo en red** que pueden generar **movimientos sociales** a los cuales podrán sumarse cada vez más personas, organizaciones e instituciones en pro de la reducción del estigma.



- **El apoyo mutuo entre pares y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento,** herramientas a las que se refiere este documento de orientaciones de manera específica en otros apartados.

Es importante que en la implementación de la RBC se tenga en cuenta la perspectiva analítica de las características poblacionales con un enfoque interseccional para que se puedan realizar las adecuaciones socioculturales, a partir del reconocimiento y respeto mutuo por los saberes, formas organizativas, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la inclusión social y rehabilitación de las personas con problemas, trastornos mentales, epilepsia o sobrevivientes de conducta suicida y sus familiares.

En este sentido, también es necesario tener una **perspectiva interseccional**, puesto que no solamente se deben tener en cuenta las desigualdades de los participantes por ser mujeres o por tener una identidad de género diversa, sino por tener un diagnóstico de trastorno mental o por ser consumidor de sustancias psicoactivas o por tener epilepsia, entre otras condiciones de salud que tradicionalmente han sido cargadas de estigma. Además, la interacción de estas condiciones con otras como etnia, edad, condición social y económica, entre otras.

Para un **periodo de 6 meses de ejecución** de la RBC en salud mental, se recomienda trabajar en la construcción de la estrategia contra el estigma, con las personas del grupo de riesgo, mediante, por lo menos, (2) talleres de 4 horas cada uno; como producto de este proceso se puede generar el diseño de al menos 4 piezas comunicacionales (afiches, volantes, videos, audios, posts, reels, podcast, stories, entre otros) para difusión en redes sociales y/o radio y TV comunitaria.

Para profundizar sobre la sostenibilidad, el enfoque ético, de género, incluso y de participación, así como recomendaciones para generar y evaluar el impacto social y la innovación de este tipo de estrategias consultar la Guía para la reducción del estigma, disponible en: <https://www.contraelestigma.com/descarga-buenas-practicas/>

Para profundizar en relación con las acciones que pueden desarrollar las Direcciones Territoriales de Salud, Empresas Administradoras Planes de Beneficios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la comunidad para avanzar en la reducción del estigma hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, consultar el documento "*Orientaciones para eliminar el estigma y la discriminación, hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género y población LGBT*" disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/orientaciones-eliminar-estigma-discriminacion-personas-consumen-sustancias-psicoactivas-enfoque-genero-poblacion-lgtbi.pdf>

7.2.7 Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para la gestión de procesos de inclusión social

Como se explicó en la descripción de las Fases 1 y 2, a partir de la caracterización e identificación de necesidades de las personas y familias del grupo de riesgo (en todos los



ámbitos: salud, económico, laboral, productivo, educativo, recreativo, deportivo, cultural, vivienda, etc.), así como de la caracterización de los actores de cada sector (incluyendo sus recursos, redes y programas con los que cuentan en la comunidad), se hace posible orientar y acompañar a quienes se benefician con la estrategia, para la solución de sus necesidades a través del acceso a los servicios, programas y recursos disponibles en el territorio.

En primera instancia, lograr que desde las instituciones de salud¹⁴ se identifique a las personas con necesidades de atención por parte de otros sectores, se orienten para su acceso y que este sea efectivo. De la misma forma, que los actores de los otros sectores identifiquen los riesgos en salud de las personas vinculadas a sus programas y servicios en los diferentes entornos y logren canalizarlas de manera efectiva a los del sector salud. Aunque esto es muy importante, sus resultados en términos de rehabilitación integral e inclusión social no son claros en el mediano y largo plazo.

Para lograr la eficacia y continuidad de procesos como los antes descritos, se hace indispensable definir de manera concertada, con los actores del sector salud y de los demás sectores, los mecanismos y rutas a través de las cuales se llevarán a la práctica de manera continua y eficiente para el logro de los resultados esperados en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas del grupo de riesgo con el que se implementa la RBC en salud mental.

En este sentido, se destaca la importancia de la articulación sinérgica entre los actores del sistema de salud y sociosanitarios para garantizar la atención integral en salud, a través de las acciones de gestión de la salud pública, y las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que establecen las rutas integrales de atención en salud.

No obstante lo anterior, es importante tener en cuenta que se logran mejores resultados al **trascender de la coordinación o cooperación intersectorial, hacia la integración intersectorial**, que es lo que se busca a través de la formulación, seguimiento, evaluación y financiamiento conjunto de acciones en las que participan de manera activa los diferentes sectores, generando transformaciones positivas en los determinantes sociales de la salud y, por lo tanto, resultados más contundentes, integrales y a largo plazo en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas.

Es así como se producen sinergias asociativas y colaborativas que promueven: el intercambio de información y conocimientos entre las partes, los procesos y actividades necesarias para implementar acciones estratégicas concertadas entre los distintos actores y sectores participantes, los recursos para establecer articulaciones y complementariedades entre los participantes a nivel del presupuesto y de competencias en juego, y de autoridad, pues la coordinación exige decisión y fuerza política para crear convergencias y articulaciones entre diferentes áreas de gobierno. En los territorios la coordinación intersectorial desempeña un

¹⁴ A través de los procesos de análisis de situación de salud, perfiles epidemiológicos territoriales, caracterización de población afiliada a las EAPB y de grupos poblacionales específicos, así como durante las valoraciones en el marco de las Rutas Integrales de Atención Integral en Salud y en las intervenciones colectivas que se realicen en los diferentes entornos.

papel central para incrementar la corresponsabilidad ciudadana, la percepción del riesgo, el empoderamiento y la apropiación de las acciones, así como su sostenibilidad (MSPS, 2016).

Para un periodo de **implementación de 6 meses**, **se recomienda** realizar por lo menos dos (2) encuentros intersectoriales que generen compromisos concretos para la inclusión de las personas beneficiadas con la estrategia, partiendo de sus necesidades e intereses reales. Como insumo para estos encuentros se cuenta con los análisis de situación de salud y demás herramientas utilizadas en la planeación territorial, además de los resultados de la caracterización e identificación de necesidades del grupo de riesgo, así como los resultados del seguimiento a las canalizaciones que se hayan realizado, tanto a los actores del sector salud como a los demás sectores, principalmente en términos de barreras de acceso y oportunidades para el mejoramiento de programas y servicios que aporten a la rehabilitación integral y la inclusión de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores.

Con base en lo anterior se recomienda que, en el marco de los Consejos Departamentales y Distritales de Salud Mental, Consejos de Política Social, Consejos de Participación Social en Salud, Consejos de Juventud, Consejo Seccional de estupefacientes, Comités de drogas y otros involucrados en el bienestar, el desarrollo y la calidad de vida de la población, se trabaje la toma de decisiones articulada, que impulse la implementación y continuidad de la estrategia.

Se recomienda promover el trabajo en red y la concreción de un proyecto conjunto. Puede consultar metodologías para esto en los siguientes documentos:

- Corporación Somos Más; Fundación Saldarriaga Concha. Guía para el fortalecimiento y articulación de redes de organizaciones sociales 2007.
<https://adocnorte.files.wordpress.com/2010/06/guiafortalecimientoredes-v1-0.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. El trabajo en Red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de Salud Mental en la Atención Primaria en Salud (APS), 2009.
<https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/ESTRATEGIA%20COMUNITARIA%20SM%20EN%20APS.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Guía para la implementación del modelo de articulación de redes TO2ES: Por una Colombia saludable. 2015.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/implementacion-modelo-redes.pdf>

7.2.7.1 Experiencias de inclusión social de personas con trastornos mentales, familias y cuidadores

La inclusión social es uno de los objetivos de la RBC, en ese sentido es prioritario que dentro de las estrategias para la implementación se contemplen acciones que la favorezcan, adaptadas a las **necesidades de cada comunidad**, a los **intereses de los participantes** y que aprovechen las **oportunidades que ofrece el entorno**. Se observa que contar con espacios físicos que permitan la interacción, generar actividades de formación, artísticas,

productivas, deportivas, vincular a la academia, así como contar con los integrantes de la comunidad como facilitadores, permite llevarlas a cabo y lograr la inclusión social. Las opciones son múltiples y diversas, cada territorio y sus comunidades pueden articularlas y crearlas acorde con sus intereses y oferta disponible.

A continuación, se describen algunas experiencias que permiten reconocer elementos facilitadores y oportunidades:

Inclusión social y calidad de vida. Existe una relación entre calidad de vida e inclusión social. Las personas que reciben su tratamiento, conviven con su familia y permanecen en su comunidad tienen mejor calidad de vida que aquellas personas que viven en hogares protegidos y en residencias psiquiátricas (Bouey-Varga, & Cuarán-Collazo; 2019).

Actividades que integran a personas con trastornos mentales y comunidad general. La participación de personas con trastornos mentales en actividades dirigidas a la comunidad general, donde se comparte el espacio físico, generan oportunidades de interacción entre comunidad y pacientes, permitiendo el cambio de ideas frente a las personas con trastorno mental (Ardila-Gómez, y cols, 2016).

Deporte e inclusión social. La práctica deportiva favorece la inclusión social de personas con trastorno mental grave; se debe tener en cuenta que el deporte a practicar corresponda con los intereses de la persona, identificar la percepción de apoyo y barreras percibidas para la realización de la práctica. Como resultados se han identificado la: 1) integración social, 2) la recuperación (condición física, mejoría de síntomas, desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, inclusión social y reducción del estigma) y 3) lucha contra la discriminación. (Casado, y cols.; 2020).

Visitas y participación en actividades. Existen programas para que las personas con trastornos mentales visiten lugares de la ciudad, permitiendo el uso de tiempo libre, la participación y visibilización en diferentes contextos; la selección de los lugares a visitar y las actividades a realizar son definidas por las personas, a partir de intereses, inquietudes y capacidades. Dentro los resultados se ha identificado la disminución de las hospitalizaciones, mayor conocimiento de las condiciones de salud, la construcción de redes de apoyo, reconocimiento de los participantes como sujetos de derechos, principalmente en cuanto a la toma de decisiones (Satizabal-Reyes y Ortiz-Quiroga; 2020).

Intervenciones con profesionales no especializados. En regiones con limitación de profesionales especializados, se han realizado programas dirigidos a personas con trastornos mentales que vinculan a integrantes de la comunidad como parte del equipo interdisciplinar, quienes reciben formación y entrenamiento en temas como psicoeducación, adherencia al tratamiento, intervención familiar, manejo de crisis, apoyo para el regreso al trabajo y a actividades sociales, manejo del estigma y del estrés, movilización comunitaria, movilización de recursos financieros o prácticos; grupos de apoyo familiar; continúan recibiendo asistencia y seguimiento durante la implementación del programa. Los resultados indican un impacto favorable en el funcionamiento, el apoyo familiar, el acceso a atención médica, mayores ingresos y autoestima (Asher y cols; 2018).

Intervenciones con grupos de pares. Los jóvenes son un grupo poblacional que se beneficia de las estrategias RBC, pueden adquirir tempranamente habilidades para afrontar los retos del diagnóstico. Existen intervenciones grupales dirigidas por pares integrantes de la comunidad con experiencia en enfermedad mental (cuidadores o nivel personal); quienes se



forman manejo de grupo, soporte a personas jóvenes con discapacidad psicosocial. Los facilitadores promueven la asistencia a actividades sociales y brindan orientación para el acceso a servicios de salud mental especializados. Los resultados incluyen creación de redes de apoyo social, incremento en participación comunitaria, mayor autoeficacia y mejora en la imagen pública, mayor percepción de inclusión social y una mejor salud mental. Como elementos clave se destacan el uso de una intervención breve, la facilitación por pares y el uso de actividades divertidas (Mathias y cols.; 2019).

Estrategias desde el arte y la creatividad. La práctica creativa tiene como objetivo transformar un objeto o material, son actividades lúdicas, se asocian con la diversión, generan posibilidades de resignificación; favorecen la conexión entre integrantes de la comunidad. Los programas tienen un número de sesiones establecidos y cada sesión se divide en dos momentos: una que permita la interpretación libre y un segundo momento para la producción artística, que incluye técnicas artísticas diversas, actividades grupales o individuales. Los hallazgos indican una mejora a nivel personal en calidad de vida, inclusión social y desarrollo personal, transformación de imagen personal (Saavedra y cols; 2015).

Se evidencia en las diferentes experiencias antes expuestas, que **existe una estrecha relación entre la inclusión y la reducción del estigma**, dado que la implementación de acciones para abordar una de ellas incide necesariamente en la otra.

7.2.8 Fortalecimiento de capacidades para la organización social

Se busca que las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, epilepsia, sus familias y cuidadores desarrollen competencias para participar y asumir el control en la toma de decisiones y acciones para el cambio, organizándose como grupo para proteger sus intereses, defender sus derechos, gestionar políticas y programas inclusivos. Para esto es necesario facilitar su auto-reconocimiento como actores de cambio y propiciar o facilitar que comiencen a hacerlo, pasando de ser receptores pasivos a contribuyentes activos en su comunidad.¹⁵ A continuación se proponen algunas acciones para promover la movilización y organización de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores:

- ✓ Identificar y promover liderazgos entre las personas con trastornos mentales y sus familias y cuidadores.
- ✓ Propiciar espacios para el desarrollo de competencias para la comunicación efectiva y la negociación.
- ✓ Promover alianzas y acuerdos entre los líderes para organizarse en pro de la defensa de sus derechos.
- ✓ Brindar información sobre las políticas y el funcionamiento del sistema de salud, sus derechos y responsabilidades como usuarios y la normatividad relacionada, con énfasis en rutas de acceso a programas y servicios, mecanismos de participación y exigibilidad de derechos, entre otros.
- ✓ Brindar información acerca de los servicios que existen en sus comunidades y las rutas de acceso locales y territoriales.

¹⁵ Adaptado de las Guías de RBC, Módulo de Fortalecimiento, OMS 2012

- ✓ Organizar procesos de formación con expertos sobre participación y organización social
- ✓ Propiciar su participación como grupo en espacios como los Comités Municipales de Política Social, COPACOS, los Consejos para la Gestión del Riesgo de Emergencias, asociaciones de usuarios, comités locales de discapacidad, comités de ética hospitalaria, veedurías, entre otros. Así mismo, como organizaciones constituidas conforme a la normatividad vigente, en los consejos departamentales y distritales de salud mental, consejos de juventud, entre otros.
- ✓ Desde el proceso de mapeo y caracterización de actores se deben identificar las organizaciones de base comunitaria existentes en el territorio (incluyendo las de personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores), de manera que se vinculen de manera activa y se fortalezcan durante todo el proceso.

La organización de las personas con trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, epilepsia, sus familias y cuidadores puede promoverse desde los grupos de apoyo y de ayuda mutua, como redes sociales, a través del Plan de Intervenciones Colectivas, utilizando metodologías de planeación participativa, fomentando un papel activo de las personas involucradas, como parte del grupo, en la construcción y ejecución de propuestas colectivas para el mejoramiento de la salud mental en su territorio.

Es importante recordar que, para el caso de grupos étnicos, se requiere coordinar y articular con las autoridades étnicas e incluir procesos de adecuación sociocultural donde se parta del reconocimiento de las potencialidades que existen desde la cultura propia, así como de las estructuras organizativas que existen en cada grupo étnico.

7.3 Fase 3: Seguimiento a la implementación de RBC en Salud Mental

La evaluación de las estrategias implementadas es un elemento clave, pues permite identificar el impacto general de los programas, las oportunidades de mejora y las lecciones aprendidas; asimismo, facilita el reconocimiento de los beneficios para las personas en calidad de vida y bienestar. En una revisión documental realizada se identifica que los datos más utilizados para evaluar los programas de RBC son los sociodemográficos y la gestión del programa; dentro de los métodos se encuentran, principalmente, los grupos focales, las entrevistas y los cuestionarios; otro de los hallazgos de esta revisión permite evidenciar que no existen métodos ni instrumentos estandarizados para evaluar (Lukersmith, et. Al; 2013), por lo anterior, es importante contar con herramientas que permitan homogeneizar los procesos de evaluación.

A continuación, se presentan los indicadores propuestos según las características de la estrategia RBC (Ver tabla 4), los territorios pueden retomar los que se correspondan con sus dinámicas y recursos, considerando siempre las tres categorías de indicadores:

Tabla 4

Indicadores para realizar evaluación y seguimiento a la implementación de estrategia RBC_Salud Mental

Categoría 1: Acceso efectivo¹⁶.

Indicador	Fuente
1.1 Acceso efectivo a servicios de salud.	1.1 RIPS y Seguimiento a la implementación estrategia.
1.2 Acceso efectivo a programas y servicios de o sectores.	1.2 Seguimiento a la implementación estrategia.

Categoría 2: Participación e integración.

Indicador	Fuente
2.1 Grupos de apoyo: Número de personas que participaron en grupos de apoyo/ número de personas convocadas.	2.1 Códigos CUPS y Seguimiento a la implementación estrategia.
2.2 Generación de capacidades: Número de personas que participan en actividades para la generación de capacidades/número de personas convocadas. Conocimientos de los participantes en las temáticas abordadas.	2.2 Códigos CUPS y Seguimiento a la implementación estrategia. Resultados de evaluaciones pre y post.
2.3 Número de proyectos productivos, artísticos, otros.	2.3 Seguimiento a la implementación estrategia.
2.4 Número de redes u organizaciones conformadas en el marco de la estrategia.	2.4 Seguimiento a la implementación estrategia.
2.5 Existencia de Plan Operativo Intersectorial (incluido en el Plan Territorial de Salud)	2.5 Documentación.

¹⁶ Nota: Si requiere identificar participación de poblaciones vulnerables o de grupos especiales, vinculados a la estrategia, se sugiere realizar un cruce de variables con la bodega de datos del SISPRO.

Categoría 3. Bienestar y calidad de vida¹⁷

Indicador	Fuente
3.1 Número de hospitalizaciones por salud mental.	3.1 RIPS y Seguimiento a la implementación de la estrategia.
3.2 Discapacidad psicosocial	3.2 Resultados de instrumento aplicados (pretest y post test): Ficha de caracterización de discapacidad psicosocial- Caldas. Anexo 2
3.3 Calidad de vida.	3.3 Resultados de instrumentos aplicados (pretest y post test): Escala de calidad de vida OMS WHOQOL-BREF Anexo 4
3.4 Sobrecarga cuidador	3.4 Resultados de instrumentos aplicados (pretest y post test): Escala de Zarit Anexo 5
3.5 Estigma.	3.5 Resultados de instrumentos aplicados (pretest y post test): Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) Anexo 6
3.6 Duelo	3.6 Resultados de instrumentos aplicados (pretest y post test): Inventario de duelo complicado Anexo 7
3.7 Riesgo conducta suicida	3.7.1 Resultados de instrumentos aplicados (pretest y post test): Inventario de razones para vivir. Anexo 8.1 3.7.2 Resultados de instrumentos aplicados (pretest y post test): Escala de Riesgo Suicida (ERS) Anexo 8.3

Para lograr la continuidad es necesario que esta evaluación de indicadores pueda realizarse de manera periódica (Mensual, Trimestral, Final), y así permita la sistematización de hallazgos, lecciones aprendidas, oportunidades de mejora y experiencias exitosas.

Si se considera pertinente, como parte del seguimiento a la implementación o para la sistematización de la experiencia se pueden incluir [evaluaciones cualitativas](#), tales como grupos focales y entrevistas.

¹⁷ Se sugiere el uso de los instrumentos presentados, los cuales se encuentran validados en población colombiana; sin embargo, cada equipo interdisciplinar en la fase de aprestamiento podrá seleccionar y utilizar los instrumentos que considere pertinentes para evaluar los resultados de la estrategia en el bienestar y calidad de vida de las personas beneficiarias. Para el uso de instrumentos es necesario considerar el momento de curso de vida, por tanto, es necesario seleccionar instrumentos validados en población colombiana y acordes con la edad de las personas que participan en la estrategia.

8. Referencias Bibliográficas

- Araoz-Fraser, S. (2010). *Inclusión social: un propósito nacional para Colombia*. Ediciones Universidad Central.
- Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., & Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud colectiva*, 12, 265-278.
- Asher, L., Hanlon, C., Birhane, R. et al. Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry* 18, 250 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1818-4>
- Astorga (2007) citado en Cordero, M. (2011). *Desarrollo Inclusivo Basado en Comunidad: una estrategia para la inclusión social de las personas con discapacidad y el desarrollo de las comunidades desde el enfoque de derechos humanos*. Costa Rica.
- Bahamón Muñetón, M. J., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos.
- Bodega de datos SISPRO consultada el 20 de octubre de 2021. Acumulado año 2020, preliminar (Defunciones no fetales ocurridas entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2020 y reportadas por la fuente hasta el 31 de enero de 2021)
- Bouey-Varga, E., & Cuarán-Collazo, J. (2019). Inclusión Social de personas con diagnóstico psiquiátrico que viven en hogares protegidos en Chile social. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(2), 166-171.
- Canal Grupo5AyGsocial. (8 de octubre de 2018). *"1 de cada 4": La enfermedad mental no me hace diferente a ti* [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=C2rLTZZtZ9k>
- Canal Obertament. (10 de abril de 2017). *"No tengas depresión" - El testimonio de l'Antonio*. [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=0TyU9QDRExg>
- Canal Proyecto Suma. (11 de diciembre de 2017). *Así reacciona un padre con trastorno bipolar cuando queda a solas con su hijo*. [Archivo de video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=udm_PdpfST4
- Casado, D. G., Algarra, J. C., & Tardón, B. G. (2020). Deporte e inclusión social en personas con trastorno mental grave (TMG).
- Congreso de la República (2013). Ley 1616 de 2013 "por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Bogotá.
- Congreso de la República (2013). Ley 1618 de 2013 "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad". Bogotá.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social de la República De Colombia (2020). CONPES 3992, 2020. *Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*. Departamento Nacional de Planeación.
- Correa, D. A. M., & Valenzuela-Cazés, A. (2020). Reorganización de la rehabilitación basada en comunidad frente al COVID-19. *Revista de Salud Pública*, 22(6), 1-4.
- Gamba-Collazos, H. A. & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205



García Valencia, J., Palacio Acosta, C. A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B., ... & García, H. (2009). Validación del inventario de razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38 (1), 66-84.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. En Dossiers del tercer sector. Num 26.

Gradaille-Pernas y Caballo-Villar. (2016). Las buenas prácticas como recurso para la acción comunitaria: criterios de identificación y búsqueda. Contextos educativos: Revista de educación, (19), 75-88.

Gronholm, P.C., Henderson, C., Deb, T. and Thornicroft, G. (2017) Interventions to Reduce Discrimination and Stigma: The State of the Art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 249-258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>

Gugerty MK, Biscaye P, Anderson CL. (2019) Delivering development? Evidence on self-help groups as development intermediaries in South Asia and Africa. *Dev Policy Jan*;37(1):129-151. doi: 10.1111/dpr.12381. Epub 2018 Apr 15. PMID: 32494112; PMCID: PMC7269175).

Khenti, A., Bobbili, S. J., & Sapag, J. C. (2019). Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings. *Journal of Community Health*, 44(6), 1204-1213.

Lopera, J. M. V., Fernández, D. B., Arango, D. C., Cardona, A. S., & Molina, J. O. (2012). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atención primaria*, 44(7), 411-416.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.

Lukersmith, S., Hartley, S., Kuipers, P., Madden, R., Llewellyn, G., & Dune, T. (2013). Community-based rehabilitation (CBR) monitoring and evaluation methods and tools: a literature review. *Disability and rehabilitation*, 35(23), 1941-1953.

Mathias, K., Singh, P., Butcher, N., Grills, N., Srinivasan, V., & Kermode, M. (2019). Promoting social inclusion for young people affected by psycho-social disability in India—a realist evaluation of a pilot intervention. *Global public health*, 14(12), 1718-1732.

Medina, M., Sarti, E., Real, T. (2016) La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura". Academia Nacional de Medicina, Colección de Aniversario. Ciudad de México, México.

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social (2016), Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - Colombia 2016. Bogotá D.C.

Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección social, Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013. Bogotá

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021) Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021) Estudio Relación entre los riesgos en salud mental y el nivel de resiliencia, en población colombiana mayor de edad, durante la pandemia por COVID-19. Datos preliminares.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021) Reportes de seguimiento a las atenciones realizadas por la opción de salud mental de la Línea 192.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Encuesta Nacional de salud Mental <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social. (2016). RBC en Salud Mental Manual Operativo. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Lineamientos Nacionales para la implementación de RBC en Salud Mental. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección social (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2077 DE 2021. Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2292 de 2021. “Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No.089 de enero de 2019, por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen directrices para su operación”. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 4886 de 2018. “Por medio de la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental”. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 2063 de 2017. Por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. 9 de junio de 2017.

Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016.

Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 518 de 2015. “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC”. Bogotá.

Muñoz-Pogossian, B., & Barrantes, A. (2016). Equidad e Inclusión Social: Superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas. USA: Secretaría General de la Organización de Estados Americanos OEA.

Ngai, S. S., Cheung, C. K., Ng, Y. H., Shang, L., Tang, H. Y., Ngai, H. L., & Wong, K. H. (2021). Time Effects of Supportive Interaction and Facilitator Input Variety on Treatment Adherence of Young People with Chronic Health Conditions: A Dynamic Mechanism in Mutual Aid Groups. International journal of environmental research and public health, 18(6), 3061. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063061>.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC (2017) III estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria Informe regional 2016.

ONU Mujeres Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2020). Tiempo de Cuidados: Las cifras de la desigualdad.

<https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2020/01/tiempo-de-cuidados-las-cifras-de-la-desigualdad>

ONU. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Organización Mundial de la Salud (2016). Enfrentando Problemas Plus (EP+) Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. (Versión genérica de prueba de mercado 1.0). Ginebra. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2012). Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Salud_spa.pdf;sequence=3

Organización Panamericana de la Salud (2016). Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC : OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413>

Organización Panamericana de la Salud -OPS, Organización Mundial de la Salud-OMS (2015) Plan de acción sobre salud mental 2015 - 2020. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>

Organización Panamericana de la Salud -OPS, Organización Mundial de la Salud-OMS (2020) Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52427/OPSNMHNMCOVID-19200026_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2017) Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (1999). Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, 20(3).

Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999;20:1-3. Fecha de consulta: 11 de junio de 2017. Disponible en: https://www1.paho.org/spanish/sha/BE_v20n3.pdf

Palacín L., M. (2003). Estrategias de apoyo psicosocial: Grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua. En ACNefi Informa. Número 7. Disponible en: <http://www.acnefi.org/revista/n00720.htm>

Palacios-Espinosa, X., & Jiménez-Solanilla, K. O. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Avances en psicología latinoamericana, 26(2), 211-226.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, 392(10157), 1553-1598.

Pinto Álvarez, M. (2020). Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2000). Informe sobre desarrollo humano, Ediciones Mundi-Prensa. Madrid. Barcelona. México.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1990). Informe sobre Desarrollo Humano 1990. Definición y medición del desarrollo humano.

Puerto & Carrillo. (2015) Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud.vol.47, n.2, pp.125-136. ISSN 0121-0807. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072015000200004&script=sci_abstract&tlng=es

Quitian, Hoover, Ruiz-Gaviria, Rafael E, Gómez-Restrepo, Carlos, y Rondón, Martin. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015: Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría, 45 (Supl. 1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1751. Capítulo III Artículo 17. (16, Febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1566. (31, Julio, 2012). Por medio de la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.

Rodríguez, Julio. 2020. Pobreza y trastorno mental: mecanismos causales y solución, revista Investigación y Ciencia, diciembre de 2020. <https://www.investigacionyciencia.es/blogs/medicina-y-biologia/27/posts/pobreza-y-trastorno-mental-mecanismos-causales-y-solucion-19360>

Saavedra Macías, F. J., Arias Sánchez, S., Cruz, E. D. L., Galán, M. L., Galván Vega, B., Murvartian Carrascal, L., & Vallecillo Chaves, N. (2016). La recuperación mutua en personas con trastornos psicológicos o diversidad funcional a través de la práctica creativa. Arte, Individuo y Sociedad, 28 (2), 339-354.

Satizabal-Reyes, M., & Ortiz-Quiroga, D. (2020). Mentalmente Sanos: Una experiencia con enfoque comunitario. Revista de Salud Pública, 21, 122-127.

Secretaría de Salud de Caldas (2022). *Ficha de caracterización familiar para la identificación de discapacidad psicosocial*. Inédito.

Shamsaei, F., Nazari, F., & Sadeghian, E. (2018). The effect of training interventions of stigma associated with mental illness on family caregivers: a quasi-experimental study. Annals of general psychiatry, 17(1), 1-5.

Taiwo, A., Baird, S, y Sanders, J. (2021) Mutual aid on WhatsApp: reflections on an online support group for new and pre-tenured faculty, Social Work with Groups, DOI: 10.1080/01609513.2021.1990191).

UNESCO, OMS, OIT. (2004) RBC, Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Pág. 2.

Universidad Complutense de Madrid. (2020). Guía de Buenas Prácticas Contra el Estigma. En: Cátedra Extraordinaria UCM – Grupo 5 contra el Estigma. Disponible en: <https://www.contraelestigma.com/descarga-buenas-practicas/>

Vera, J. L. (2010). *Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50, 55-99.

Vicepresidencia de la República, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de la Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, SENA. (2009) Conpes 3591, Sistema de rehabilitación integral para la Fuerza Pública.

Werneck, C. (2005). Manual sobre desarrollo inclusivo para los medios y profesionales de la comunicación. Escola de Gente - Comunicação em Inclusão. Banco Mundial. Rio de Janeiro.

World Health Organization. (2011). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.

9. Anexos

9.1. Mapeo y caracterización de los actores involucrados¹⁸

Una vez se cuenta con un listado de las posibles instancias a participar, es pertinente realizar un Mapeo de los actores sociales: existen muchas maneras de hacerlo, pero dentro de las más sencillas se sugiere el empleo de un diagrama de círculos, donde el centro representa “la implementación de la estrategia de RBC en salud mental”, y los anillos exteriores permitan ubicar a los actores que pueden contribuir en esta propuesta, dependiendo de su cercanía, atendiendo a factores como:

- Intereses comunes en relación con el tema, en este caso se refiere al interés manifiesto en el logro del objetivo: mejorar las condiciones de salud mental del municipio.
- Posición de apoyo u oposición en relación con la estrategia.
- Influencia o importancia, como la capacidad de incidir en la implementación de la estrategia en el municipio.

Para el registro de variables como las anteriores se requiere un previo conocimiento básico de los actores identificados, se pueden convocar a una reunión, visitarlos o generar otros espacios de diálogo que permitan identificar sus intereses, posición e influencia en relación con el tema. Se pueden incluir entrevistas semiestructuradas y/o sencillas encuestas auto-aplicables; lo importante es que se recoja la información necesaria para ubicar a los actores según las variables seleccionadas

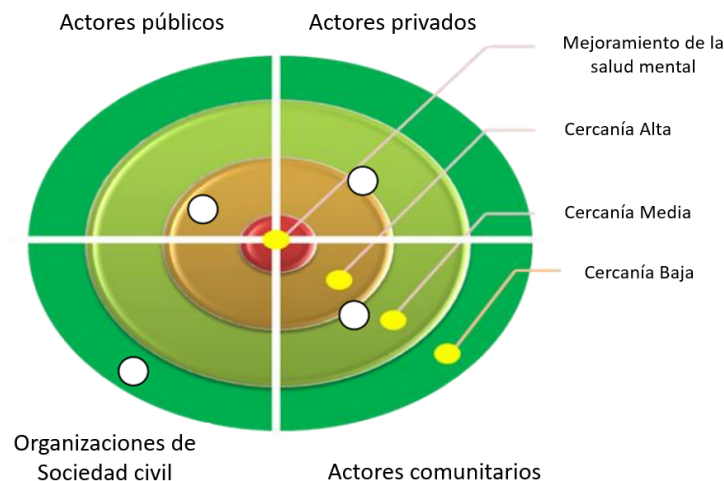
El diagrama contará con tantos cuadrantes como número de categorías se definan. Se puede hacer una clasificación inicial como el siguiente ejemplo:

Tabla 1.
Caracterización de actores

Actores					
Sectores	Instituciones, organizaciones, grupos, personas	Interés (Si/No)	Posición (Si/No)	Influencia (Si/No)	Cercanía (Alta, media, baja)
Actores Públicos					
Actores Privados					
Organizaciones civiles					
Actores					

¹⁸ El Trabajo en Red como Estrategia para la Implementación de los Procesos Comunitarios del Componente de Salud Mental en la Atención Primaria en Salud (APS), Ministerio de la Protección Social, 2009 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/ESTRATEGIA%20COMUNITARIA%20SM%20EN%20APS.pdf>

Gráfico 1
Diagrama de actores



Fuente: Diagrama actores. MSPS (2009)

Posteriormente se pueden crear sub-categorías, teniendo en cuenta el sector y/o sistema al que pertenecen. Aunque esto dependerá de las características propias, necesidades y dinámicas particulares de cada entidad territorial. Una vez convocados los actores, se pueden aprovechar los procesos sensibilización, formación y análisis participativo para ir enriqueciendo la matriz con todas sus características relevantes en relación con la estrategia.

Una posible clasificación más específica que la utilizada en el mapeo inicial podría ser la siguiente:

Actores				
Sectores	Instituciones, organizaciones, grupos, personas	Competencias y funciones (Lo que hacen en relación con salud mental)	Recursos (tecnológicos, talento humano, económicos)	Actores con los que se relaciona, Información y procesos que comparten
Salud				
Educación				
Justicia				
Productivo				
Cultura, Recreación y Deportes				
Comunicaciones				
Organizaciones de personas con				

trastornos mentales y/o PCD				
ONGs y otras organizaciones				
Voluntariados				
Cooperación internacional/otros				
Salud				

9.2. Ficha de caracterización familiar para la identificación de Discapacidad psicosocial_Caldas

Autores: Secretaría de Salud de Caldas (2022). *Ficha de caracterización familiar para la identificación de discapacidad psicosocial*. Inédito.

Manual de Aplicación.

Es una herramienta se desarrolló con el fin de identificar el riesgo de discapacidad psicosocial, mediante factores de riesgo a nivel de: adherencia al tratamiento, discapacidad personal y emocional, discapacidad en el funcionamiento familiar, discapacidad social y discapacidad laboral de la persona con afectación en su salud mental.

Este instrumento permite identificar el nivel de riesgo de discapacidad psicosocial teniendo en cuenta el criterio del profesional de la salud a cargo de este proceso y la información subjetiva referida por el familiar. Incluye 7 preguntas abiertas y 75 preguntas dicotómicas (Si-No), que proporcionan datos demográficos, antecedentes personales y patológicos, motivo de no adherencia al tratamiento, conocimientos propios de la patología, tipos respuesta ante situaciones de descompensación de esta, entre otros. Las opciones de respuesta ‘Sí’ y ‘No’ pasarán a tener un valor entre 1 y 2 puntos como indica la tabla 2 dispuesta en este documento: siendo 1 menor riesgo y 2 riesgo.

Posteriormente debe realizarse la sumatoria total del puntaje obtenido en todas las preguntas y ubicar dicho resultado en la clasificación que se encuentra en la tabla 3, para determinar el nivel de riesgo de discapacidad psicosocial en el que se encuentra el individuo: Riesgo Bajo, moderado o alto.

Esta ficha de caracterización se divide en seis (6) dominios que a su vez cuentan con subdominios como se describe a continuación:

Adherencia al Tratamiento (AT), identifica elementos relacionados con el tratamiento, su continuidad y comprensión por parte de la persona.

Discapacidad a nivel Personal y Emocional (DPE), se evalúa la capacidad del cuidado de sí mismo, la realización de actividades significativas y pérdida de la capacidad de respuesta emocional.

Discapacidad en el Funcionamiento Familiar (DFF), se reconoce la estructura familiar teniendo en cuenta, el parentesco, la edad, la profesión y nivel de escolaridad y corresponden a su totalidad a preguntas abiertas.

Deficiencias de la Participación (DPF), se evalúa el rol a nivel parental, familiar y marital.

Discapacidad Social (DS), se evalúa el contacto significativo con otras personas, la existencia y relaciones con las redes de apoyo.

Discapacidad Ocupacional (DO), se indaga sobre satisfacción laboral, relaciones con pares y superiores, además del desempeño laboral.

Este instrumento se aplica mediante entrevista con cuestionario escrito; es necesario explicar al paciente y su familiar cada una de las preguntas y la necesidad de que sean contestadas con sinceridad y veracidad.

A continuación, se presenta el instrumento y las tablas de interpretación de la puntuación que permitirán determinar el riesgo psicosocial.

Tabla 1.

Especificaciones de los ítems

Dominio Adherencia al tratamiento (AT)	
Descripción del ítem	Ítem
1. Periodicidad de controles	¿Asiste con la periodicidad programada a los controles?
2. Adherencia al tratamiento	¿Sigue las recomendaciones del tratamiento?
3. Toma los medicamentos a la hora indicada	¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
4. Suspende el tratamiento.	Cuando los síntomas desaparecen, ¿suspende el tratamiento?
5. Recordatorios para el tratamiento	Para que siga el tratamiento, ¿es necesario que otros se lo recuerden?
6. Seguimiento de otras recomendaciones en cuanto actividades de la vida	¿Sigue otras recomendaciones aparte del manejo farmacológico o psicoterapéutico?
7. Conocimiento de su tratamiento farmacológico	¿Conoce los motivos y el funcionamiento del tratamiento farmacológico?
En caso de presentar poco apego farmacológico (no tomarse los medicamentos de la forma en que fue indicada por el médico) ¿por qué sucede esto?	
¿Qué sabe sobre su problema, enfermedad o trastorno mental?	
Dominio Discapacidad a nivel personal y emocional (DPE)	
Sub-dominio: Cuidado de sí mismo	
Descripción del ítem	Ítem
8. Autocuidado	¿Cuida su higiene personal?
9. Cuidado de alimentación	¿Cuida su alimentación?
10. Cuidado de salud en general	¿Se responsabiliza del cuidado de su salud?
11. Toma de medicamentos por sí mismo	Se responsabiliza de la toma de medicamentos y asistencia a las terapias
12. Odontología	¿Asiste a controles odontológicos?
13. Tratamiento por otras disciplinas de salud	¿Asiste a otras citas médicas para otros problemas médicos?

14. ¿Asiste a los programas de promoción y prevención?	Promoción y prevención
Sub-dominio: Actividades significativas	
Descripción del ítem	Ítem
15. Manejo del tiempo libre	¿Considera que tiene buen uso del tiempo libre?
16. Se interesa por procesos de capacitación o formación	¿Asiste a procesos de capacitación, como cursos, seminarios, clases?
17. Actividad física regular	¿Realiza actividad física por lo menos 90 minutos a la semana?
18. Trabajo en espiritualidad	¿Tiene espacios de espiritualidad?
19. Hábito de lectura, dibujo, escritura, actividades artísticas	¿Practica de forma habitual lectura, dibujo, escritura, otro tipo de arte o artesanías?
20. Celebración de fechas especiales	¿Participa en celebración de fechas especiales?
21. Participación comunitaria	¿Participa de alguna organización o grupo?
22. Habilidades manuales o artísticas	¿Considera que tiene habilidades manuales o artísticas aparte de las laborales?
Sub-dominio: Pérdida de la capacidad de respuesta emocional	
Descripción del ítem	Ítem
23. Se aleja con frecuencia	En los últimos tres meses, ¿es frecuente que se aísle a causa de sus emociones?
24. Búsqueda de ayuda.	¿Suele buscar ayuda en las personas más cercanas cuando se siente triste o angustiado?
25. Lloro con frecuencia	En los últimos tres meses, ¿llora con frecuencia?
26. Se frustra	En los últimos tres meses, ¿se frustra con facilidad?
27. Se dirige a alguna institución para buscar ayuda en caso de sentirse mal.	¿Se dirige a alguna institución para buscar ayuda en caso de sentirse mal?
28. Golpea los objetos cuando se frustra o entristece	¿Golpea los objetos cuando se frustra o entristece?
29. Golpea a otras personas	¿Golpea a otras personas?
30. Se autolesiona	¿Se autolesiona?
31. Desesperanza	¿Se siente con frecuencia sin esperanza?
32. Resolución de problemas	¿Tiene capacidad de encontrar soluciones ante las dificultades?
33. Apoyo social	¿Busca otros escenarios fuera de casa cuando se siente triste o ansioso?
34. Minusvalía	¿Se siente una carga para su familia?
35. Suicidio reciente	¿Ha presentado ideación suicida en los últimos tres meses?
36. Suicidio en el último año.	¿Ha presentado ideación suicida en el último año?
¿Qué hacen usted y sus familiares cuando se descompensa la patología?	
¿Cómo se imagina su futuro?	
Dominio: Discapacidad en funcionamiento familiar. Deficiencias de la participación en:	
Sub-dominio:	
Descripción del ítem	Ítem
37. Redes de apoyo	¿Considera otras redes de apoyo, aparte de las

	familiares?
Describa, a parte de su familia, ¿por quién o quiénes se siente apoyado/a?	
Sub-dominio: Rol a nivel parental	
Descripción del ítem	Ítem
38. Pautas de crianza	¿Aplica pautas de crianza en niños, niñas, adolescentes a cargo?
39. Autoridad en las decisiones de familia	¿Siente que tiene autoridad en las decisiones de su sistema familiar?
40. Autonomía en las decisiones a nivel familiar	¿Tiene autonomía en las decisiones a nivel familiar?
41. Sobreprotección	¿Siente que hay sobreprotección de otros miembros familiares hacia usted?
42. Dependencia en las relaciones familiares	¿Siente que hay una dependencia anormal en las relaciones familiares?
Sub-dominio: Rol a nivel familiar	
Descripción del ítem	Ítem
43. Vínculo óptimo a nivel familiar	¿Considera un vínculo fuerte óptimo a nivel familiar?
44. Relaciones familiares son estrechas	¿Considera que sus relaciones familiares son estrechas?
45. Relaciones familiares son conflictivas	¿Considera que sus relaciones familiares son conflictivas?
46. Relaciones familiares distantes.	¿Considera que sus relaciones familiares son distantes?
Sub-dominio: Rol a nivel marital	
Descripción del ítem	Ítem
47. A nivel de pareja, resolución de conflictos.	A nivel de pareja, ¿resuelven de forma tranquila los conflictos?
48. Enojo o estrés en la pareja	¿Manejan situaciones de enojo o estrés en la pareja?
49. Respeto en pareja	¿Considera que hay respeto entre usted y su pareja?
50. Comunicación en pareja	¿Considera que hay una buena comunicación entre usted y su pareja?
51. Vida sexual	¿Considera que tiene una vida sexual satisfactoria?
Dominio: Discapacidad Social	
Sub-dominio: Poco contacto significativo con las personas	
Descripción del ítem	Ítem
52. Amigos	¿Cuenta con un grupo de amigos?
53. Redes sociales y actividades.	¿Comparte momentos con alguien de ocio, como ver películas, leer un libro, ir al cine, a caminar, etc?
54. Sale de paseo con un grupo social	¿Sale de paseo con un grupo social?
55. Hobbie.	¿Practica en grupo alguna actividad que disfrute, de forma semanal (hobbie)?
56. Otras actividades sociales	¿Sale de compras?
Sub-dominio: Relaciones con la red de apoyo	
Descripción del ítem	Ítem
57. Relaciones con la comunidad conflictivas	¿Considera conflictivas las relaciones con la comunidad?
58. Sus relaciones con la comunidad son participativas	¿Sus relaciones en la comunidad son participativas?
59. Apatía al relacionarse con su comunidad	¿Siente apatía al relacionarse con su comunidad?

Dominio Discapacidad laboral	
Descripción del ítem	Ítem
60. Actividad laboral, capacidades	¿Siente que puede trabajar actualmente?
61. Satisfacción con cantidad de ocupaciones	¿Está satisfecho con la cantidad de ocupaciones que puede desempeñar?
Subdominio Desempeño laboral	
Descripción del ítem	Ítem
62. Rendimiento en sus labores es bueno	¿Considera que su rendimiento en sus labores es bueno?
63. Satisfacción con el tipo de trabajo	¿Le gustan las labores que desempeña?
64. Habilidad o agilidad	¿Se considera ágil en las labores que desempeña?
Subdominio Relación con los jefes y superiores	
Descripción del ítem	Ítem
65. Relación con sus jefes es buena	¿La relación con sus jefes es buena?
66. Relación negativa con sus superiores	¿Considera negativa la relación con sus superiores?
67. Comunicación con sus superiores a nivel ocupacional	¿Tiene una buena comunicación con sus superiores a nivel ocupacional?
68. Instrucciones a nivel laboral	¿Es capaz de seguir instrucciones a nivel laboral?
Subdominio Relación con los compañeros del trabajo	
Descripción del ítem	Ítem
69. Relaciones con los compañeros de trabajo	¿Tiene buenas relaciones con los compañeros de trabajo?
70. Solidaridad en trabajo	¿Considera las relaciones con sus compañeros de trabajo como solidarias?
71. Asertividad en trabajo	¿Hay buena comunicación a nivel laboral?
72. Ambiente laboral	¿Considera que las relaciones de trabajo son tensas con sus compañeros?
73. Discusiones en el trabajo	¿Hay frecuentes discusiones o problemas personales en el ámbito laboral?
Subdominio Labores del hogar	
Descripción del ítem	Ítem
74. Ocupaciones no laborales	¿Colabora en las labores del hogar?
75. Economía del hogar	¿Aporta a la economía del hogar de alguna forma? Incluir aspectos de la economía del cuidado, no sólo económicos.

Tabla 2.
Puntajes de los ítems.

PREGUNTA	Opción de respuesta	Puntuación
1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,24,27,32,33, 37, 38, 39, 40, 43,44, 47, 48, 49, 50,51,52,53,54,55,56,58, 60,61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70,71,74,75.	SI	1
	NO	2
4,5,23,25,26,28,29,30,31,34,35,36, 41,42,45,46,59,66,72.	SI	2
	NO	1
¿Asiste con la periodicidad programada a los controles?	Mensual	1
	Trimestral	1

	Semestral	1
	Anual	2
	Sin controles	2
¿Sigue otras recomendaciones aparte del manejo farmacológico y psicoterapéutico?	Diario	1
	Semanal	2
	Ninguno	2

Tabla 3.

Puntajes niveles de riesgo, ficha de caracterización discapacidad psicosocial

Puntaje ficha de caracterización discapacidad psicosocial		
Cuartil	Nivel de Riesgo	Puntaje
4	Muy alto	>129
3	Alto	115 – 128
2	Moderado	104 – 114
1	Bajo	≤ 104

9.3. Recomendaciones metodológicas para los grupos de apoyo

Perfil del facilitador de grupos de apoyo

- Tener formación en salud mental – conocer muy bien la temática o situación que se abordará a través del grupo.
- Entrenamiento en PAP e intervención en crisis
- Experiencia en el manejo de grupos y metodologías participativas por curso de vida y enfoque diferencial.
- Conocimientos del abordaje intercultural y reconocimiento de las particularidades culturales de los grupos étnicos que haya en el territorio donde se va a implementar.

Conducción y evaluación

- El facilitador/coordinador del grupo es quien abre y cierra todas las reuniones.
- Prepara cada reunión de manera flexible para estimular la participación del grupo.
- Propicia el aprendizaje y la discusión desde los saberes, experiencias y necesidades del grupo.
- Tiene en cuenta los recursos culturales del contexto en el que se realizan las reuniones y de los participantes.
- Hace seguimiento cuidadoso de lo que sucede en cada sesión, de modo que pueda ir evaluando el proceso y hacer ajustes para responder a las necesidades de los participantes.

Antes de comenzar es importante definir claramente lo siguiente

- Objetivos del grupo: (Ej: brindar psicoeducación y apoyo a personas con depresión)
- Normas del grupo: Confidencialidad, puntualidad, si está abierto o cerrado, respeto, las demás que proponga el grupo.
- Si el grupo se propone en una comunidad étnica, es importante involucrar a las autoridades de dicha comunidad para que se parta del reconocimiento de las estructuras organizativas propias; así como para que las autoridades étnicas reconozcan claramente el objetivo del proceso, sugieran el mecanismo para incluir aspectos relacionados con la cultura y con sus prácticas ancestrales/ espirituales, así como brinden el respaldo y su involucramiento activo en el proceso.
- Número de asistentes: mínimo 5 y máximo 20
- Frecuencia de las reuniones y duración de las mismas: se recomienda cada 15 días, entre 1 y 2 horas.
- Se puede definir un número específico de sesiones, dependiendo de los objetivos planteados (entre 4 y 8).
- Características de los participantes: que compartan un riesgo en salud mental.
- Horario para las reuniones: se recomienda día y horario fijo, que no interrumpen las jornadas laborales.
- El espacio físico: debe ser cómodo, agradable, que garantice la privacidad y sea de fácil acceso.
- Tareas que puedan ser distribuidas entre los miembros del grupo (abrir y cerrar el salón, sacar las fotocopias, traer el tinto, etc.).
- Durante la pandemia por Covid-19, las Tecnologías de la Información y la Comunicación mostraron su utilidad para facilitar el desarrollo de espacios de interacción como estos, de las personas entre sí y con profesionales de salud; se puede utilizar cualquier plataforma tecnológica: Skype, Google meet, Microsoft teams, Zoom, Webex, Jitsi meets. Se recomienda fortalecer el trabajo de los grupos de apoyo con foros, recomendación de páginas web y revisión de evidencia, que permitan afianzar el conocimiento y la información compartida.
- Es necesario promocionar y ofrecer el grupo de apoyo, en consulta externa, alta de hospitalización, en teleorientación y telemedicina (telepsiquiatría, telepsicología y de cualquier especialidad). A través de las organizaciones sociales y comunitarias, en redes sociales y páginas web, entre otros.

Aspectos a tener en cuenta para la primera reunión:

- Precisar el objetivo de la primera reunión: dirigida a brindar información, generar interés y confianza.
- Preparar la información que se va a suministrar sobre la situación de salud mental (Ej: Qué es, síntomas y características).

Los temas a tratar durante las siguientes sesiones se concertan con los participantes.

- Ej: tratamientos e importancia de la adherencia para evitar recaídas, compartir estrategias para recordar horarios en la toma de medicamentos y realizar actividad física, alimentación saludable, entre muchos otros.

Durante todo el proceso es indispensable que se evidencie el enfoque diferencial, por ejemplo: al trabajar con niños, niñas y adolescentes, considerar actividades lúdicas que faciliten la participación, expresión de emociones y atención sostenida (dibujos, cuentos, juegos, TICs, otros). Así mismo, considerar estrategias que faciliten la participación de las personas en situación de discapacidad.

9.4 Instrumento de calidad de vida de la OMS –versión breve (WHO-QOL-BREF).

Instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para identificar la calidad de vida percibida por las personas, en su versión breve está compuesto por un total de 26 ítems, 24 de los cuales permiten determinar un perfil de calidad de vida percibida, mediante cuatro dominios (salud física, salud psicológica, ambiente y relaciones sociales) y dos ítems que evalúan la percepción de la calidad de vida y salud general.

Instrucciones

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a Divorciado/a En pareja
Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____ Enfermedad/Problema

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Muy Mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho
2. ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.					
Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5



14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida					
	Muy Insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho
16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.					
	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre



26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5
¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?					
¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?					
¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?					
Gracias por su ayuda					

9.5 Escala de Carga del cuidador de Zarit. (ECCZ)¹⁹

Definición: Es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Consta de un listado de afirmaciones que describen cómo se sienten los cuidadores.

Tomado de CENETEC 2011

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

0. Nunca 1. Rara vez 2. Algunas veces 3. Bastantes veces 4. Casi siempre

1A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	0	1	2	3	4
3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su trabajo o familia?	0	1	2	3	4

¹⁹ Esta escala hace parte de: *Instrumentos sugeridos en la valoración integral para detección temprana de riesgos o alteraciones.* Disponibles en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/instrumentos-aplicacion-sugerida-rpms.pdf>



4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? (pareja, hijos).	0	1	2	3	4
7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depare a su familiar?	0	1	2	3	4
8A. ¿Cree que su paciente depende de usted??	0	1	2	3	4
9B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10A. ¿Cree que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	0	1	2	3	4
12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	0	1	2	3	4
14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la única persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	0	1	2	3	4
15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18B. ¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?	0	1	2	3	4
19B. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4



21C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	0	1	2	3	4
22A. Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Puntajes y niveles de sobrecarga	
De 22 a 46	No hay sobrecarga.
De 47 a 55	Sobrecarga leve
De 56 a 110	Sobrecarga intensa

9.6 Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI)²⁰

Autores: Pinto Álvarez, M. (2020). Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia.

Edad: ____ años

Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado:

1. Primaria 2. Secundaria 3. Tecnológico 4. Universitario. 5 Posgrado

Sexo: Hombre Mujer

Ocupación:

Tiene usted alguna persona cercana con diagnóstico de enfermedad mental: Si No

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital.

Encierre en un círculo la respuesta que sea más apropiada en su opinión. La primera reacción es la más importante. No se preocupe si algunas son parecidas a otras que ya ha respondido anteriormente. Por favor no deje ningún ítem sin respuesta.

²⁰ Instrumento original: Taylor, M., & Dear, M. (10 de Diciembre de 1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. Schizophrenia Bulletin, 7(2), 225 – 240. Disponible en:

<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/7/2/225/1888514?login=false>

Validación español Chile: Grandon, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C., & Turra, V. (2016). *Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI)* en una muestra chilena. Universitas Psychologica, 15(2), 153-162. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672016000200013

1. En cuanto una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	MDA	DA	N	ND	MND
2. Se debería gastar más dinero de fondos estatales en el cuidado y tratamiento de personas con enfermedades mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.	MDA	DA	N	ND	MND
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.	MDA	DA	N	ND	MND
5. Una enfermedad mental es como cualquier otra.	MDA	DA	N	ND	MND
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.	MDA	DA	N	ND	MND
7. Las personas con enfermedades mentales son mucho menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.	MDA	DA	N	ND	MND
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.	MDA	DA	N	ND	MND
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de personas normales.	MDA	DA	N	ND	MND
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.	MDA	DA	N	ND	MND
11. Una persona sería tonta si se casa con otra persona que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.	MDA	DA	N	ND	MND
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.	MDA	DA	N	ND	MND
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	MDA	DA	N	ND	MND
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro del dinero público.	MDA	DA	N	ND	MND
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedad mental de su barrio.	MDA	DA	N	ND	MND



16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.	MDA	DA	N	ND	MND
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.	MDA	DA	N	ND	MND
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
19. No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.	MDA	DA	N	ND	MND
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios en salud mental para cubrir las necesidades de la comunidad local.	MDA	DA	N	ND	MND
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	MDA	DA	N	ND	MND
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.	MDA	DA	N	ND	MND
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.	MDA	DA	N	ND	MND
25. La mejor manera de tratar a las personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.	MDA	DA	N	ND	MND
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.	MDA	DA	N	ND	MND
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.	MDA	DA	N	ND	MND
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.	MDA	DA	N	ND	MND
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.	MDA	DA	N	ND	MND

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.	MDA	DA	N	ND	MND
33. Una de las primeras causas de enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.	MDA	DA	N	ND	MND
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.	MDA	DA	N	ND	MND
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.	MDA	DA	N	ND	MND
38. Es mejor evitar que cualquier persona tenga problemas mentales.	MDA	DA	N	ND	MND
39. En la mayoría de casos se puede confiar en personas que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como niñeras.	MDA	DA	N	ND	MND
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.	MDA	DA	N	ND	MND

MDA Muy de acuerdo DA De acuerdo N Neutro ND Desacuerdo MND Muy en desacuerdo

9.7 Inventario de Duelo Complicado

Autores: Gamba-Collazos, H. A. & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. doi: 10.15446/rcp.v26n1.51205

Sexo M ____ F ____ Edad: _____Parentesco de la persona fallecida: _____

El siguiente cuestionario tiene como propósito evaluar algunas de las reacciones que en el presente usted experimenta en relación con el fallecimiento de un ser querido. Por favor, para cada afirmación de la siguiente tabla marque con una equis (X) la opción que más se adapte a su experiencia.

Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
Veó a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
Siento envidia de otras personas que no han perdido a alguien cercano.	0	1	2	3	4

9.8 Instrumentos para evaluación de conducta suicida.

9.8.1 Inventario de razones para vivir (RFL)²¹.

Autores: García, et. al (2009)

Instrucciones

Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez, otras nunca lo han hecho. Así usted lo haya considerado o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse si la idea se le ocurriera o alguien se los sugiriera.

En las siguientes páginas, hay razones que a veces dan las personas para no suicidarse. Quisiéramos saber qué tan importante es cada una de esas razones para que usted, en este momento de su vida, no se mate. Por favor anótelo a la izquierda de cada frase.

A cada razón puede darse una importancia que varía entre 1 (Nada importante) a 6 (Extremadamente importante). Si la razón no se aplica a su caso o si usted no cree que sea cierta es posible que la razón no sea importante para usted y por lo tanto debe asignarse un 1. Por favor, use todos los números disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén solamente en el medio (2, 3, 4, 5) o únicamente en los extremos (1, 6).

En cada espacio, escriba el número que indique la importancia que tiene cada razón para no quitarse la vida en su caso.

1 = Nada importante (como razón para **NO** quitarme la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto).

²¹ **Instrumento original:** Linehan MM, Goodstein J, Nielsen SL, Chiles J. (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.

- 2 = Muy poco importante
- 3 = Poco importante
- 4 = Importante
- 5 = Muy importante
- 6 = Extremadamente importante

Aunque usted nunca haya pensado en quitarse la vida o si cree que nunca consideraría seriamente matarse, es importante que usted le asigne un número a cada razón. En tal caso, anote el número basándose en **por qué matarse no es o nunca sería una opción para usted.**

	Tengo responsabilidades y compromisos con mi familia.
	Creo poder adaptarme y enfrentar mis problemas.
	Creo tener control sobre mi vida y mi destino.
	Deseo vivir.
	Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar la vida
	Le tengo miedo a la muerte.
	Mi familia podría pensar que no la quiero.
	No creo que las cosas se vayan a poner tan difíciles e irremediables que prefiera estar muerto.
	Mi familia depende de mí y me necesita.
	No quiero morir
	Quiero ver crecer a mis hijos.
	La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada
	Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo.
	Por muy mal que me sienta sé que estos problemas pasarán.
	Le tengo miedo al más allá.
	Quiero mucho a mi familia, disfruto estando con ella y no podría dejarla.
	Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y aún hay muchas experiencias que no he tenido y me gustaría tener.
	Temo que mi método de suicidarme no funcione.
	Me quiero lo suficiente, lo que me anima a seguir viviendo.



	La vida es muy bella y valiosa para ponerle fin.
	No sería justo dejar a mis hijos para que los cuiden otros.
	Creo poder encontrar otras soluciones a los problemas.
	Tengo miedo de irme al infierno.
	Amo la vida.
	Soy demasiado equilibrado como para pensar en suicidarme.
	Soy un cobarde y no tengo el valor de suicidarme.
	Mis creencias religiosas me lo prohíben.
	Podría ser dañino para mis hijos.
	Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro
	Le haría daño a mi familia y no quiero hacerla sufrir.
	Me preocupa lo que los otros piensen de mí.
	Creo que las cosas van a salir de la mejor manera.
	No podría decidir cómo, cuándo y dónde lo haría.
	Me parece inmoral.
	Todavía me quedan muchas cosas por hacer.
	Tengo el valor de enfrentarme a la vida
	Estoy feliz y satisfecho con mi vida.
	Le tengo miedo al acto de suicidarme (al dolor, la sangre).
	Creo que suicidándome no lograría ni resolvería nada.
	Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz.
	La gente pensaría que soy débil y egoísta.
	Tengo una fuerza interior que me impulsa a vivir.
	No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida.
	Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir.
	No tengo razones para adelantar la muerte.

	Soy tan incapaz que mi método de suicidarme no funcionaría.
	No quisiera que mi familia se sintiera culpable después.
	No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde.

Calificación del Inventario de Razones para vivir (RFL)

Dimensión	Ítems
Creencia en la vida y en la capacidad de afrontamiento (24 ítems)	Calcule el puntaje promedio para los ítems: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 44, 45.
Responsabilidad con la familia (7 ítems)	Calcule el puntaje promedio para los ítems: 1, 7, 9, 16, 30, 47, 48
Preocupaciones relacionadas con los hijos (3 ítems)	Calcule el puntaje promedio para los ítems: 11, 21, 28
Miedo al suicidio (7 ítems)	Calcule el puntaje promedio para los ítems: 6, 15, 18, 26, 33, 38, 46
Miedo a la desaprobación social (3 ítems)	Calcule el puntaje promedio para los ítems: 31, 41, 43
Objeciones morales (4 ítems)	Calcule el puntaje promedio para los ítems: 5, 23, 27, 34

9.8.2 Escala de Riesgo Suicida (ERS)

Autores: Bahamón & Alarcón (2018)

Instrucciones: Por favor, lea las frases que encuentra a continuación y señale su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas, marcando con una X en la alternativa elegida. Responda pensando en la manera como se ha sentido durante los últimos seis meses.

1	2	3	4	5	6
Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	Parcialmente de Acuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

1. Creo que es mejor no hacer planes para un futuro.	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

2. Pienso que el futuro es incierto y triste.	1	2	3	4	5	6
3. Creo que nada bueno me espera.	1	2	3	4	5	6
4. Pienso que la vida no tiene cosas buenas para ofrecirme.	1	2	3	4	5	6
5. Mi vida ha sido un fracaso y dudo que cambie en un futuro.	1	2	3	4	5	6
6. Me siento incómodo(a) conmigo mismo(a) y con lo que he logrado.	1	2	3	4	5	6
7. He pensado seriamente en quitarme la vida.	1	2	3	4	5	6
8. Pienso que la muerte es la única manera de terminar con mi sufrimiento.	1	2	3	4	5	6
9. He planeado cómo quitarme la vida.	1	2	3	4	5	6
10. He intentado quitarme la vida alguna vez.	1	2	3	4	5	6
11. He realizado cosas con el fin de no seguir viviendo.	1	2	3	4	5	6
12. Me he lastimado o herido intencionalmente.	1	2	3	4	5	6
13. Me siento solo(a) en la vida.	1	2	3	4	5	6
14. Me es difícil confiar en otras personas.	1	2	3	4	5	6
15. Me gustaría tener amigos a quienes acudir cuando tengo problemas.	1	2	3	4	5	6
16. Creo que las personas tienden a ignorarme.	1	2	3	4	5	6
17. A mi familia le interesa poco lo que suceda conmigo.	1	2	3	4	5	6
18. Prefiero acudir a personas diferentes a mi familia cuando necesito ayuda.	1	2	3	4	5	6
19. Prefiero estar lejos de mi familia que compartir con ellos.	1	2	3	4	5	6
20. Pienso que soy poco importante para mi familia.	1	2	3	4	5	6

Tabla 1.
Puntos de corte

	Ideación	Desesperanza	Aislamiento	Apoyo familiar	Puntaje total
Puntaje bajo	1-7	1-7	1-10	1-6	1-32
Puntaje medio	8-12	8-13	9-14	7-11	33-48
Puntaje alto	13-18	14-20	15-17	12-14	49-63