



Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

TRABAJO FIN DE MÁSTER

---

**PROPUESTA DE PROGRAMA COMUNITARIO DE ALFABETIZACIÓN EN  
SALUD MENTAL A LIDERES SOCIALES EN EL DEPARTAMENTO DE  
ANTIOQUIA EN COLOMBIA**

---

**Estudiante**

Jaidith Marynel Duran Rocha

**Directora**

Ana Carmen San Martin

Facultad de Ciencias de La Salud  
Máster Universitario en Salud Pública  
Curso 2021-2022  
Pamplona, España  
Junio de 2022

Dña. *Ana Carmen San Martín Luis*, profesora Asociada de Medicina preventiva y Salud pública en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

HAGO CONSTAR: Que el Trabajo de Fin de Master titulado:

PROPUESTA DE PROGRAMA COMUNITARIO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL A LIDERES SOCIALES EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN COLOMBIA.

Original de Dña JAIDITH MARYNEL DURÁN ROCHA, estudiante del Master Universitario de Salud Pública, en el curso 2021 -2022 ha sido realizado bajo mi dirección y cuenta con el Visto Bueno para su defensa.

Pamplona, a 27 de Mayo de 2022

Firmado por Ana Carmen San Martin el día 27/05/2022 con un certificado emitido por Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Fdo: *Ana Carmen San Martín Luis*

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Fundación Carolina y a la Universidad Pública de Navarra por permitirme realizar el Máster Universitario en Salud Pública en la hermosa ciudad de Pamplona. Agradezco a los docentes que han compartido con nosotros sus conocimientos y experiencia profesional, y a mi tutora Ana Carmen San Martín por su valiosa asesoría.

Adicionalmente, quiero reconocer el rol de mis compañeros y compañeras de curso que han hecho de esta etapa una experiencia llena de bonitos recuerdos y son una inspiración para mi crecimiento profesional.

Agradezco a mi familia y amigos, especialmente a mi mamá Martha Rocha y a Ricardo Blanco que desde Colombia me han apoyado y motivado para alcanzar todas mis metas.

Por último, quiero mencionar a La Universidad de La Sabana, institución que me ha brindado su asesoría, acompañamiento y las mejores bases profesionales que me han permitido estar cursando este máster satisfactoriamente.

## RESUMEN

Colombia enfrentó un conflicto armado que duró más de 30 años y dio como resultado la victimización de más de 9 millones de personas. La exposición a estos eventos violentos aumenta el riesgo de sufrir trastornos mentales como depresión ansiedad, esquizofrenia, estrés postraumático, entre otros. A esto se suma la ruptura en el tejido social, lo que convierte esta situación en afectación psicológica y de orden social que requiere un abordaje integral desde salud pública. Se ha evidenciado que de la población afectada solo un tercio accede a los servicios de salud y menos de un 10% se auto reconoció con alguno de estos trastornos. Esto puede deberse a las diferentes barreras físicas y económicas que enfrentan las personas afectadas (falta de profesionales, baja cobertura de los servicios sanitarios, etc), y barreras asociadas al estigma sobre solicitar servicios de salud mental.

El programa SOLIDARIA-MENTE nace como una propuesta de intervención comunitaria que tiene como objetivo mejorar la salud mental y el acceso a los servicios sanitarios de las víctimas del conflicto armado específicamente en el departamento de Antioquia en Colombia, a través de diferentes actividades de alfabetización y construcción de una red formada por líderes y líderes sociales, y las instituciones sanitarias publico/privadas.

**Palabras Clave:** Alfabetización, salud mental, víctimas de conflicto armado, intervención comunitaria.

## ABSTRACT

Colombia faced an armed conflict more than 30 years that resulted in more than 9 million of victims. Exposure to these violent events increases the risk to develop mental disorders such as depression, anxiety, schizophrenia, post-traumatic stress, among others. To this is added the rupture in the social fabric, which turns this situation into a psychological and social issue, that requires a comprehensive approach from public health. Researcher has been shown that only a third of the affected population accesses health services and less than 10% self-identified as having any of these disorders. This may be due to the different physical and economic barriers that victims faced (lack of professionals, low coverage of health services) and barriers associated with the stigma of requesting mental health services.

The SOLIDARIA-MENTE program, was born as a proposal of community intervention that aims to improve wellness in mental health and armed conflict victims access to health services in Antioquia, Colombia. Through different literacy activities and the build of a network formed by social leaders and public/private health institutions.

**Key Words:** *Literacy, mental health, victims of armed conflict, community intervention.*

**ÍNDICE**

ÍNDICE DE GRAFICAS .....	7
ÍNDICE DE TABLAS .....	8
ÍNDICE DE ACRONIMOS .....	9
1. INTRODUCCIÓN .....	10
1.1 Contexto Conflicto Armado en Colombia.....	10
1.2 Salud Mental en Víctimas del Conflicto Armado.....	12
1.3 Alfabetización en Salud Mental.....	12
1.4 Intervenciones Comunitarias .....	14
2. MARCO POLÍTICO DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA .....	16
2.1. Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).....	16
2.2. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 .....	16
2.3 Política de Participación Social en Salud (PPSS) -Resolución 2063 De 2017. ....	18
2.4 Proyecto Salud Para La Paz: Fortaleciendo Comunidades.....	19
2.5 Programa de Atención y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI).....	20
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	21
3.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	23
4. OBJETIVOS .....	25
4.1 Objetivo General.....	25
4.2 Objetivos Específicos.....	25
5. POBLACIÓN DE REFERENCIA .....	26
5.1 Análisis del Territorio.....	26
5.2 Sobre los Líderes Sociales en Antioquia .....	27
6. METODOLOGÍA .....	30
6.1 Descripción del Programa.....	30
6.2 Modelo de Alfabetización en Salud Mental.....	31
6.2.1 Componente Funcional.....	36
6.2.2 Componente Interactivo .....	38
6.2.3 Componente Crítico .....	38
7. DESARROLLO DEL PROGRAMA COMUNITARIO .....	40
7.1 FASE 0: Punto de partida .....	40
7.2 FASE 1: Trabajar Juntos .....	43

7.3 FASE 2: Identificar: Población, Activos y Necesidades/Problema de Salud.....	45
7.4 FASE 3: Priorizar en que podemos y debemos actuar .....	48
7.5 FASE 4: Buscar Evidencias: Intervenciones que sean efectivas.....	54
7.6 FASE 5: Establecer el Plan de Acción en el Territorio.....	55
7.6.1 Planeación.....	56
7.6.2. Implementación.....	57
7.7 FASE 6: Evaluar lo que Hacemos.....	59
7.7.1 Evaluación de la acción comunitaria.....	60
7.7.2 Evaluación de las actividades de alfabetización en salud mental .....	63
8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	66
9. ANÁLISIS FODA.....	68
10. GESTIÓN DE RIESGOS.....	72
11. PRESUPUESTO.....	78
12. REFERENCIAS .....	80
13. ANEXOS.....	85

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1.</b> <i>Víctimas conflicto armado en Colombia por quinquenios</i> .....	10
<b>Gráfico 2.</b> <i>Número de personas/eventos por tipo de hecho victimizante del conflicto armado en Colombia</i> .....	11
<b>Gráfico 3.</b> <i>Tasa de AVPP por trastornos Mentales y del Comportamiento. Colombia 2005-2018</i> .....	22
<b>Gráfico 4.</b> <i>Mapa de la Región de Antioquia</i> .....	26
<b>Gráfico 5.</b> <i>Participación de cada categoría de dignatarios de las JAC en Antioquia</i> .....	28
<b>Gráfico 6.</b> <i>Modelo educativo del programa de alfabetización en Salud Mental.</i> .....	34
<b>Gráfico 7.</b> <i>Mapa de subregiones de Antioquia</i> .....	46
<b>Gráfico 8.</b> <i>Proceso de mapeo de activos y necesidades desde el Sistema de Gobernanza Social en Salud</i> .....	48
<b>Gráfico 9.</b> <i>Índice de defunciones relacionadas con la mortalidad en Salud Mental en Antioquia.</i> .....	52
<b>Gráfico 10.</b> <i>Triangulo de la acción comunitaria en Barcelona</i> .....	61



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Número de Dignatarios de JAC por categoría y género.....	28
<b>Tabla 2.</b> <i>Regiones y desafíos priorizados en la dimensión de Convivencia y Salud Mental. PDSM 2012-2022 .</i> .....	29
<b>Tabla 3.</b> <i>Modelo de Nutbeam, incluyendo los grados de AES, sus beneficios individuales y sociales y ejemplos</i> .....	32
<b>Tabla 4.</b> <i>Doce Principios básicos de la comunicación en Salud Mental.</i> .....	35
<b>Tabla 5.</b> <i>Técnicas de desarrollo de habilidades a nivel grupal</i> .....	38
<b>Tabla 6.</b> <i>Técnicas de análisis en el trabajo grupal</i> . .....	39
<b>Tabla 7.</b> <i>Relación de población y participantes por subregión.</i> .....	46
<b>Tabla 8.</b> <i>Descripción de Actividades de Planeación Programa SOLIDARIA-MENTE</i> .....	56
<b>Tabla 9.</b> <i>Descripción de Actividades de Implementación Programa SOLIDARIA-MENTE.</i> .....	58
<b>Tabla 10.</b> <i>Descripción de Actividades de Evaluación Programa SOLIDARIA-MENTE.</i> ....	59
<b>Tabla 11.</b> <i>Instrumentos de Evaluación del programa comunitario SOLIDARIA-MENTE.</i> .	61
<b>Tabla 12.</b> <i>Indicadores de Evaluación del programa SOLIDARIA-MENTE</i> .....	62
<b>Tabla 13.</b> <i>Criterios Gestión de riesgos.</i> .....	72

## ÍNDICE DE ACRONIMOS

AVPP: Años de vida Potencialmente Perdidos

CGSS: Comité de Gobernanza social en Salud.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

DSSA: Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

ETCR: Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación

FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

IGOP: Institut de Govern i Politiques Publiques

JAC: Juntas de Acción Comunal

MSPS: El Ministerio de Salud y Protección Social

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial para la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAPSIVI: Programa de Atención y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

PPSS: Política De Participación Social En Salud

ReTHUS: Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud

RUV: Registro único de Víctimas

UAB: Universidad Autónoma de Barcelona

UARIV: Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

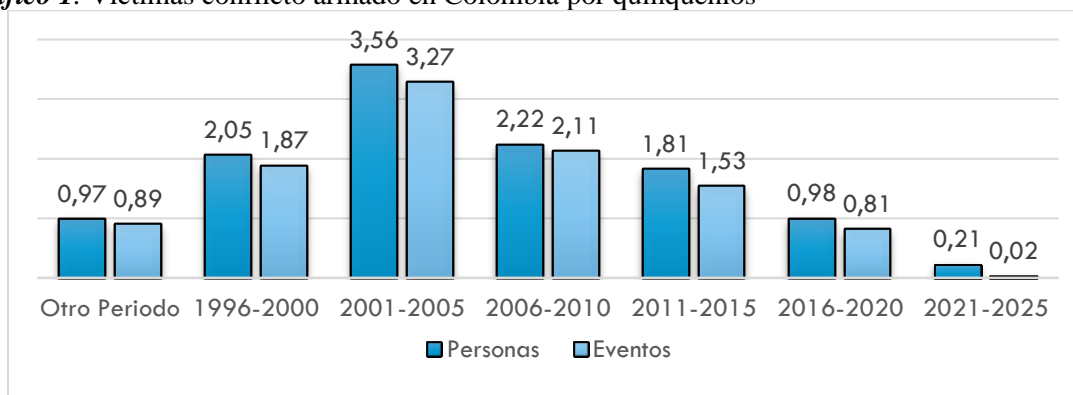
## PROPUESTA DE PROGRAMA COMUNITARIO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL A LIDERES SOCIALES EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA EN COLOMBIA

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1 Contexto Conflicto Armado en Colombia

Colombia enfrentó un conflicto armado que duró más de 30 años y dio como resultado la victimización de cerca del 16% de la población colombiana. Según la Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas [UARIV] (2), en el 2021 se registran 9.250.453 víctimas del conflicto armado interno, de las cuales 7.350.349 cumplen los requisitos para acceder a las medidas de atención y reparación establecidas en el marco de la ley de víctimas y restitución de tierras 1448 del 2011. En el gráfico 1 se puede observar que el año donde más hechos victimizantes y personas afectadas fueron registradas en el RUV (Registro único de Víctimas) fue en el periodo entre 2001-2005, sin embargo, al día de hoy se siguen registrando estos hechos, aunque en una mucha menor medida. Estas personas sobre todo han sido víctimas de desplazamiento forzado que más se ha presentado en el país con más de 8 millones de personas afectadas a 2022 (gráfico 2).

**Gráfico 1.** Víctimas conflicto armado en Colombia por quinquenios



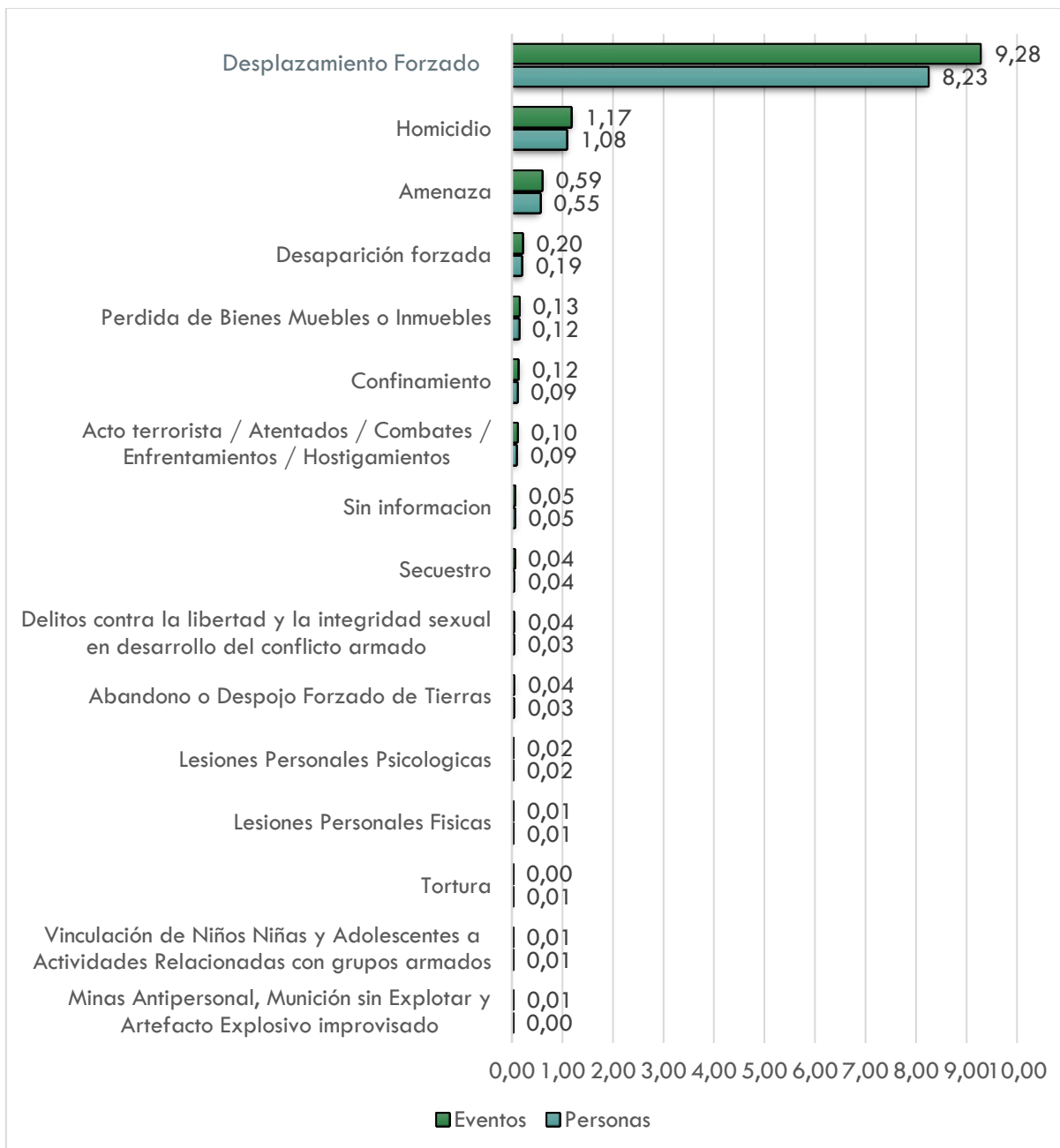
*Elaboración propia*

*Datos en millones de personas/eventos*

*Actualizado a 28 de febrero de 2022- Registro único de víctimas UARIV*

**Nota:** El reporte muestra el número de víctimas por año. La suma de los valores de la tabla no refleja el total de víctimas únicas debido a que una persona puede haber reportado hechos en varios años.

**Gráfico 2.** Número de personas/eventos por tipo de hecho victimizante del conflicto armado en Colombia



*Elaboración propia*

*Datos en millones de personas/eventos*

*Actualizado a 28 de febrero de 2022- Registro único de víctimas UARIV*

*Nota: El reporte muestra el número de víctimas por año. La suma de los valores de la tabla no refleja el total de víctimas únicas debido a que una persona puede haber reportado hechos en varios años.*

## 1.2 Salud Mental en Víctimas del Conflicto Armado

Médicos sin fronteras (3) analizó los datos recabados en las consultas realizadas por sus psicólogos durante el periodo 2015–2016 en Colombia, se encontró que la exposición a eventos violentos y factores de riesgo, las personas atendidas sufrían condiciones como depresión (25%), ansiedad (13%), trastornos mentales (11%) esquizofrenia, psicosis infantil, trastorno afectivo bipolar y estrés postraumático (8%). Otros investigadores como Moreno-Murcia, Gómez, y Marín (2021) encontraron resultados similares en su estudio a los actores involucrados en conflicto armado en Colombia, donde se encontró predominantemente cuadros de ansiedad y del estado del ánimo específicamente depresión, seguido del trastorno de estrés postraumático y diferentes cuadros de ansiedad, además de problemas de adaptación social y disfunción familiar (4). Adicionalmente, Obando, Salcedo y Correa (2017) hablan de las consecuencias del conflicto a nivel social, resaltando la afectación en el tejido social, lo que convierte una afectación psicológica en una afectación de orden social, así se debe posibilitar en todo el ámbito de la salud pública un abordaje integral que establezca la reparación como último fin en el proceso de recuperación y no reducir la intervención a un aspecto biológico afectado (5).

## 1.3. Alfabetización en Salud Mental

En la Carta de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se establece después de la primera Conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud reunida el día 21 de noviembre de 1986, se define la **Promoción de la Salud** como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, y que constituye un proceso político y social que engloba acciones para fortalecer las habilidades y las capacidades de las personas, así como las acciones para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el objetivo de disminuir las desigualdades en salud y mejorar la salud (6). Dentro de las acciones de la promoción de la salud se encuentra la **Educación en salud**, el cual es un proceso constructivo que busca informar, motivar y ayudar a la población a adoptar comportamientos, mantener prácticas y estilos de vida saludables, además de lograr cambios medioambientales que permitan mejorar la salud de las personas.

Estas actividades educativas deben ser continuas y pueden ser formales e informales (7). En el 2012, Armayones et al. exponen que la educación para la salud implica alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza para mejorar la salud personal y comunitaria mediante el cambio de los estilos de vida personales y las condiciones de vida (8).

Las definiciones previas promueven el empoderamiento de las personas y las comunidades, El primero se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal, y el segundo al empoderamiento comunitario involucra a individuos que actúan colectivamente para tener mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida.

El concepto de alfabetización en salud mental (ASM), introducida en 1997 por Jorm, consta de 6 componentes generales: 1. la capacidad de identificar los trastornos de salud mental, 2. la actitud (incluido el estigma) hacia los trastornos de salud mental que afecta el reconocimiento de la enfermedad y la búsqueda de ayuda, 3. el conocimiento de los factores de riesgo causales, 4. Conocimiento de tratamientos, 5. estrategias de autoayuda y 6. recursos de acceso a tratamiento de los trastornos de salud (9, 10).

En el año 2017, los investigadores Sebastián y Richards realizaron una revisión sistemática acerca del cambio de actitudes y el estigma relacionado con la salud mental, usando videos y el contacto con Agentes conversacionales encarnados. Dentro de los hallazgos más relevantes encontraron que una mejora en la alfabetización de la red social en salud mental ayudaría a las personas con alguna de estas condiciones. Además, las intervenciones realizadas tanto en video como con los Agentes conversacionales redujeron el estigma tanto positivo como negativo, pero no el estigma tradicional (distancia social). Ambos medios influyeron positivamente en el reconocimiento y cambio de actitudes de las condiciones estigmatizadas (11).

De acuerdo con Jorm (2012), incrementar el alfabetismo en salud mental en las comunidades necesita ser un foco de las políticas nacionales y monitorizar la población de forma que se pueda empoderar a toda la comunidad para que tome acción en la mejora de la salud mental (9). Además, En el 2021, Gómez, et al. encontraron que la falta de

reconocimiento de la depresión se relaciona con la poca educación o conocimiento de la población sobre esta condición, estigma y falta de entrenamiento de los profesionales de la salud (12). Asimismo, Gómez, et al. en el año 2021 realizaron un estudio para determinar los potenciales factores asociados con la falta de autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales entre la población colombiana, encontraron que los trastornos mentales son muy prevalentes en la población general; sin embargo, solo alrededor de un tercio reconoce que los tiene y accede a los servicios de salud. obtuvieron una muestra de 10.870 adultos; el 12,25% (1.332) sufría trastornos y el 30,2% (3.282), problemas. Del total de personas con trastornos y problemas, el 7,9% se auto reconoció con ellos. Adicionalmente, asociaron el autorreconocimiento de trastornos o problemas con las siguientes variables: ser mujer, tener disfunción familiar, haber sufrido un evento traumático, consumir sustancias psicoactivas, no ser pobre y tener enfermedades crónicas, entre otras variables asociadas (13).

#### **1.4. Intervenciones Comunitarias**

La asamblea Mundial de la salud en su plan de acción de salud mental 2013-2020, resalta la importancia de proteger y promover los derechos humanos e incluye un rol central en la provisión de atención y apoyo basados en la comunidad (14). Uno de los enfoques que enriquece la comprensión de los conflictos armados y sus consecuencias en la salud mental en este tipo de población, son las intervenciones socioculturales (15). Según Bang (2014), el abordaje comunitario genera grandes oportunidades y fortalezas al generar una clínica ampliada, al incluir no solo con usuarios del sistema de salud mental, sino también a la comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas, dando gran valor al conocimiento popular y de la participación social (16). En este enfoque la alternativa al malestar subjetivo y la conducta diferente es la contención de pares, el auto-cuidado, la reconstrucción del lazo social y la asunción colectiva de problemáticas compartidas, la aceptación de la diferencia y la eliminación de los estigmas sociales (17).

Popay's (2006) desarrollo un modelo llamado “Pathways from community engagement to health improvement’ el cual sugiere que a menores niveles de involucramiento de la comunidad (información, consulta) conducen a mejoras en salud

relativamente pequeñas, y mientras se incrementa el nivel de involucramiento y control comunitario, así mismo aumentan los resultados en salud, sociales y de intermediación social (18). En el 2018, Hoon Chuah, et al. realizaron una revisión sistemática con el objetivo de examinar la evidencia de participación comunitaria en intervenciones generales en salud, encontraron que la participación comunitaria puede contribuir positivamente en los resultados de iniciativas sociales y de salud (19). Asimismo, Moreno-Murcia, Gómez y Marín recientemente encontraron que el enfoque psicosocial es una alternativa viable en la atención y reconocimiento no solo de las víctimas del conflicto armado, sino también de los cuidadores y profesionales de la salud que trabajan inmersos en dichos programas (4).

Se han evaluado algunas estrategias que incluyen a los líderes sociales y actividades de alfabetización en salud mental. En el año 2021, Arthur, Boardman, y McCann realizaron una evaluación cualitativa, donde el objetivo principal fue evaluar las perspectivas de los líderes comunitarios sobre la utilidad de un ensayo aleatorio por grupos de un programa de alfabetización en salud mental basado en la resolución de problemas y Story-bridge, y vislumbrar si utilizaron el conocimiento adquirido en el programa en sus interacciones habituales con personas con enfermedades mentales y sus familias. Los hallazgos principales se enfocan en las perspectivas de los participantes sobre la utilidad del programa, los cuales encontraron beneficios en tres temas específicos: Superar el miedo a la peligrosidad percibida de las personas con enfermedades mentales; Aumentar la disposición a participar; e Incrementar la empatía y disminuir los prejuicios (20).



## 2. MARCO POLÍTICO DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

### 2.1. Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).

Esta Política contiene las disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, y la atención integral e integrada en salud mental, en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política. de igual manera, establece los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, todo ello con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. La política establece cinco ejes, del cual llama la atención el número 2 que se hace referencia a la “Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia” (21). La primera estrategia asociada al cumplimiento de este eje persigue el siguiente objetivo:

“Cualificar los dispositivos de base comunitaria adaptándolos, cuando sea necesario, a la medicina tradicional y las formas organizativas propias. Estos dispositivos son espacios relacionales en los entornos educativo, laboral, comunitario e institucional donde se realizan procedimientos de: a) Detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia. b) Primeros Auxilios Psicológicos e intervención en crisis. c). Educación en salud mental. d). Remisión oportuna a los servicios sanitarios y sociales” (21).

### 2.2. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021

Se crea como carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública en Colombia y se compone en dimensiones prioritarias y transversales (22). Una de las dimensiones prioritarias es la de **Convivencia Social y Salud**

**Mental** que se relaciona con la construcción de un espacio de acción y participación transectorial y comunitaria que, a través de la promoción de la salud mental y la convivencia, permita la transformación de problemas y trastornos más prevalentes en salud mental, y de las diferentes formas de la violencia, de esta forma contribuir al bienestar y al desarrollo humano y social (22).

A su vez esta dimensión cuenta con dos componentes: a. Promoción de la salud mental y la convivencia. b. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

**a) Promoción de la salud mental y la convivencia**

Este componente del plan contempla el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social, y tiene cuatro objetivos clave: Primero, fomentar la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental; segundo, incidir en la transformación de los imaginarios sociales y culturales que generen comportamientos y entornos protectores para la salud mental y la convivencia social; tercero, promover factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos; y cuatro, Intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto mediante procesos de acción transectorial (22).

Algunas de las estrategias que establece el PDSP para este componente son:

- **Redes socio-institucionales:** conformación, fortalecimiento y acompañamiento de redes institucionales y comunitarias protectoras de la salud mental y la convivencia social, que apoyen las acciones orientadas al mejoramiento del capital social y fortalezcan el empoderamiento ciudadano, a través de dinámicas de participación comunitaria, para promover el tejido social a través del trabajo en red social y la red de servicios en el marco del derecho a la salud mental (22);

- ***Información, educación y comunicación para la convivencia:*** comprende la concertación, financiación e implementación de acciones pedagógicas dirigidas a la ciudadanía para la transformación de representaciones sociales y comportamientos que posibiliten el respeto por la diferencia, el reconocimiento del otro como sujeto de derechos y el trato digno (22)

***b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia***

Este componente incluye las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados del individuo en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos pueden afectar o ponen en riesgo el estado de bienestar o relación consigo mismo, la comunidad o el entorno, y que perturban las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones del día a día, trabajar de forma productiva para su comunidad; Adicionalmente, incluye la prevención de la violencia en los diferentes entornos de la persona (familiar, comunitario, laboral, etc), y la atención del impacto de diferentes formas de violencia sobre la salud mental. Entre las estrategias que se proponen para lograr este objetivo se encuentran (22):

- ***Participación social y comunitaria*** para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas (22).
- ***Propiciar espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores*** para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud mental y convivencia, así como el desarrollo de la estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad (22).

### **2.3 Política de Participación Social en Salud (PPSS) -Resolución 2063 De 2017.**

Esta política nace del esfuerzo del Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento al mandato legal de direccionar y garantizar la participación social en el sector

salud en el marco de la Ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015. Tiene como objetivo fundamental Definir y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación social en salud en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en armonía con la Política de Atención Integral en Salud -PAIS (23).

Dentro de los ejes fundamentales que establece esta política se encuentran:

- ***Eje 2.: Empoderamiento de la ciudadanía y las Organizaciones sociales en salud:*** Es necesario el desarrollo de capacidades por parte de la ciudadanía para que logre cumplir un rol activo y el desarrollo pleno de la ciudadanía en salud. Una de sus líneas de acción es “Crear una estrategia pedagógica permanente en salud para cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación, en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud” (23)
- ***Eje 3. Impulso a la cultura de la salud:*** Concibe la salud como construcción social. En tal sentido, el Estado debe fomentar el desarrollo de la apropiación de la salud en la vida cotidiana y en el ejercicio del cuidado (colectivo) y del autocuidado (individual) como elemento esencial para el cumplimiento del derecho a la salud. Las líneas de acción buscan “Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades” (23).

## **2.4 Proyecto Salud Para La Paz: Fortaleciendo Comunidades**

Este proyecto es el resultado de acciones conjuntas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y tiene como objetivos el fortalecimiento de capacidades del personal de la salud de los hospitales locales y de los líderes comunitarios para mejorar el acceso a servicios integrales de atención primaria en salud, con énfasis en salud sexual y

reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, atención a la infancia y salud nutricional. La estrategia se ha enfocado más que todo en capacitar al personal sanitario de los municipios. En 2018 se capacitaron a 44 líderes comunitarios en Bogotá sobre la Atención Integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (24).

Hasta el momento se han beneficiado los habitantes de las zonas rurales de los 25 municipios donde se ubicaron las 26 zonas para la dejación de armas de las FARC, que actualmente se denominan Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR).

## **2.5 Programa de Atención y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI)**

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) guiado bajo la Ley 1448 de 2011, ha ejecutado desde el año 2013 el Programa de Atención y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI), el cual hace parte del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y cuyo objetivo principal es “Garantizar la asistencia en salud y la rehabilitación física, mental y/o psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia” (25).

Si bien el PAPSIVI presenta avances en cuando al desarrollo de las competencias del sector salud para con las víctimas, en la evaluación realizada en abril de 2020 por el MSPS sobre los resultados del programa PAPSIVI se evidenció que la cobertura de la atención psicosocial es muy baja aún y no alcanza el 22% de la población objetivo, aproximadamente sólo 1 de cada 20 personas víctimas ha sido atendida, pero se ha concentrado en las zonas de mayor número de víctimas, el 78,7% de la atención psicosocial se realiza en zonas de cabecera urbana y suburbana a través de búsqueda activa. Adicionalmente, las personas víctimas que han recibido atención psicosocial presentan una frecuencia y uso promedio de servicios de salud mayores que las víctimas que no la han recibido. Las personas que recibieron atención psicosocial demandan menos atenciones en salud mental y tienen una percepción de recuperación y rehabilitación psicosocial positiva, mostrando un cumplimiento del 97% de las metas planteadas en la primera sesión del proceso psicosocial (26).

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Colombia tiene un contexto histórico que ha generado millones de víctimas del conflicto armado y que son una población especialmente vulnerable en la aparición de enfermedades mentales. A esto se suma la dificultad física y administrativa que enfrenta el estado colombiano y el Ministerio de Salud para acercar los servicios sanitarios a la población en lugares más alejados, muchas personas no pueden acceder a un profesional de salud mental para el adecuado tratamiento. Además, no hay programas de alfabetización mental que orienten a estas comunidades sobre síntomas asociados a estas enfermedades, que permitirían orientar de forma temprana a las personas afectadas sobre posibles rutas de atención.

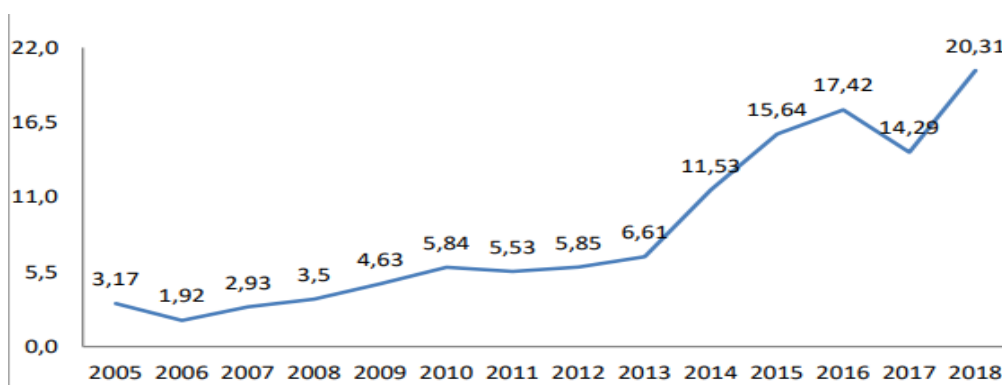
La cantidad de víctimas por diferentes hechos corresponde a casi el 16% de la población colombiana, y gran proporción de estos han presentado algún malestar o sintomatología asociada a ansiedad, depresión, estrés postraumático, entre otros. Lo que convierte esta problemática en un objetivo de la salud pública. Adicionalmente, los profesionales asignados del programa PAPSIVI presentan una gran rotación, por lo que causa una fisura en el desarrollo de los programas de atención.

De acuerdo con MSPS, en Colombia se estima que hay 2 psiquiatras por cada 100.000 habitantes y existe insuficiente información sobre otros profesionales como, por ejemplo, el número de profesionales de apoyo como enfermeras, profesores, y trabajadores sociales entrenados en salud mental (21). El Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) estimó que en 2017 había cerca de 25.000 médicos especialistas, que equivale a 5,1 por cada 10.000 personas; alrededor del 66% de los profesionales de la salud se concentra en: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Santander, que son ciudades capitales, por lo que se evidencia un problema de acceso para las personas que deben desplazarse hacia las principales ciudades para recibir atención, y en muchos casos no logran acceder a un especialista debido a la distancia, afectando la consulta inicial y continuidad del tratamiento, que es crucial para la atención de los problemas y trastornos mentales (21).

Adicional a esto, existen barreras asociadas con el estigma sobre solicitar los servicios de salud mental, relacionados con imaginarios como: “no considerar” “no es necesario ir”, “descuido” o “no querer ir”; también esto también afecta la adherencia a los medicamentos. El Plan Nacional de Salud Mental de 2018, resalta que la rehabilitación integral en salud mental requiere de acciones intersectoriales que promuevan el acceso a oportunidades laborales, educativas, culturales, recreativas y de vivienda, entre otras. Estas deben estar orientadas a la gestión articulada de servicios sociales y sanitarios para promover la inclusión social, reducir el estigma y la discriminación y favorecer el desarrollo de las personas con trastornos mentales (21).

El aumento de personas con trastornos mentales en Colombia desde el 2010 a inquietado a las entidades de salud. En el Informe Técnico sobre el Avance de Metas del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) realizado por MSPS en el 2020 (27) muestra una tasa de Años de vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en el año 2018 de 20,31, un incremento alarmante si se compara con la tasa de 5,85 en el 2012, año donde se da inicio al Plan Decenal de Salud. Los datos muestran un aumento sostenido de 1,4 puntos porcentuales promedio por año a partir de 2010 (Gráfico 3). El informe concluye que se deben fortalecer las acciones intersectoriales que permitan mayores acciones de promoción en salud mental, así como la identificación temprana de problemas y trastornos mentales, así mismo el desarrollo acciones sectoriales para el fortalecimiento de la atención desde el sistema de salud.

**Gráfico 3.** Tasa de AVPP por trastornos Mentales y del Comportamiento. Colombia 2005-2018 (27)



En cuanto a la Política relacionada a la Participación social PPSS. Destaca algunas problemáticas identificadas para la implementación de acciones efectivas en relación con la participación social. Se destaca la fractura entre los líderes sociales, la falta de comunicación, falta de incentivos para la participación y la ruptura entre los representantes y representados, entre otros. Esto evidencia la falta de acciones que incluyan a la población y sus líderes, y la ausencia de representación que estos perciben en la toma de decisiones de las políticas que les conciernen (23).

### **3.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible**

El presente trabajo se enmarca en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la OMS los cuales constituyen una estrategia universal a la acción para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo. En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron 17 Objetivos como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (28). Esta propuesta se ha enlazado con cuatro ODS que se describen a continuación:

#### **ODS 3: Salud y bienestar**

Este objetivo busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. Específicamente el programa se relaciona con el objetivo 3.4 el cual se enfoca en la disminución del impacto de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y el aumento del bienestar de la población “*3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar*” (28).

#### **ODS10: Reducción de las desigualdades**

Debido a la actual pandemia de COVID19 las desigualdades sociales y de salud han aumentado, especialmente en los países en desarrollo. De acuerdo con este, el ODS10 busca reducir las desigualdades a nivel mundial y garantizar que ninguna nación o comunidad se queda atrás. En particular, esta propuesta se alinea con el cumplimiento del objetivo específico 10.2, ya que la propuesta busca promover la cohesión social y potenciar la participación de la comunidad especialmente de grupos vulnerables. *10.2 “De aquí a 2030,*



*potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición” (28).*

### **ODS16: Paz, justicia e instituciones solidarias.**

Uno de los objetivos de la OMS es la promoción de las sociedades justas, pacíficas e inclusivas. En Colombia que es un país afectado por los grupos armados ilegales y que se encuentra en proceso de postconflicto, es relevante promover acciones en favor de afianzar los procesos de paz y reconciliación y en donde se den garantías a los derechos de las víctimas. De acuerdo con esto, el programa propuesto se enmarca en focalizar las estrategias y acciones en la participación de la comunidad, que incluyan a diferentes actores involucrados y se tenga como foco las necesidades reales de las poblaciones más afectadas por la violencia. En este caso, el programa se enmarca en el objetivo específico 16.7. *“Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades” (28).*

### **ODS17: Alianzas para lograr los objetivos.**

El objetivo de desarrollo 17 busca revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, considerando que los resultados se pueden alcanzar si hay un trabajo colaborativo y solido entre las diferentes asociaciones mundiales. Adicionalmente, para que un programa de desarrollo se cumpla satisfactoriamente, es preciso que se establezcan alianzas inclusivas a nivel mundial, regional, nacional y local, siempre con objetivos compartidos. Según esto, la presente propuesta se enlaza con el objetivo específico 17.17, ya que busca fomentar y promover alianzas entre diferentes instituciones públicas y privadas, de diferentes ámbitos, uniendo recursos para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la comunidad. *“Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas” (28).*

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo General

Mejorar la salud mental y el acceso a los servicios especializados a las víctimas del conflicto armado en el departamento de Antioquia en Colombia.

### 4.2 Objetivos Específicos

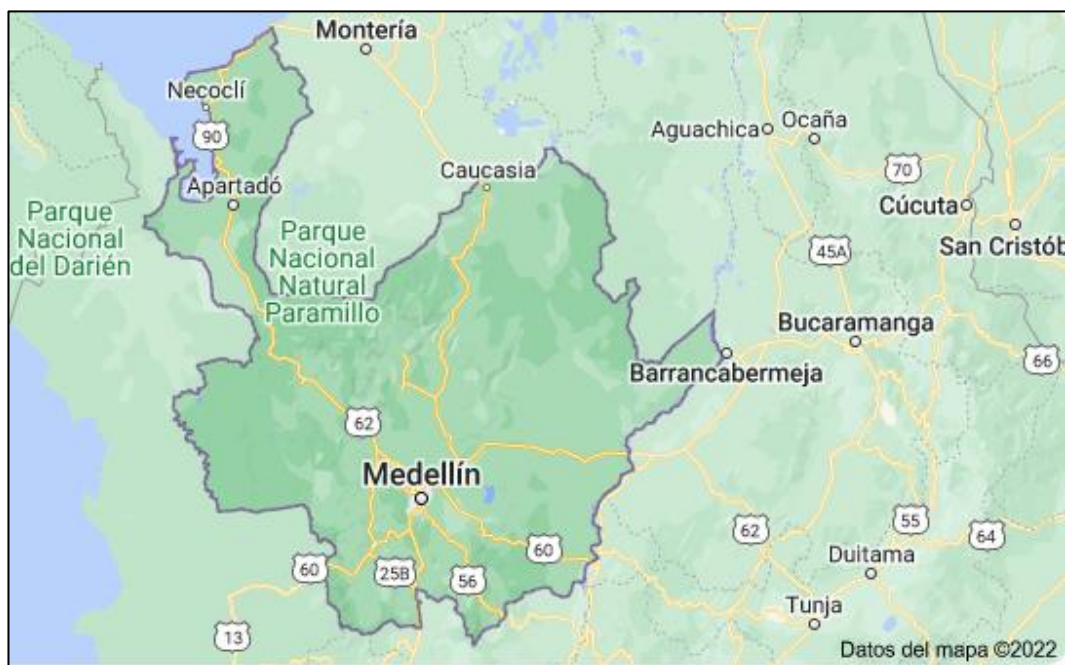
1. Promover y mejorar la percepción, la alfabetización en salud mental, y el autorreconocimiento de problemáticas asociadas, en las comunidades afectadas por el conflicto armado en el departamento de Antioquia en Colombia.
2. Fomentar el apoyo social y empoderamiento de las comunidades frente a las problemáticas de salud mental de su población. Por medio de la creación de alianzas y trabajo colaborativo para la creación de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria.
3. Aumentar el alcance de los servicios de atención en salud mental a zonas de poca participación estatal, conformando mecanismos y espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención.

## 5. POBLACIÓN DE REFERENCIA

### 5.1 Análisis del Territorio

Antioquia es un departamento de Colombia, localizado al noroeste del país. Ocupa un territorio de 63.612 km<sup>2</sup> que limita al norte con el mar Caribe y con el departamento de Córdoba; al occidente con el departamento del Chocó; al oriente con los departamentos de Bolívar, Santander y Boyacá; y al sur con los departamentos de Caldas y Risaralda. Es el 6° departamento más extenso de Colombia. En este territorio habitan actualmente 6.534.764 personas en un total de 125 municipios. Mas de la mitad de la población reside en el área metropolitana del valle de Aburrá (29). En esta zona se encuentran importantes asentamientos indígenas y de población afrocolombiana. Posee una gran diversidad natural, étnica y cultural, y comprende valles interandinos, llanuras y sabanas y un extenso litoral sobre el océano Atlántico (30).

**Gráfico 4.** Mapa de la Región de Antioquia (1)



Antioquia, es uno de los territorios que ha sufrido con todo rigor los impactos del conflicto armado, de las 9.250.453 personas que registra en todo el país la Unidad Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV, 1.567.022 (el 17 %) corresponden a Antioquia (2). En este territorio ha habido presencia de todos los grupos armados que han protagonizado el conflicto armado en Colombia. Infortunadamente, en su territorio se han presentado todas las modalidades de victimización: masacres, desapariciones forzadas, secuestros, ejecuciones extrajudiciales, desplazamientos y reclutamientos forzados, violencia sexual contra niñas, niños y jóvenes, entre otras. Estas dinámicas de violencia han producido un profundo impacto colectivo y han afectado procesos como la organización social, la democracia y la movilización en demanda de derechos, tanto en las zonas rurales como en las ciudades (30).

Adicionalmente, Antioquia presenta dos características significativas. Primero, es una de las zonas del país donde se han desarrollado más procesos de investigación sobre el conflicto armado, tanto desde la sociedad civil como desde la academia y la institucionalidad. Y segundo, ha logrado mantenerse y consolidarse un amplio y diverso tejido social de acción colectiva, resistencia y resiliencia que ha hecho frente al impacto de la confrontación armada y de la transformación de su entorno, gracias al liderazgo de organizaciones étnicas, de mujeres, de jóvenes, sindicales y de defensa de los derechos humanos, entre otras (30).

## 5.2 Sobre los Líderes Sociales en Antioquia

De acuerdo con la Comisión de La Verdad, **Líder o lideresa social** es aquella persona que representa un grupo social encargado de: la defensa de los derechos humanos, los territorios, del medio ambiente, la educación, o de la cultura en las comunidades. Hay diferentes tipos de líderes: Comunitarios, Campesinos, Indígenas, de Comunidades LGTBI, Afrodescendientes y ambientales. Los líderes comunitarios o comunales están asociados a la defensa de territorios y de los Derechos Humanos y a la participación política de la comunidad, algunos pertenecen a las Juntas de Acción Comunal (30).

En el departamento de Antioquia hay aproximadamente 6.435 dignatarios de juntas de Acción Comunal registrados entre 2016 y 2019 en diferentes cargos (31). Para la presente

propuesta se incluirán los cargos relacionados con la salud y bienestar, la participación social, grupos vulnerables, entre otros (ver Anexo 1). En total la población de líderes registrados en las JAC en este periodo son 2912 personas de las cuales 1.583 son mujeres y 1.322 son hombres. Debido a la variedad de los cargos (49) con los que se registran los dignatarios de las Juntas de Acción Comunal JAC, se clasificaron todos los cargos relacionados con el objetivo de la propuesta en 7 categorías como se evidencia en la siguiente tabla:

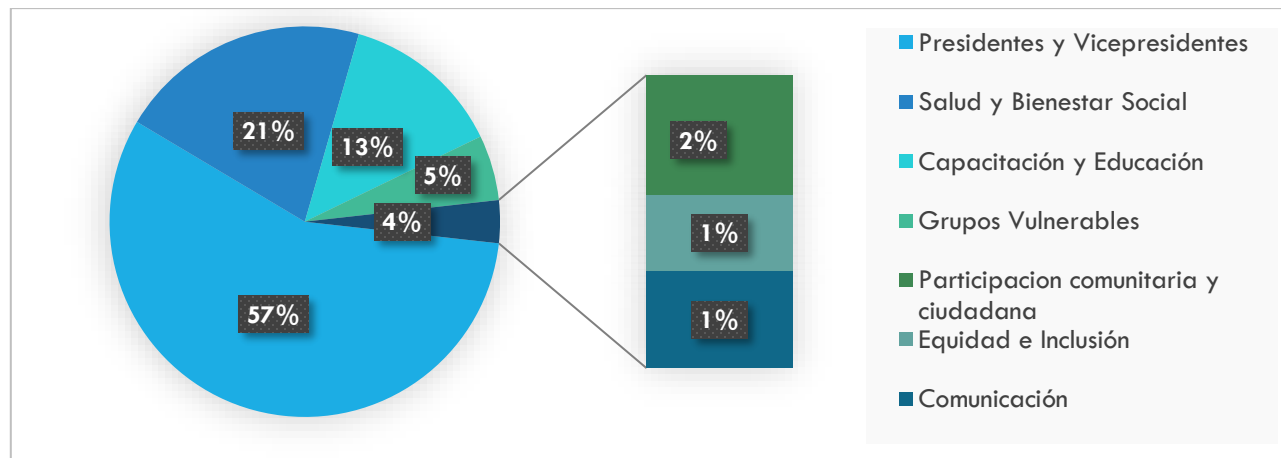
**Tabla 1.** Número de Dignatarios de JAC por categoría y género.

N	CATEGORIA	Femenino	Masculino	Total
1	Presidentes y vicepresidentes	640	1009	1649
2	Salud y Bienestar Social	517	91	608
3	Capacitación y Educación	250	138	388
4	Grupos Vulnerables	115	42	157
5	Participación comunitaria y ciudadana	24	18	42
6	Equidad e Inclusión	21	6	27
7	Comunicación	16	18	34
<b>Total general</b>		<b>1583</b>	<b>1322</b>	<b>2905</b>

**Nota:** Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de la plataforma MEDATA del Ministerio del Interior de Colombia (31).

De estas categorías generadas la que mayor participación tiene es la de Presidentes y Vicepresidentes, Salud y Bienestar Social y la de Capacitación y Educación.

**Gráfico 5.** Participación de cada categoría de dignatarios de las JAC en Antioquia.



**Nota:** Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de la plataforma MEDATA del Ministerio del Interior de Colombia (31).

En la dimensión de **convivencia social y salud mental** del PDSP, 2012-2021 se resalta algunas regiones que son priorizadas, el caso de Antioquia que hace parte de la región oriental, se encuentra priorizada en los asuntos relacionados a salud mental, víctimas de conflicto armado, convivencia social, valores y principios y respuesta integrada para la respuesta a atención a víctimas de conflicto armado (22).

Tabla 2. *Regiones y desafíos priorizados en la dimensión de Convivencia y Salud Mental. PDSM 2012-2022 (22).*

#### 4.4.3 Convivencia y salud mental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Convivencia y salud mental	Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Amazonia Orinoquia, Oriental
	Salud mental	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental
	Violencia social	Pacífico
	Suicidios	Pacífico
	Violencia sexual y violencia intrafamiliar	Caribe y Oriental
	Impacto negativo de los medios de comunicación sobre los patrones de consumo	Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental
	Violencia de género (mujer, LGBTI)	Bogotá y Cundinamarca, Costa Atlántica, Central, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Discriminación a discapacitados	Bogotá y Cundinamarca
	Matoneo en los colegios	Bogotá y Cundinamarca
	Desintegración familiar	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia, Oriental
Convivencia social, valores y principios	Central, Oriental	
Víctimas del conflicto armado	Central, Oriental	

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Convivencia y salud mental	Ausencia de espacios de recreación y esparcimiento para que niñas(os) y jóvenes puedan aprovechar el tiempo libre	Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Violencia sexual infantil y explotación	Amazonia y Orinoquia, Caribe
	Respuesta integrada para la respuesta a la atención de víctimas	Amazonia y Orinoquia, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Atención especializada a jóvenes con problemas de drogadicción	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Discriminación de género, étnica	Amazonia y Orinoquia, Caribe
	Accidentalidad de tránsito	Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Sicariato	Amazonia y Orinoquia

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Descripción del Programa

El programa **SOLIDARIA-MENTE**, es una estrategia de intervención de tipo aplicada, ya que se parte de un problema identificado previamente y es una propuesta progresiva que contribuye a los principales componentes de una atención en salud comunitaria, utilizando técnicas pedagógicas, incentivando la reflexión, el diálogo y el análisis participativo sobre la situación de la alfabetización en salud mental en las víctimas del conflicto armado en Colombia, especialmente en el departamento de Antioquia.

**Eslogan:** SOLIDARIA-MENTE: Tejiendo una Red de apoyo en salud mental

#### Logo



**Nota.** Elaboración propia

**Objetivo:** Crear una red de alianzas entre la comunidad y las instituciones que trabajen de la mano para acercar a la comunidad a los servicios de atención en salud mental especializada.

#### **Estrategias que se desean desarrollar:**

**-Línea amiga:** Línea telefónica y de tele consulta que permita a las personas que lo requieren una atención psicológica especializada y continua para las comunidades más alejadas del departamento y que no pueden acercarse físicamente a los consultorios de los profesionales de la salud.

**-Líneas de emergencia a víctimas:** Línea de atención 24/7 para los casos de las personas que han sido víctimas de algún hecho recientemente o que requieren atención inmediata.

**-Atención presencial:** Atención personalizada y continua para las personas que requieran la atención de los profesionales y pueden acceder de forma física.

**-Actividades de salud en las comunidades:** Acciones comunitarias que se realizan en las comunidades municipales y que reúne a diferentes actores para generar cambios a nivel grupal.

## **Misión**

Fortalecer el apoyo social y bienestar psicológico de las personas afectadas por el conflicto armado en Antioquia, a través del empoderamiento de las comunidades y el trabajo interinstitucional colaborativo.

## **Visión**

Conformar para el año 2024 una Red de apoyo en Salud Mental solida que incluya a las instituciones públicas, sanitarias y a la comunidad, permitiendo una alta cobertura asistencial y una atención oportuna para las personas afectadas por el conflicto armado en el municipio de Antioquia.

## **6.2 Modelo de Alfabetización en Salud Mental**

La estrategia propuesta se basa en el modelo de Nutbeam (8) quien ofrece una visión práctica e intuitiva de la Alfabetización en Salud, y lo define como proceso progresivo de competencias. Además, tiene en cuenta los resultados a nivel individual y colectivo. Este modelo este compuesto por tres elementos: el funcional, interactivo y crítico, que son niveles de alfabetización que permiten progresivamente una mayor autonomía y empoderamiento personal y colectivo (Tabla 3).



La alfabetización “funcional” comprende habilidades básicas necesarias para desenvolverse en las situaciones de la vida diaria. La Interactiva comprende las habilidades cognitivas y sociales que permiten la participación activa en las actividades cotidianas, extraer la información y comprenderla, a partir de diferentes formas de comunicación, y aplicar estos conocimientos. Y el nivel crítico desarrolla habilidades cognitivas y sociales más complejas, dirigidas al análisis crítico de la información y su uso para la autogestión de circunstancias y situaciones personales, es decir al empoderamiento para la toma decisiones encaminadas al beneficio propio (8).

**Tabla 3.** Modelo de Nutbeam, incluyendo los grados de AES, sus beneficios individuales y sociales y ejemplos (8).

<b>Nivel de alfabetización en salud y objetivo educativo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Beneficio Individual</b>	<b>Comunidad/Beneficio social</b>	<b>Ejemplos de actividades educativas</b>
<b><u>Funcional:</u> la comunicación de información</b>	La transmisión de información objetiva sobre los riesgos de salud y utilización de servicios de salud	Mejora el conocimiento de los riesgos y servicios de salud, el cumplimiento de las medidas prescritas	Aumenta la participación en los programas de salud de la población (inmunización, cribado)	Transmitir información a través de los canales existentes: contacto interpersonal oportunistas, medios, Internet
<b><u>Interactiva:</u> el desarrollo de habilidades personales</b>	Como el anterior, y la oportunidad de desarrollar habilidades en un ambiente de apoyo	Mejora de la capacidad de actuar con independencia en el conocimiento, la mejora de la motivación y la confianza en sí mismo	Mejora de la capacidad de influir en las normas sociales, interactuar con los grupos sociales	Comunicación para la salud a medida para necesidades específicas, la facilitación de la comunidad de autoayuda y grupos de apoyo social, se combinan diferentes canales de comunicación
<b><u>Crítica:</u> el empoderamiento personal y comunitario</b>	Igual que el anterior y el suministro de información	Mejora de la resistencia individual a la adversidad	Mejora de la capacidad de actuar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud,	Prestación de asesoramiento técnico para apoyar la

Nivel de alfabetización en salud y objetivo educativo	Contenido	Beneficio Individual	Comunidad/Beneficio social	Ejemplos de actividades educativas
	sobre los determinantes sociales y económicos de la salud y las oportunidades para lograr políticas	económica y social	la mejora de empoderamiento de la comunidad	acción comunitaria, la comunicación de promoción para los líderes comunitarios y políticos, facilitar el desarrollo comunitario

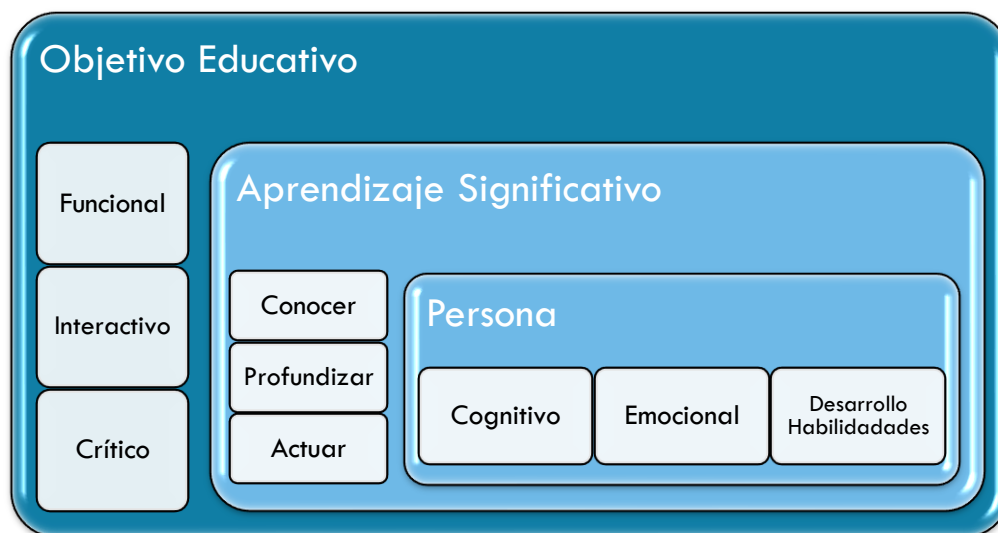
**Nota:** Elaboración Propia

Un elemento importante del modelo educativo en esta propuesta es que se basa en un **paradigma de la pedagogía activa o integradora**. Según el Manual de Educación para la Salud desarrollado por Pérez Jarauta et al. en el 2006 (32). El eje fundamental de este paradigma es el aprendizaje significativo y el alumnado, su teoría básica se basa en los objetivos y contenidos que tienen que ver con las tres áreas de la persona: **cognitiva, emocional y de las habilidades**. Además, se utiliza una combinación de métodos y técnicas educativos activos, donde el rol educador es un rol de ayuda y apoyo al aprendizaje, las sesiones individuales o grupales se programan detalladamente y la evaluación es continuada y final. Asimismo, se sigue un **enfoque Comunitario** que promueve la conciencia crítica y acciones de salud en una comunidad específica.

El proceso de aprendizaje significativo en este modelo se basa en tres procesos fundamentales: 1. **Conocer y Expresar** su situación a partir de las propias Experiencias, conocimientos, valores, creencias, habilidades, entre otras; 2. **Profundizar** en el tema al desarrollar los conocimientos, analizar la situación general y de algunos aspectos personales y sociales, y reflexionar sobre los aspectos emocionales; y 3 **actual o afrontar** la situación a través de la toma de decisiones, desarrollar habilidades, experimentar en la realidad para luego evaluar. Para lograr un aprendizaje significativo se requieren dos elementos esenciales: Primero, el uso de **métodos y técnicas educativas activas**, es decir con la participación de quien se educa, y segundo el **método inductivo** en el cual se parte de la experiencia (32).

Las intervenciones de **educación grupal** que se proponen tienen un tiempo corto (menor a 20 horas), por lo que se hará uso de **Técnicas centradas en el aprendizaje de contenidos de carácter Bidireccional y Directo**, es decir se implementa el diálogo y actividades en grupo, en donde hay una realimentación de la información. Un ejemplo de estas técnicas son el diálogo y consejo educativo, clase o aula, charla, discusión en grupo, etc (32). De acuerdo con el modelo de Nutbeam y la metodología formulada en el Manual de Educación para la Salud, se formula un modelo con los componentes más importantes y que fundamentan las diferentes actividades propuestas para lograr los objetivos del programa de forma exitosa.

**Gráfico 6.** Modelo educativo del programa de alfabetización en Salud Mental. Elaboración propia.



**Nota:** Elaboración Propia

En cuanto al elemento de comunicación de la información y relacionado con la Salud Mental, se toma como base los doce principios básicos expuestos en la Guía de Salud Mental y Medios de Comunicación.

**Tabla 4.** Doce Principios básicos de la comunicación en Salud Mental (32).

<b>DOCE PRINCIPIOS BÁSICOS</b>	
<b>1. Aumentar el conocimiento social</b>	Informar con exactitud de conceptos y términos.
<b>2. Mostrar una visión positiva</b>	Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental y de las personas con enfermedad mental. Prestar más atención a las soluciones y menos a los límites.
<b>3. Contemplar todas las facetas</b>	Mostrar a las personas con una enfermedad mental de forma integral.
<b>4. Facilitar información normalizadora</b>	La enfermedad mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad.
<b>5. Menos compasión, más derechos</b>	Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión
<b>6. Dejar hablar a los protagonistas</b>	Potenciar la información individualizada y vivencial que pueden aportar las propias personas afectadas, como herramienta para crear una imagen positiva
<b>7. Desmontar falsas creencias mitos o prejuicios</b>	No propagar y mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil.
<b>8. Alejar la enfermedad mental de la crónica de sucesos</b>	Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental.
<b>9. Cuidar el lenguaje. No etiquetar</b>	No estigmatizar a las personas con enfermedad mental con usos incorrectos de las palabras que las definen
<b>10. Recordar que la mayoría de las enfermedades mentales son invisibles</b>	Ilustrar las informaciones sobre personas con enfermedades mentales con el material gráfico adecuado.
<b>11. Presentar una imagen real y positiva de las mujeres con enfermedad mental</b>	Dar voz y protagonismo a las mujeres que tienen un trastorno mental.

---

<b>12. Cuidar especialmente los contenidos en temas de salud mental en niños y jóvenes</b>	No culpabilizar a familiares ni al propio niño o adolescente de los comportamientos provocados por la enfermedad.
--	---

---

### 6.2.1 Componente Funcional

El programa está basado en el aprendizaje significativo, la participación y discusión de los participantes, este componente ofrece transmisión de la información sobre la enfermedad mental y cuenta con los siguientes módulos que se han basado en la Guía de Salud Mental y Comunicación de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (33):

#### *1. Mitos y realidades de la enfermedad mental.*

A través de la discusión en grupo se pueden identificar los estereotipos y percepciones que tienen los participantes sobre los siguientes mitos: “La enfermedad mental es siempre irreversible”.. La enfermedad mental... “es un castigo o culpa de la persona o los familiares”, “es hereditaria”, “es contagiosa”... “No se puede ayudar a las personas con enfermedad mental”... etc... . A continuación, se responderá a cada uno de los mitos y se mostrará la realidad ante cada situación (33).

#### *2. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad mental*

En esta etapa se busca dar respuesta a las siguientes preguntas ¿qué es la enfermedad mental, ¿qué tipo de enfermedades mentales existen?, ¿cuáles son las causas de las enfermedades mentales?, ¿puedo tener yo una enfermedad mental?, ¿las enfermedades mentales se curan?, ¿puede una persona con enfermedad mental llevar una vida normalizada (trabajar, formar una familia, tener relaciones sociales, etc.)?, ¿cuál es el papel de la familia en el tratamiento de una enfermedad mental?, ¿es cierto que las enfermedades mentales conducen a actos violentos?, ¿la enfermedad mental provoca discapacidad?, ¿qué diferencia hay entre una enfermedad mental y una discapacidad intelectual? (33).

### ***3. Definiciones de enfermedades mentales.***

En esta etapa se hablará sobre las características principales de las enfermedades mentales más comunes en la población colombiana y especialmente en la población que ha sido víctima de algún evento violento, por ejemplo: Ansiedad, depresión, Síndrome de estrés postraumático, etc. Y otros que son más prevalentes y que tienen sobre todo un estigma negativo como es la esquizofrenia, anorexia, Trastorno Bipolar, trastornos de personalidad, etc.

### ***4. Factores de riesgo y señales de alarma.***

En este momento se instruirá sobre los síntomas de alarma que pueden presentarse en algunas de las enfermedades mentales más comunes, y también sobre los factores de riesgo y determinantes de salud que pueden representar una alerta temprana para la toma de decisiones y acercamiento a un tratamiento preventivo.

Adicionalmente, se enseñará a los participantes la infografía sobre las señales de alerta temprana (Anexo 3) y el Cuestionario de Tamizaje (Anexo 4) que se encuentra en la página de Colombia Aprende para identificar si la persona tiene algún problema de salud mental que se encuentra en el siguiente link: <https://colombiaaprende.edu.co/recurso-coleccion/signos-de-alerta>

### ***5. Primeros auxilios psicológicos (PAP)***

Los primeros auxilios psicológicos, son una intervención que se realiza inmediatamente después de algún suceso traumático o de mucho impacto para una persona. El objetivo principal de prestarlos es auxiliar a la persona en la recuperación del equilibrio emocional en ese momento y ayudar a la persona a activar sus propios recursos y capacidad de afrontamiento. Incluye 3 aspectos fundamentales: Proporcionar apoyo, Reducir la mortalidad y Proporcionar enlace con fuentes de asistencia (34).

### 6.2.2 Componente Interactivo

Este componente incluye el desarrollo de habilidades de comunicación entre los líderes participantes. Para esto se toma como base las técnicas de desarrollo de habilidades del Manual de Educación para la salud (32), estas técnicas se muestran a continuación:

**Tabla 5.** Técnicas de desarrollo de habilidades a nivel grupal (32).

#### TÉCNICAS DE DESARROLLO DE HABILIDADES

<b>Técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Observaciones</b>
Demostración con entrenamiento	Se explica y a la vez se realiza una determinada habilidad psicomotora. Posteriormente se pide al grupo que la realice. El docente monitoriza su realización.	El desarrollo de la habilidad precisa de varias sesiones de entrenamiento (En aula o fuera del aula).
Simulación operativa	Se explica una habilidad social. Se trabaja su aplicación en una o varias situaciones reales o ficticias, valorando su realización conforme a los criterios explicados	Trabaja a nivel inicial o superficial las habilidades sociales.
Rol playing	Se explica una habilidad social. Una pareja o una parte del grupo trata de aplicarla en una escenificación de roles. El resto observa su desarrollo, generalmente con un guión. Puesta en común, sobre lo observado respecto al modelo teórico y su aplicación real.	Trabaja las habilidades sociales a un nivel más profundo. Requiere formación del docente. Necesita más tiempo que la anterior.
Ayuda a la toma racional de decisiones	Se explica la habilidad de toma de decisiones. Se plantea su aplicación en diferentes situaciones.	La toma de decisiones caracteriza a la edad adulta. Cada persona es protagonista de sus propias decisiones. Cada profesional también.

De acuerdo con la cantidad de personas asistentes se puede generar una técnica de simulación operativa o de role playing en donde los participantes interpreten alguno de los doce principios que se muestran en la Tabla 5, para esto antes y al finalizar la actividad, los grupos deben discutir estos casos en el contexto de sus comunidades y como debería tratarse cada tema de acuerdo con lo aprendido en el primer módulo.

### 6.2.3 Componente Crítico

Para el desarrollo de este componente se trabajarán con técnicas de análisis, las cuales se utilizan para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Y abordan habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.),

asi como el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos. Algunas de estas técnicas son las que se exponen en el Manual de Educación para la salud (32) a continuación:

**Tabla 6.** Técnicas de análisis en el trabajo grupal (32).

TÉCNICAS DE ANÁLISIS

<b>Técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Observaciones</b>
Caso	Historia con preguntas. Se pide al grupo que analice el caso (de forma individual, agrupaciones más pequeñas...) guiándose con las preguntas. Puesta en común y discusión. Resumen y conclusiones.	Se analiza y discute sobre la historia. Puede ser una historia escrita, escenificada, en vídeo...
Análisis de texto	Texto con preguntas. Generalmente se realiza en agrupaciones más pequeñas. Se pide al grupo que analice el texto guiándose con las preguntas. Puesta en común y discusión. Resumen y devolución al grupo de las conclusiones.	Se analiza y discute sobre lo que las personas o agrupaciones establecidas piensan en relación con el texto. El texto debe ser adecuado al grupo.
Discusión	Se plantea al grupo una discusión (libre, estructurada, en bandas...), centrada en cuestiones o preguntas y generalmente en agrupaciones más pequeñas. Puesta en común y discusión. Resumen y conclusiones.	Se analiza y discute sobre lo que las personas o agrupaciones establecidas piensan sobre el tema. A veces se llega a menor profundización que con las anteriores.
Ejercicios	Estímulos diversos para reflexionar y discutir sobre distintos aspectos de un tema. Puede realizarse de forma individual, en tríos, grupos pequeños... con intergrupo y resumen final.	Ayuda a reflexionar sobre las propias actitudes, valores y sentimientos o a la reflexión y análisis de un tema.

Este nivel compromete aún más la participación y la toma de decisiones de los líderes invitados. Ya que se requiere que comprendan las diferentes situaciones y puedan contribuir como puente entre las personas con alguna de las condiciones de salud mental y el servicio de salud. Para esto se utilizará la técnica de análisis de caso, en donde se encontrarán con casos propuestos con diferentes sintomatologías y contextos socioculturales y deberán proponer una ruta para la atención de estas personas. Para lograr esto, primero se comunicará y brindará a los asistentes un folleto con las rutas de atención y redes de contacto (Anexo 5), de forma que puedan realizar una “intervención” adecuada desde su rol como líderes.



## 7. DESARROLLO DEL PROGRAMA COMUNITARIO

Para lograr una metodología basada en la acción comunitaria, se tomó como BASE LA GUIA DE SALUD COMUNITARIA realizada por el OBSERVATORIO DE SALUD DE ASTURIAS (35). La cual está orientada a los agentes comunitarios de cualquier ámbito que estén interesados en iniciar o reconducir procesos intersectoriales participativos en un territorio desde una perspectiva de los activos en salud comunitaria. Las fases son orientativas, por lo que brindan un marco de acciones a desarrollar y puntos clave, sin embargo, permite la adaptación a diferentes contextos y comunidades. Esta guía de actuación cuenta con siete fases organizadas de la siguiente manera:

**Fase 0.** Punto de partida. Iniciar un proceso de reflexión sobre por qué y cómo trabajar en salud comunitaria en el ámbito local.

**Fase 1.** Trabajar juntos. Generar, agrupar o revitalizar un Sistema de Gobernanza Local en Salud / Grupo de participación en Salud.

**Fase 2.** Identificar. Analizar activos disponibles e identificar problemas y necesidades.

**Fase 3.** Priorizar. Sobre qué debemos y podemos actuar.

**Fase 4.** Buscar evidencias. Buscar intervenciones que sean efectivas.

**Fase 5.** Actuar. Establecer un plan de acción en el territorio.

**Fase 6.** Evaluar. Valorar el proceso y en qué medida cumplimos el plan de acción incluyendo acciones de mejora.

### 7.1 FASE 0: Punto de partida

El objetivo fundamental de esta fase es iniciar un proceso de reflexión sobre el porqué y el cómo trabajar en salud comunitaria en el territorio seleccionado y responder a la pregunta ¿Por qué iniciamos un trabajo en salud en el ámbito local? (35). Para responder a esta

pregunta retomamos la justificación para llevar a cabo el proyecto, la cual destaca los siguientes puntos fundamentales de las razones por las cuales es necesario realizar una intervención:

- El número de víctimas del conflicto armado por diferentes hechos corresponde a casi el 20% de la población colombiana, y gran proporción de estos han presentado algún malestar o sintomatología asociada a ansiedad, depresión, estrés postraumático, entre otros.
- Barreras asociadas con el estigma sobre solicitar los servicios de salud mental, relacionados con imaginarios como: “no considerar” “no es necesario ir”, “descuido” o “no querer ir”; también esto también afecta la adherencia a los medicamentos.
- Bajo alcance y cobertura del programa PAPSIVI para atender oportunamente a las personas que requieran una atención psicológica o psiquiátrica. A esto se le suma el incumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los requisitos mínimos esenciales para brindar a los usuarios una atención en condiciones de seguridad, calidad y oportunidad, en el departamento de Antioquia.
- Bajo nivel de estructuración social y cohesión social y una Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud en el departamento de Antioquia

### **Programas Actuales**

En este punto es relevante indagar sobre las estrategias que se han llevado a cabo en el territorio, tanto a nivel gubernamental como privado. Esto con el fin de evitar que se dupliquen actividades en la comunidad y que se implementen acciones que no han dado resultado.

### **Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI**

Es el programa más importante de atención psicosocial y reparación que implementa el Gobierno Nacional para la atención a las víctimas. Las actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias son diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas se desarrollan a nivel individual o colectivo (25). El PAPSIVI constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas, en los ámbitos individual, familiar y, con el

fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades (26).

Ramos-Vidal *et al.* en 2020 (26) realizaron una evaluación estructural del programa PAPSIVI, y encontraron algunas oportunidades de mejora que están influyendo en la efectividad del programa como son:

- Cada psicólogo atiende de media a cerca de cuarenta pacientes al mes: En estos casos es probable que los profesionales dispongan de poco margen de maniobra para modificar estos aspectos, considerando que los equipos de intervención prestan atención en zonas rurales de difícil acceso y que los recursos socio-comunitarios de los que disponen suelen ser escasos. Para esto se requiere una priorización de los casos que requieren una intervención inmediata.
- Los beneficiarios del programa, evidencian problemas de coordinación y duplican los esfuerzos invertidos en el desarrollo de la intervención.
- Se evidencia un bajo nivel de estructuración social y cohesión social, por ejemplo, los responsables de estas organizaciones comunitarias no se conocen entre sí y hay un bajo de reconocimiento o de intercambio de información en la red. hay muchos actores u organizaciones que se encuentran aislados. Además los implementadores del programa disponen de poca ayuda para llevar a término las acciones.

Otros programas que se han puesto en Marcha en el departamento de Antioquia, y que son dirigidos a la población en general son los siguientes:

**Porque quiero estar bien:** Este centro de apoyo a nivel nacional liderado por la Fundación Santafé de Bogotá y la Fundación Santo Domingo ofrece atención inmediata de psicólogos vía WhatsApp o celular. Además, puedes encontrar contenido sobre cómo tener mejores hábitos durante la pandemia, e información sobre cómo identificar situaciones de maltrato, tristeza. Cualquier colombiano mayor de 18 años puede acceder a los servicios de forma gratuita, a través de la línea 333 033 3126 (36).

**Línea SalvaVidas:** Línea de atención gestionada por la Fundación Sergio Urrego: entidad no gubernamental, sin ánimo de lucro. A este canal pueden acudir quienes estén en

condición de vulnerabilidad, maltrato intrafamiliar, ideación suicida o violencia de género. Nivel Nacional (37).

**Salud para el alma:** programa de televisión y de teleconsulta psicológica enfocada en la creación de la cultura de la prevención y la promoción de los trastornos y las enfermedades mentales. Se presenta los miércoles a las 10pm en el canal Teleantioquia. Es una creación de la **Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia**, para garantizar que los ciudadanos del departamento puedan comprender y entender qué es la salud mental y emocional y cómo construir factores protectores. Además, brinda de forma gratuita al acompañamiento y a la orientación psicológica prehospitalaria que ofrece la **Gobernación de Antioquia**, gracias al convenio con el área de telemedicina de la Universidad de Antioquia. Puedes llamar gratis desde un celular o fijo al **018000 413 838** o desde algún municipio del Área Metropolitana al teléfono **(604) 540 7180**, estas líneas están disponibles los siete días de la semana las 24 horas (38).

**El escuchadero:** En septiembre de 2020 la Alcaldía de Medellín creó los escuchaderos, un espacio de escucha activa liderado en alianza con el Metro de Medellín y el Área Metropolitana para reducir los intentos de suicidio que se presentaban en el Metro. Este año, a raíz de la pandemia, estos ampliaron su área de acción, ya que solo funcionaban en algunas líneas del sistema de transporte, visitando las comunas 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11 y 12 y logrando beneficiar a 9.416 personas hasta el momento (39).

## 7.2 FASE 1: Trabajar Juntos

El objetivo fundamental de esta fase es la generación, fusión o revitalización de una estructura de participación. Lo que se quiere lograr es formar un grupo de coordinación local con participación de diferentes sectores, que establezcan objetivos compartidos, un liderazgo comunitario claro y que trabaje con una perspectiva de salud comunitaria basada en activos. A esto se le llama Sistema de Gobernanza Local en Salud (35).

Para crear este **CREAR EL SISTEMA DE GOBERNANZA SOCIAL EN SALUD** en el proyecto **SOLIDARIA-MENTE** se debe tener en cuenta cuatro elementos esenciales:

- Participación de la comunidad: Incluir a los líderes comunitarios en el proyecto desde el diseño hasta la evaluación.
- Líderes Sociales y Comunitarios: Basar las acciones y estrategia en la perspectiva y experiencia de los líderes sociales y comunitarios.
- Representatividad social: Considerar a todos los actores posibles que se relacionen con la estrategia, de forma que cada grupo cuente con un liderazgo y participación en la toma de decisiones.
- Liderazgo comunitario: Ofrecer a los líderes sociales un rol decisivo en la toma de decisiones y construcción de la estrategia.
- Enfoque psicosocial: Reconocer la integridad de las personas que han sido víctimas, teniendo en cuenta el contexto y los hechos que estas personas han vivido.
- Enfoque diferencial: De acuerdo con el MSPS hace referencia a un método de análisis, actuación y evaluación que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población

### **Proceso Para Definir El Sistema De Gobernanza Social En Salud**

Las acciones propuestas a realizar para Generación de un Sistema de Gobernanza Local en Salud son las siguientes:

1. Identificar y contactar a los actores importantes para la realización del programa para formar un comité organizativo en el que pueden participar: Líderes comunitarios, Universidades (Centros de servicio de psicología), MSPS, Gobernación de Antioquía, Alcaldía de Medellín y de los Municipios, cruz roja, Colegio Colombiano de Psicólogos, Centro Nacional de Memoria Histórica, UARIV, Fundaciones, Voluntarios, posibles patrocinadores entre otros.
2. Reunión Inicial: Presentación de los objetivos del programa, reconocimiento de personas clave y otros posibles actores.
3. Invitación a gestores de cambio claves

4. Mesa de trabajo 1: Trabajar en las necesidades identificadas en la comunidad, y en los activos con los que cuenta la comunidad para fortalecer la implementación.

5. Mesa de Trabajo 2: Fortalecimiento de la estrategia, actividades, responsables y recursos necesarios.

6. Mesa de trabajo 3: Creación del plan de comunicación del programa.

### 7.3 FASE 2: Identificar: Población, Activos y Necesidades/Problema de Salud

**Identificar a la población:** Antioquia es un departamento de la República de Colombia, localizado al noroeste del país y compuesto por 125 municipios, agrupados en nueve subregiones (40). Los Principales aspectos son:

- ✓ Capital: Medellín (segunda ciudad más importante del país)
- ✓ Clima: Entre 18° y 28° C
- ✓ Extensión: 63.612 km<sup>2</sup>
- ✓ Población total: 6,677,930, de los cuales 5,281,409 personas están en la cabecera y 1,396,521 en el resto del área geográfica (41).
- ✓ Geografía: mar, llanuras, montañas, altiplanos, páramos, ríos, ciénagas y bosques.
- ✓ Subregiones: Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá.
- ✓ Actividad económica predominante: prestación de servicios, industrial, comercio, agricultura, ganadería y minería.
- ✓ El 94.1% de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✓ El 42.9% de la población vive en vivienda propia, totalmente pagada, mientras que el 30% vive en arriendo o subarriendo.
- ✓ El 36.8% de las viviendas tiene jefatura femenina.
- ✓ En el 54.5% de los hogares se considera que los ingresos sólo alcanzan a cubrir los gastos mínimos, mientras que el 33.4% considera que no los cubre.

**Gráfico 7.** Mapa de subregiones de Antioquia (42).



Para estimar el número de participantes se tuvo en cuenta un líder o una lideresa por cada 20.000 habitantes, teniendo en cuenta que mínimo deben asistir dos personas por cada municipio, y en los municipios de mas de 160.000 habitantes se incluirán 10 participantes. La tabla con el número de participantes para cada municipio se encuentra desglosado en el Anexo 2.

**Tabla 7.** Relación de población y participantes por subregión.

SUBREGION	Población total	Participantes esperados
<b>Bajo Cauca</b>	325.439	26
<b>Magdalena Medio</b>	122.523	16
<b>Nordeste</b>	193.014	25
<b>Norte</b>	268.512	40
<b>Occidente</b>	204.369	41
<b>Oriente</b>	599.179	62
<b>Suroeste</b>	377.798	55
<b>Urabá</b>	727.024	53
<b>Valle de Aburrá</b>	3.955.259	68
<b>Total general</b>	6.773.117	386

**Nota.** Elaboración propia

### **Activos en Salud:**

Estos activos se definen como los recursos que la propia comunidad reconoce como riquezas que pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario y que fortalecen la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud y contrarrestar situaciones de estrés (35).

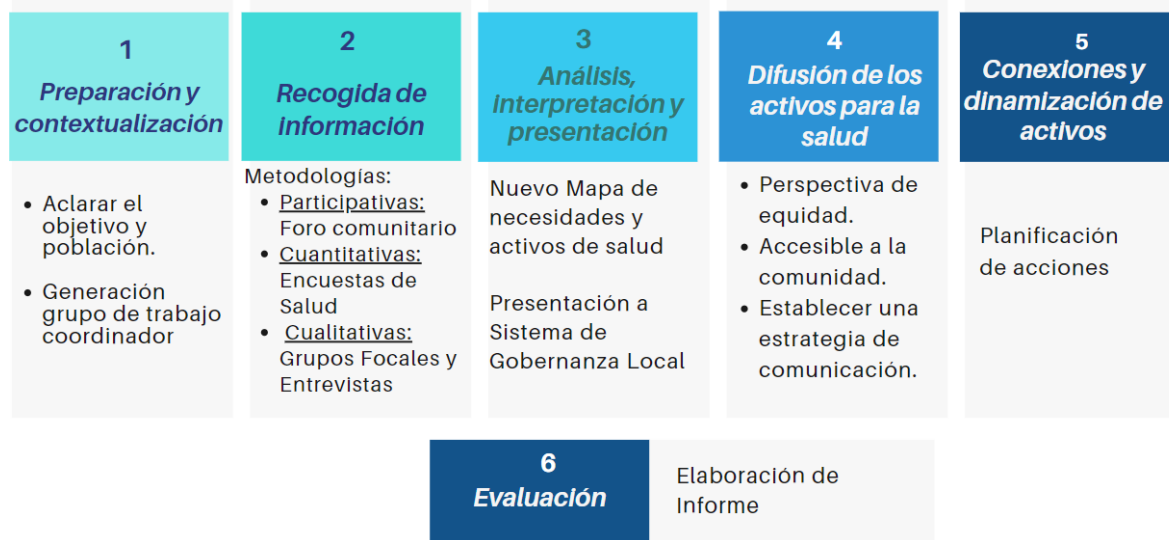
- ✓ **ACTIVOS INTANGIBLES:** Valores actitudes de la población, regionalismo, sentido de pertenencia, resiliencia y la idea de “echados pa’lante”
- ✓ **PERSONAS:** Personal sanitario, líderes comunitarios, Voluntarios
- ✓ **FISICOS:** Campus universitarios, Espacios deportivos, espacios de exposición, Salones de hoteles, Colegios, parques públicos.
- ✓ **INSTITUCIONES FORMALES:** Min Salud, UARIV, CNMH, Cruz Roja, Colegio Colombiano de Psicólogos, Universidades. Fundaciones, Juntas de Accion comunal, INS, INSTITUTO DE SALUD PUBLICA, Instituciones religiosas.
- ✓ **INSTITUCIONES NO FORMALES:** Grupos en redes sociales,
- ✓ **ACTIVOS ECONÓMICOS:** Esta zona tiene una economía de diferentes industrias, se caracteriza el turismo, la industria textil, los cultivos de flores, la producción de aguacate y otros productos.
- ✓ **CULTRALES:** Medellín se caracteriza por un fuerte movimiento de grupos artísticos, arte urbano, además de una cultura del café y gastronómica especializada. Además de otras manifestaciones culturales como la feria de las flores y los trovadores.

### **Mapeo de Activos con el Sistema de Gobernanza Social en Salud**

Para identificar los diferentes activos que reconoce la comunidad, se puede realizar en mapeo de activos. Esto permite involucrar y fomentar el reconocimiento de todos los actores para la construcción de la red. A continuación, se evidencia este proceso resumido.



Gráfico 8. Proceso de mapeo de activos y necesidades desde el Sistema de Gobernanza Social en Salud. Elaboración propia.



### 7.4 FASE 3: Priorizar en que podemos y debemos actuar

Este proceso busca organizar las necesidades en función del orden en que el Sistema de Gobernanza Social en Salud deben ser abordadas (35). Para ello se utilizará el método Hanlon de priorización y una metodología participativa y criterios de priorización adecuados. Es importante tener en cuenta la repercusión de la necesidad priorizada según los ejes de desigualdad: género, edad, territorio, nivel educativo, clase social y etnia.

El método Hanlon para priorizar las necesidades de salud tiene en cuenta criterios como la gravedad, la severidad del problema, La magnitud o número de personas a las que afecta, La eficacia de la intervención, y la factibilidad o existencia de solución para el problema, si las acciones son aplicables y si se dispone de los recursos para abordarlo (35). Para asignar los valores se tienen en cuenta las siguientes instrucciones:

**Magnitud:** Número de personas afectadas. Valoración del 0-10, siendo 0 poca magnitud y 10 mucha magnitud.

**Severidad:** Utilizar los sistemas de información (mortalidad, morbilidad, datos sobre conductas de salud) o pueden utilizarse datos subjetivos. Valoración del 0 al 10, siendo 0 poca severidad y 10 mucha severidad

**Efectividad:** Se refiere a la capacidad que tenemos de actuar sobre ese problema (si el problema es fácil o difícil de solucionar). Valoración del 0,5 al 1,5, siendo 0,5 muy difícil la actuación y 1,5 muy fácil la actuación.

**Factibilidad:** Hace referencia a posibilidad real de intervenir en la problemática, en este caso se tiene en cuenta otras dimensiones a las que se respondería Sí o No. Si se responde Sí se le otorga un 1 y si se responde No se otorga un 0.

*Pertinencia:* Es oportuno o conveniente actuar sobre la problemática en ese momento

*Economía:* Se tienen los recursos económicos

*Recursos:* Se tienen los recursos materiales, físicos, humanos para intervenir.

*Aceptable:* ¿Es aceptable por la población y por otros agentes de la comunidad la intervención?

*Legalidad:* ¿Es legal realizar determinada intervención?

El programa SOLIARIA-MENTE busca que los actores clave y la comunidad establezcan las necesidades de salud prioritarias, sin embargo, para el desarrollo de la propuesta se consideraron siete problemáticas destacadas como marco de inicio teniendo en cuenta el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) realizado por la Dirección Seccional de Salud y Protección Social De Antioquia (DSSA) (46) y los Boletines Epidemiológicos semanales realizados por el Instituto Nacional de Salud. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 8.** Método Hanlon de Priorización aplicado al programa SOLIDARIA-MENTE.

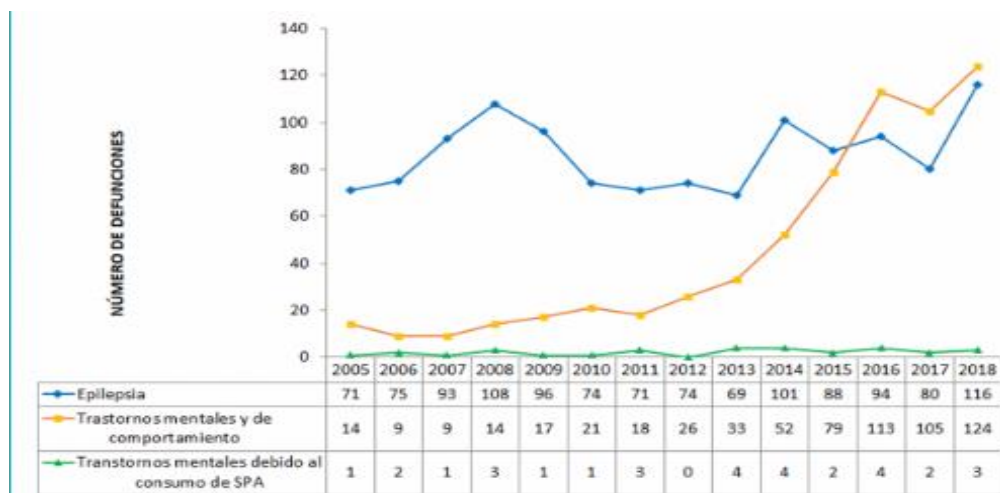
Problema	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					PUNTUACIÓN	
				Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	FINAL	
				(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)		
1	Exclusión social de las personas con enfermedad mental	7	9	1,3	1	1	1	1	1	20,8
2	Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud mental con enfoque étnico y de género	8	7	1	1	1	1	1	1	15
3	Desarticulación entre las acciones de promoción en salud mental y las entidades prestadoras de salud	9	9	8	1	1	1	1	1	144
4	Altas tasas de morbilidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental	9	10	6	1	1	1	1	1	114
5	Incumplimiento de los Prestadores de Servicio de Salud	9	10	5	1	1	1	1	1	95
6	Difícil acceso a los servicios sociales por parte de las comunidades vulnerables	8	7	9	1	1	1	1	1	135
7	Difícil acceso a los servicios de salud especializado	9	7	6	1	1	1	1	1	96
..	Otros problemas identificados	..	..	..	..	..	..	..	..	...

**Nota.** Elaboración propia

**Morbilidad por salud mental:** En Antioquia, durante los años 2009 – 2019 se realizan en 6'151.946 atenciones por patologías de salud mental, predominan los diagnósticos asociados a trastornos mentales y del comportamiento con un 86,17% (5.301.014), seguido por epilepsia con un 12,94% (795.836), y 5,01% (308.127) corresponden a trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. La consulta se concentra especialmente en la adultez (29-59 años) y la vejez (60 años y más) con el 41,02% y el 21,14% de las atenciones respectivamente, es de resaltar también, que el grupo de juventud (18 - 28 años) cuenta con el 16,42%. Analizando por sexo, se observa que del total de las atenciones de salud mental durante los años 2009 – 2019, el 54,8% corresponden a mujeres y el 45,2% a hombres, con un comportamiento que no difiere del total de las atenciones en la población general (43).

**Mortalidad por salud mental:** En los catorce años evaluados se han notificado 634 fallecidos por trastornos mentales y del comportamiento, de los cuales 47% (299) son hombres y 53% son mujeres (335), el número de defunciones por esta causa, ha ido en ascenso, pasando de 14 muertes en el año 2005 a 124 en 2018. La epilepsia como enfermedad crónica incluida dentro de la salud mental, ha presentado 1.210 fallecidos durante el período evaluado y es dentro de los tres grupos de estas enfermedades la que más presenta mortalidad. En total para el período analizado se presentaron 31 muertes por trastornos mentales debido al consumo de sustancias psicoactivas, siendo los hombres los que aportan el mayor número de muertes con 26 defunciones (44).

**Gráfico 9.** Índice de defunciones relacionadas con la mortalidad en Salud Mental en Antioquia (44).



**Intentos de suicidio:** El total acumulado a semana 17 de 2022 es de 1.607 casos en Antioquia lo que corresponde al 17% nacional (9410 casos). Adicionalmente, el valor acumulado es levemente mayor al esperado que es de 1.568 casos (45).

Otra fuente importante a tener en cuenta para organizar el desarrollo de la estrategia es la priorización de los problemas de salud de acuerdo con la Dirección Seccional de Salud y Protección Social De Antioquia (DSSA) (46), para esto La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia realiza la actualización del documento Análisis de la Situación de Salud (ASIS). El resultado para Antioquia del Índice de Necesidades en Salud para Antioquia establece que, para los municipios del Valle de Aburrá, de Oriente cercano y algunos municipios de Norte y de Suroeste, cercanos al Valle de Aburrá, están clasificados como de necesidades bajas en salud, mientras que municipios alejados del Valle de Aburrá, en subregiones de Urabá, Bajo Cauca, Occidente y Magdalena Medio, se encuentran con alta necesidad en salud. Los tres municipios con mayores necesidades en salud, son Concepción, Mutatá y Murindó, mientras que los tres municipios con menores necesidades en salud son Angelópolis, Envigado y Medellín.

Otras necesidades identificadas relacionadas con la salud mental en este departamento son las siguientes:

En Antioquia hay dificultades de acceso a los servicios de salud para la población no afiliada que es responsabilidad del Departamento y para la población afiliada al Sistema

General de Seguridad Social en Salud; la situación se agudiza por la insuficiencia de los recursos en la entidad territorial para asumir las atenciones que requieren las personas que manifiestan no tener capacidad de pago.

---

1. Exclusión social de la población con discapacidad en el departamento de Antioquia.
2. Poca implementación de modelos de acción integral territorial en salud en el departamento de Antioquia respecto al enfoque diferencial étnico y con enfoque de género.
3. En el departamento de Antioquia la gestión relacionada con el proceso de inspección y vigilancia de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo individual y colectivo a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entes territoriales ha sido asumida de manera parcial y desarticulada.
4. El Departamento presenta altas tasas de morbimortalidad por eventos relacionados con la convivencia y salud mental.
5. Incumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud de los requisitos mínimos esenciales para brindar a los usuarios una atención en condiciones de seguridad, calidad y oportunidad, en el departamento de Antioquia.
6. Difícil acceso a los servicios sociales por parte de comunidades vulnerables en el departamento de Antioquia.
7. Población con dificultad en el acceso a servicios de salud especializados.
8. Pérdida de liderazgo de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en el proceso de planeación interna y frente a los actores del sistema en el Departamento.
9. Deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de Gestión Pública en Salud en el departamento de Antioquia
10. Deficiencia en el conocimiento y acceso de la información en salud en el departamento de Antioquia
11. En la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) no hay condiciones adecuadas y técnicas para garantizar la ejecución de las competencias, los procesos administrativos son desgastantes y poco eficientes, además no se cuenta con el suficiente talento humano para cumplir la misión, y baja cobertura en los programas de bienestar laboral para sus servidores, jubilados y beneficiarios directos.

## 7.5 FASE 4: Buscar Evidencias: Intervenciones que sean efectivas

El objetivo fundamental de esta fase es definir claramente las actuaciones que se pueden desarrollar con base en la evidencia científica existente. Ello implica elegir aquellas actuaciones que se haya demostrado que son más eficientes y efectivas, que tienen un mayor efecto y mejores resultados. Dentro la revisión de literatura se encontraron resultados interesantes sobre la efectividad de estos programas de alfabetización en salud y con enfoque comunitario.

- Armayones et al., (2012) exponen que la educación para la salud implica alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza para mejorar la salud personal y comunitaria mediante el cambio de los estilos de vida personales y las condiciones de vida. El empoderamiento comunitario involucra a individuos que actúan colectivamente para tener mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida (8).
- Sebastián y Richards (2017). Realizaron una revisión sistemática acerca del cambio de actitudes y el estigma relacionado con la salud mental. Dentro de los hallazgos más relevantes encontraron que una mejora en la alfabetización de la red social en salud mental ayudaría a las personas con alguna de estas condiciones. Además, las intervenciones realizadas tanto en video como con los Agentes conversacionales redujeron el estigma tanto positivo como negativo, pero no el estigma tradicional (distancia social). Ambos medios influyeron positivamente en el reconocimiento y cambio de actitudes de las condiciones estigmatizadas (11).
- Gómez, et al. (2021) Realizaron un estudio para determinar los potenciales factores asociados con la falta de autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales entre la población colombiana. Encontraron que la falta de reconocimiento de la depresión se relaciona con la poca educación o conocimiento de la población sobre esta condición, estigma y falta de entrenamiento de los profesionales de la salud (12).
- Bang (2014), el abordaje comunitario genera grandes oportunidades y fortalezas al generar una clínica ampliada, al incluir no solo con usuarios del sistema de salud mental,

sino también a la comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas, dando gran valor al conocimiento popular y de la participación social (16).

- En el 2018 Chuah, et al. realizaron una revisión sistemática con el objetivo de examinar la evidencia de participación comunitaria en intervenciones generales en salud, encontraron que la participación comunitaria puede contribuir positivamente en los resultados de iniciativas sociales y de salud (19).
- Moreno-Murcia et al. (2021) encontraron que el enfoque psicosocial es una alternativa viable en la atención y reconocimiento no solo de las víctimas del conflicto armado, sino también de los cuidadores y profesionales de la salud que trabajan inmersos en dichos programas (4).
- Arthur, Boardman, y McCann (2021) realizaron una Evaluación cualitativa, donde el objetivo principal fue evaluar las perspectivas de los líderes comunitarios sobre la utilidad de un ensayo aleatorio por grupos de un programa de alfabetización en salud mental (MHL) basado en la resolución de problemas y Story-bridge. Entre los hallazgos principales se encontró que los participantes identificaron beneficios en tres temas específicos: Superar el miedo a la peligrosidad percibida de las personas con enfermedades mentales; Aumentar la disposición a participar; e Incrementar la empatía y disminuir los prejuicios (20).

## 7.6 FASE 5: Establecer el Plan de Acción en el Territorio

El objetivo principal de esta fase es diseñar un plan estructurado con las actuaciones que se van a desarrollar a nivel local en el que se definan los plazos y responsables (35). Las acciones se dividen en tres etapas principales: La planeación, la Implementación y la Evaluación de las acciones realizadas.

El programa SOLIDARIA-MENTE de acuerdo con lo que plantea la Guía de Salud Comunitaria de Asturias (35) propone que el Sistema de Gobernanza Local en Salud decidirá de forma participativa cómo se planteará el proceso de implementación. Es importante a la hora de desarrollar un plan de acción que de respuesta a las siguientes preguntas: **Por qué**, qué objetivos se desean conseguir, **Qué** acciones se realizarán, **Quién** se va a encargar de esa intervención. Persona o grupo promotor de la acción. Además de **Cuándo** y **Dónde** se



realizarán las actividades. Además, en el momento del diseño de las actividades se considera el acrónimo SMART:

- Specific – Específicas
- Measurable - Medibles
- Achievable – Alcanzables
- Realistic – Realistas
- Time-determined - Con fecha determinada.

### 7.6.1 Planeación

El proceso de planeación permite plantear las estrategias que se van a implementar con base en los objetivos planteados, teniendo en cuenta a todos los actores involucrados y considerando las posibles barreras que puedan presentarse. Con base a esto es importante conocer a fondo las características y necesidades de la población objetivo, establecer los recursos necesarios para poner en marcha las actividades, definir un proceso de comunicación claro entre todos los participantes, analizar los puntos críticos donde podría fallar la estrategia con el fin de generar medidas preventivas.

**Tabla 9.** Descripción de Actividades de Planeación Programa SOLIDARIA-MENTE. Elaboración Propia

PLANEACION				
Actividad (¿Qué?)	Objetivo (¿Para qué?)	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Dónde?
Preparación	Identificar los actores clave e invitarlos a participar (Anexo 6)	Organizadores	Semana 1 a Semana 4	Oficinas UARIV
Reunión inicial	Aclarar y consolidar los objetivos e identificar principales actores a invitar	Organizadores	Semana 5	Oficinas UARIV
Mesas de trabajo	-Definir el Comité de Gobernanza social en Salud (CGSS). -Identificar con los participantes las	Organizadores y participantes invitados	Semana 6 a semana 13	Oficinas UARIV

	necesidades y activos en salud mental de la población. -Definir actividades a realizar. -Definir principales responsables de las actividades. -Definir estrategia final -Definir sistemas de comunicación interna y externa			
Búsqueda y consolidación de promotores y patrocinadores	Consolidar empresas que deseen apoyar en la iniciativa	Organizadores y responsables del (CGSS)	Semana 14 semana 18	Oficinas UARIV
Identificación y comunicación con la población diana	Ubicar e invitar a los líderes sociales que son potenciales participantes de la actividad (Anexo 7)	Organizadores y responsables del (CGSS)	Semana 14 a semana 18	Oficinas UARIV
Registro de participantes	Consolidar la lista de las personas invitadas que realmente van a participar de las actividades	Organizadores y responsables del (CGSS)	Semana 19- semana 22	Oficinas UARIV
Contratación de Profesionales	Formalizar los profesionales a impartir la jornada de alfabetización.	Organizadores y responsables del (CGSS)	Semana 19 a semana 26	Oficinas UARIV
Actividades Logísticas	Definir y preparar los recursos físicos, materiales y humanos necesarios para llevar a cabo las actividades	Organizadores y responsables del (CGSS)	Semana 3- Semana 26	Oficinas UARIV

### 7.6.2. Implementación

En este punto se pone en marcha las actividades propuestas de acuerdo con el cronograma planteado. Para el programa SOLIDARIA-MENTE. Este proceso inicia con la creación del contenido y materiales digitales e impresos (Anexo 6,7,8 y 9) que se van a

utilizar para alcanzar los objetivos educativos y de comunicación. Adicionalmente, él envió de invitaciones, registro de participantes, aplicación de cuestionarios, actividades logísticas como reserva de espacios, subcontratación de colaboradores, etc.

**Tabla 10.** Descripción de Actividades de Implementación Programa SOLIDARIA-MENTE.

<b>IMPLEMENTACIÓN</b>				
<b>Actividad (¿Qué?)</b>	<b>Objetivo (¿Para qué?)</b>	<b>¿Quién?</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Dónde?</b>
<b>Actividades Logísticas</b>	Asegurar los recursos humanos, físicos y materiales para realizar las actividades	Organizadores	Semana 27-50	Oficina UARIV
Recepción y bienvenida de invitados	Recibir y acompañar a los invitados	Organizadores, El CGSS y profesionales a cargo	Semana 27-29 Duración: 15 min	Espacio reservado
Organización de grupos	-Contextualizar y organizar los grupos para realizar las actividades	Organizadores, El CGSS y profesionales a cargo	Semana 27-29 Duración: 15 min	Espacio reservado
Realización de actividades de funcional	Comunicar y enseñar a los líderes sobre la enfermedad mental de acuerdo con la Guía de Salud Mental y Comunicación de la (FEAFES)	Profesionales sanitarios	Semana 27-29 Duración: 90 min.	Espacio reservado
<b>Descanso</b>			Duración: 20 min	
Realización de actividades de componente crítico	-Trabajar en las actividades cognitivas y emocionales, valores y actitudes sobre la salud mental. -Reducir el estigma negativo y sensibilizar a los participantes.	Profesionales sanitarios	Semana 27-29 Duración: 90 min.	Espacio reservado
<b>Descanso</b>			Duración: 60 min	
Realización de actividades del	Desarrollo de habilidades de comunicación entre	Profesionales sanitarios	Semana 27-29 Duración: 90 min.	Espacio reservado

componente Interactivo	los líderes participantes.			
Actividades de construcción de la RED	Formar alianzas entre los líderes sociales, profesionales de salud, y entidades públicas.	Organizadores, CGSS, Profesionales sanitarios	Semana 27-29 Duración: 1 hora	Espacio reservado
<b>Descanso</b>			Duración 15 min.	
Evaluación de las actividades y cierre	Evaluar la calidad, satisfacción y percepciones de los participantes y organizadores sobre las diferentes actividades.	Organizadores, CGSS, Profesionales sanitarios	Semana 27-29 Duración: 30 min	Espacio reservado
Seguimiento de la RED	Afianzar la alianza entre los líderes sociales, profesionales sanitarios, colaboradores y estado.	Organizadores, CGSS, Profesionales sanitarios	Semana 28- Semana 50	Oficinas UARIV

**Nota.** Elaboración Propia

## 7.7 FASE 6: Evaluar lo que Hacemos

En este punto se realiza la evaluación de los resultados de acuerdo con los indicadores propuestos, y teniendo en cuenta lo obtenido a través de los diferentes instrumentos de los diferentes instrumentos de evaluación.

**Tabla 11.** Descripción de Actividades de Evaluación Programa SOLIDARIA-MENTE.

EVALUACIÓN				
Actividad (¿Qué?)	Objetivo (¿Para qué?)	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Dónde?
Actividades logísticas	Asegurar los recursos humanos, físicos y materiales para realizar las	Organizadores y CGSS	Semana 27 - semana 50	Oficinas UARIV

	actividades de evaluación			
Evaluación de la planeación y organización de las actividades	Evaluar el alcance y efectividad del programa y las actividades	Organizadores y CGSS	Semana 27- Semana 29	Oficinas UARIV
Evaluación del impacto en la comunidad	Indagar en la comunidad el impacto de las actividades realizadas y el alcance de la RED	Organizadores y CGSS	Semana 27- Semana 50	En cada municipio
Informe Final	Comunicar a todos los actores involucrados y comunidad los resultados obtenidos	Organizadores y CGSS	Semana 51	Oficinas UARIV
Comunicación de resultados y agradecimientos	Comunicar el alcance del programa y resultados obtenidos. Agradecimiento a los colaboradores de la RED	Organizadores y CGSS	Semana 52	Oficinas UARIV

**Nota.** Elaboración Propia

El proceso de Evaluación del programa se divide en dos dimensiones: La Evaluación de la acción Comunitaria y la Evaluación del impacto de las actividades de alfabetización en salud mental destinada a los líderes y lideresas sociales participantes.

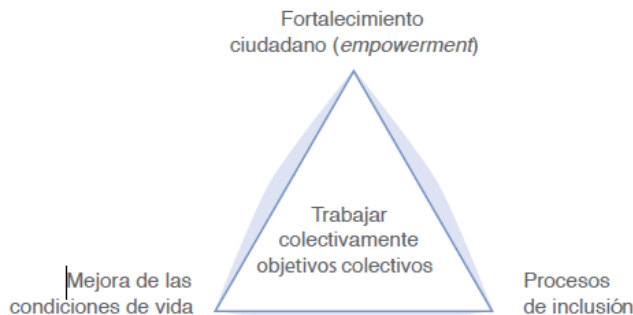
### 7.7.1 Evaluación de la acción comunitaria

El objetivo de esta fase es valorar en qué medida se han cumplido los objetivos propuestos y actuaciones realizadas, así como introducir las acciones de mejora que se hallan identificado. Para esto se toma como base LA GUIA OPERATIVA DE EVALUACIÓN DE LA ACCION COMUNITARIA DE Institut de govern i Politiques Publiques (IGOP) y la Universidad Autonoma de Barcelona (UAB) (47) . Esta guía ofrece una estructura de

evaluación y varios instrumentos de medición que se basa en evaluar los programas y/o actividades en tres componentes principales:

Evaluar la calidad de las acciones comunitarias, Evaluar los impactos en la población y los espacios de trabajo profesional. Estos se basan en el triángulo de acción comunitaria de Barcelona como se evidencia en la siguiente gráfica:

**Gráfico 100.** Triángulo de la acción comunitaria en Barcelona (47)



Fuente: Morales Morales, Ernesto y Rebollo Izquierdo, Óscar (2014).

Teniendo en cuenta que esta guía ofrece variados instrumentos para evaluar las actividades, la calidad de los programas o proyectos, los impactos en la población y los espacios profesionales de trabajo, se diseñó el modelo de evaluación de la propuesta que se ha consolidado en la siguiente tabla:

**Tabla 12.** Instrumentos de Evaluación del programa comunitario SOLIDARIA-MENTE.

OBJETIVO	INSTRUMENTO	ACTIVIDADES	CONTESTA
Calidad de las acciones	Cuestionario de evaluación de una actividad	Cuestionario preguntas abiertas y con escala Likert	Individualmente, todas las personas que han participado en la organización de la actividad.
	Cuestionario de evaluación de la planificación y la organización	Cuestionario preguntas abiertas y cerradas con escala Likert	Personas implicadas en la planificación del programa o proyecto
Impacto en la población	Cuestionario de impactos en el individuo	Cuestionario preguntas abiertas y cerradas escala likert	Participantes de la acción comunitaria
	Cuestionario de evaluación de la participación comunitaria	Tiene una primera y una tercera parte no puntuable, con el objetivo de identificar actores o hacer un debate más cualitativo, y una segunda	Organizadores y promotores del programa o proyecto

		parte puntuable, en la que se indica cómo calcular la puntuación de cada respuesta.	
	<b>Cuestionario de evaluación de una mesa técnica CGSS</b>	Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas a los niveles interno, institucionales, Nivel comunitario	El análisis planteado se centra en tres dimensiones, un nivel interno como equipo (referente a los miembros que lo forman), un nivel institucional (referente a este equipo dentro de su organización o institución) y un nivel comunitario (referente al equipo en relación al resto de actores, es decir, en relación a los actores que no pertenecen a su organización o institución).
	<b>Cuestionario de evaluación de un equipo comunitario</b>	Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas a los niveles interno, institucionales, Nivel comunitario	

**Nota.** Elaboración Propia

### Diseño de indicadores sobre la Evaluación de la acción comunitaria:

Indicadores de participación, de cambio en el estigma relacionado con las enfermedades mentales, el conocimiento y habilidades adquiridas por los líderes sociales participantes, la evaluación del programa de salud, seguimiento al número de personas que han recibido intervención a través de la red SOLIDARIA-MENTE. También es importante evaluar aspectos de equidad y perspectiva de género.

**Tabla 13.** Indicadores de Evaluación del programa SOLIDARIA-MENTE

OBJETIVO	INSTRUMENTO	INDICADOR	FORMULA	META
<b>Calidad de las acciones</b>	<b>Cuestionario de evaluación de las actividades (Anexo 10)</b>	Calidad de las actividades	$\frac{\text{Total Evaluaciones con puntaje} > 45}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	Más del 85% de los encuestados con puntaje > a 45. Puntaje máximo 54
	<b>Cuestionario de evaluación de la planificación y la organización (Anexo 11)</b>	Planificación y organización	$\frac{\text{Total Evaluaciones con puntaje} > 38}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	Más del 85% de los encuestados con puntaje > a 38 ( *Puntaje máximo 50
<b>Impacto en la población</b>	<b>Cuestionario de</b>	Impacto individual	$\frac{\text{Total Evaluaciones con puntaje} > 47}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	Más del 85% de los encuestados

	<b>impactos en el individuo (Anexo 12)</b>			con puntaje > a 47 (notable) *Puntaje máximo 65
	<b>Cuestionario de evaluación de la participación comunitaria (Anexo 13)</b>	Participación comunitaria	$\frac{\text{Total Evaluaciones con puntaje } > 38}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	Más del 85% de los encuestados con puntaje > a 38 ( *Puntaje máximo 50
<b>Espacios profesionales de trabajo</b>	<b>Cuestionario de evaluación de una mesa técnica CGSS (Anexo 14)</b>	Mesa técnica CGSS	$\frac{\text{Total Evaluaciones con puntaje } > 34}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	Más del 85% de los encuestados con puntaje > a 34 (notable) *Puntaje máximo 45
	<b>Cuestionario de evaluación de un equipo comunitario (Anexo 15)</b>	Equipo Comunitario	$\frac{\text{Total Evaluaciones con puntaje } > 34}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	Más del 85% de los encuestados con puntaje > a 34 (notable) *Puntaje máximo 45

**Nota.** Elaboración Propia

### 7.7.2 Evaluación de las actividades de alfabetización en salud mental

Para evaluar los resultados de las actividades implementadas en el programa de alfabetización a los líderes y líderes sociales se consideraron dos factores: El nivel de estigma y actitudes hacia las personas con enfermedad mental, y la disposición de la persona para buscar ayuda profesional en psicología.

#### *Evaluación de actitudes hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad*

A nivel internacional la escala más usada para valorar el estigma social hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad es la Community Attitudes towards Mental Health. Esta escala se trata de una versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness. Este instrumento cuenta con propiedades psicométricas que mostraron alta consistencia en 4 factores: autoritarismo, restricción social, benevolencia e ideología de la salud mental en la comunidad El instrumento cuenta con 40 ítems y se puntúa



usando escala likert de 5 puntos, desde “completamente de acuerdo” hasta “completamente en desacuerdo”, es decir que el puntaje mayor es de 200 y el menor es de 40 puntos. Cada factor contiene 10 afirmaciones. Cinco de los 10 ítems se expresan positivamente, mientras que los otros 5 se escriben negativamente. La puntuación de cada subescala es la suma de los ítems positivos menos los negativos (48).

En cuanto a los factores, cada uno mide opiniones sobre la forma de tratar y cuidar a las personas con enfermedad mental grave. La subescala de *autoritarismo* evalúa a los enfermos mentales como una clase de individuos inferiores a las personas sanas. La subescala de *benevolencia* evalúa actitudes de aceptación hacia los pacientes con problemas mentales, pero las declaraciones pueden resultar en una actitud paternalista. La subescala de *restricción social* evalúa el peligro para la sociedad de los enfermos mentales y sugiere que las personas con enfermedades mentales deben ser limitadas, tanto antes como después de la hospitalización. Por último, la subescala de *ideología de la salud mental en la comunidad* evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general (48). El instrumento completo se encuentra en el Anexo 16.

### ***Evaluación de Disposición a buscar ayuda profesional en salud mental***

Según Larrahondo et al. (49) El auto-estigma para buscar ayuda es la autopercepción que afecta la autoestima y la autoeficacia en el momento de solicitar atención en salud mental y que influye en la decisión de la persona para que no se busque o se retrase el tratamiento, teniendo efectos negativos en el pronóstico de los pacientes. Por ejemplo, en Colombia, solo el 38% de los afectados por enfermedades mentales buscan atención especializada y las personas que no lo hacen, no buscan ayuda principalmente por barreras actitudinales, incluido el autoestigma.

La traducción al español de la escala Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help - Short Form (ATSPPH-SF) está conformada de 10 ítems y 5 opciones de respuesta tipo Likert: 1, no estoy de acuerdo; 2, En desacuerdo; 3, Ni de acuerdo ni en

desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 Muy de acuerdo. El puntaje más alto es de 50 puntos y la mínima de 10 puntos. Las puntuaciones más altas reflejan actitudes más positivas hacia la búsqueda de ayuda profesional (49).

OBJETIVO	INSTRUMENTO	ACTIVIDADES	CONTESTA
<b>Medir estigma hacia las personas con Enfermedad Mental</b>	Escala Actitudes hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad (Anexo 16)	Cuestionario de 40 preguntas tipo escala Likert	Lideres sociales participantes.
<b>Disposición a buscar ayuda profesional en caso de tener un problema de salud mental</b>	Escala de Auto estigma por Búsqueda de Ayuda (ABA) (Anexo 17).	Cuestionario de 10 preguntas tipo escala Likert	

**Nota.** Elaboración Propia

### Diseño de indicadores de Evaluación del programa de Alfabetización:

OBJETIVO	INSTRUMENTO	INDICADOR	FORMULA	META
Estigma hacia las personas con Enfermedad Mental	Escala Estigma Social hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad	Cambio en Nivel de Estigma social	$\frac{\text{Puntaje promedio POST evaluación} - \text{Puntaje promedio PRE evaluación}}{-1} \times 100$	Disminución en un 50% en el nivel de estigma pre y post evaluación
		Nivel de estigma Social	$\frac{\text{Total personas con puntaje } < 80}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	85% de las personas en POST evaluación con nivel de estigma menor de 80
Disposición a buscar ayuda profesional en caso de tener un problema de salud mental	Escala de Auto estigma por Búsqueda de Ayuda (ABA)	Cambio en Nivel de Auto-Estigma	$\frac{\text{Puntaje promedio POST evaluación} - \text{Puntaje promedio PRE evaluación}}{-1} \times 100$	Aumento en un 80% en el nivel de auto-estigma pre y post evaluación
		Nivel de Auto-estigma	$\frac{\text{Total personas con puntaje } > 40}{\text{Total de Evaluaciones}} \times 100$	85% de las personas en POST evaluación con nivel de Auto-estigma mayor a 40 puntos

**Nota.** Elaboración Propia



FASE:	EVALUACIÓN																									
ACTIVIDADES	SEMANA																									
	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1.Actividades Logísticas	[Orange blocks from week 27 to 50]																									
2. Evaluación de planeación y organización de actividades	[Orange blocks for weeks 27, 28, 29]																									
3.Evaluación de impacto en comunidades	[Orange blocks from week 30 to 48]																							[Orange blocks for weeks 49, 50, 51]		
4.Informe Final																								[Orange blocks for weeks 49, 50, 51]		
5.Comunicacion informe final y agradecimientos																								[Orange blocks for weeks 51, 52]		

## 9. ANÁLISIS FODA

El análisis FODA es una herramienta que permite elaborar una matriz que reúne los factores internos y externos de la propuesta. Los factores internos (fortalezas y debilidades) son los que son modificables por los organizadores o responsables de la propuesta, mientras que los factores externos (Oportunidades y amenazas) no dependen de la organización o institución. A continuación, se exponen los factores evidenciados para este proyecto.

### **Fortalezas:**

1. Alianza entre diferentes instituciones: La propuesta fomenta un trabajo colaborativo entre instituciones públicas y privadas.
2. Articula diferentes sectores: Busca la participación de entidades de salud, educativas y de gestión pública.
3. Centrado en la participación: La estrategia tiene como base el empoderamiento y la perspectiva de todos los actores involucrados.
4. Impacto a corto y mediano plazo: La estrategia cuenta con actividades que persiguen resultados a corto plazo y a mediano plazo.
5. Propuesta innovadora en el territorio: Actualmente no se llevan a cabo programas que fomenten la construcción de una red entre la comunidad, líderes sociales y las instituciones.
6. Base para generar otros proyectos más adelante: Con la construcción de la RED se abre el camino para desarrollar otras actividades para la promoción y prevención de la salud en diferentes campos.
7. Costo de mantenimiento es bajo: Los costos mas robustos se dan al inicio del programa, pero el mantenimiento de la red es bajo.
8. Acerca la población a las instituciones: Permite que la comunidad más afectada por el conflicto armado y en riesgo acceda a los servicios de forma más rápida y eficiente.
9. Mejora la cohesión social: Promueve el reconocimiento de los diferentes actores involucrados y el trabajo colaborativo.
10. Permite llevar a los territorios más apartados: Con la estrategia se puede acercar a las comunidades mas apartadas a los servicios de salud mental a un bajo costo.

11. Exhaustivo proceso de evaluación: Herramientas de evaluación e indicadores que miden durante varias etapas y abarca a todos los actores.
12. Flexibilidad para realizar cambios y ajustes de forma rápida: La propuesta permite que se adapten las actividades de acuerdo con las necesidades identificadas.
13. Aumento de la motivación y reconocimiento de los profesionales: En estudios y evaluaciones del programa PAPSIVI, los profesionales manifestaban tener baja percepción de efectividad, desarticulación entre las entidades y exceso de carga laboral. Esta propuesta puede aumentar la motivación de estos profesionales.

### **Oportunidades:**

1. Profesionales con disposición a participar: En el país aumentan los profesionales sanitarios capacitados y con voluntad para aportar a la propuesta.
2. Tecnología para desarrollar actividades en diferentes territorios: Nuevas tecnologías y medios de comunicación que apoyan las actividades de seguimiento y mantener la comunicación con las comunidades más apartadas.
3. Políticas públicas que respaldan la propuesta: En el país y en el departamento se han expedido políticas que fomentan el desarrollo de estrategias que impacten en el desarrollo social y promoción de la salud mental.
4. Valores propios de la cultura Antioqueña: En estas comunidades se evidencian valores de compromiso y apoyo mutuo por el desarrollo de la región.
5. Apoyo y financiamiento de otras entidades además de las públicas: Hay diferentes instituciones interesadas en apoyar proyectos sociales en favor de la paz y la atención a las víctimas.
6. Implementación de acuerdos de paz que brindan tranquilidad a la zona: La firma de los acuerdos de Paz y desmovilización de la guerrilla de las FARC permiten que se desarrollen actividades en los territorios.
7. Aumento del interés por los gobiernos y entidades internacionales en la salud mental de la población.
8. Mayor evidencia de la efectividad de los programas de intervención comunitaria.

**Debilidades:**

1. Costos administrativos y de logística: Los mayores costos están en el desarrollo de actividades administrativas y logísticas y no tanto en las de intervención.
2. Requiere un seguimiento permanente: Para que la estrategia sea efectiva y mantener la RED es necesario que se realice seguimiento constante por los profesionales y organizadores
3. Voluntad de todas las partes: Para que la estrategia funcione se necesita de la voluntad de participar de forma constante de diferentes instituciones y actores.
4. Depende del nivel de compromiso de los líderes sociales para promoción en las comunidades: Es vital que los líderes sociales involucren a la comunidad, fomenten los beneficios de la RED y sean un enlace permanente entre estos u las instituciones.
5. Abarca solo promoción en salud mental: En un inicio las actividades se enmarcan únicamente en la promoción de la salud mental para personas víctimas.
6. No hay incentivos: Para los actores no hay incentivos tangibles, y se basa en el compromiso intrínseco y seguimiento constante.
7. No mide directamente el cambio en el bienestar en salud mental en las comunidades.

**Amenazas:**

1. Mala Percepción sobre el PAPSIVI: La población desconoce o no tiene una percepción positiva del programa PAPSIVI y su efectividad, esto lo puede relacionar con las nuevas estrategias.
2. Voluntad política: Debido a que ya está establecido el programa PAPSIVI, es posible que actores de decisión no estén interesados en invertir en otros programas.
3. Otros programas de carácter privado: Puede que el financiamiento prefiera invertir en otras iniciativas de carácter privado.
4. Recortes de presupuesto en el futuro: Debido a que la RED requiere un seguimiento constante, es posible que el financiamiento se limite a un plazo más corto.
5. Amenazas de seguridad a líderes sociales: Actualmente los líderes sociales y comunitarios pueden enfrentar amenazas y riesgos a su seguridad, esto puede llevar a que decidan no participar en algunas actividades.

6. Inestabilidad política: Los cambios políticos y gubernamentales que se dan en el año 2022 pueden generar inestabilidad e incertidumbre para la realización de nuevos proyectos.
7. Alta rotación de profesionales: En los programas implementados como el PAPSIVI, se evidencia alta rotación de profesionales por falta de garantías y reconocimiento, lo que puede afectar los lazos entre algunos actores.
8. Distancia geográfica de algunos municipios: Los municipios más alejados del departamento están a aproximadamente 8 horas de la capital, por lo que algunas actividades que requieren presencialidad incrementan los costos de transporte y logística.



## 10. GESTIÓN DE RIESGOS

El proceso de gestión de riesgo del proyecto busca identificar, analizar y responder de forma proactiva a los diferentes inconvenientes que se pueden presentar desde la planificación de las actividades, y que pueden afectar el cronograma, el presupuesto y la efectividad de la estrategia. Es proactiva porque busca anticiparse a estas situaciones y generar planes de contingencia.

Para realizar la gestión de riesgos primero se realizó una lista de los potenciales riesgos en cada una de las etapas. A cada una se le asignó un valor de acuerdo con la probabilidad de que suceda, el impacto que genera en la estrategia y por último su priorización. La puntuación se estableció de acuerdo con los siguientes criterios:

*Tabla 14.* Criterios Gestión de riesgos. Elaboración propia

Probabilidad			Impacto			Priorización		
		Valor			Valor			Valor
<b>B</b>	Baja	1	<b>B</b>	Bajo	0-9	<b>B</b>	Baja	0-20
<b>M</b>	Media	2	<b>M</b>	Moderado	10 - 19	<b>M</b>	Moderada	21 - 40
<b>A</b>	Alta	3	<b>I</b>	Importante	20-29	<b>A</b>	Alta	41-60

De acuerdo con los riesgos identificados se generó un plan de contingencia, es decir las actividades a realizar cuando se presente la situación. Adicionalmente, se plasman las acciones a realizar para disminuir la probabilidad de que sucedan estos inconvenientes. Por último, se estableció el responsable para el manejo de cada situación

## PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS

N	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				ANÁLISIS DEL RIESGO				PRIORIZACION DEL RIESGO ABSOLUTO	PLAN DE MANEJO DE RIESGOS				
	PROCESO/ AREA	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	POSIBLE CONSECUENCIA	PROBABILIDAD		IMPACTO			PLAN DE CONTINGENCIA	CAUSAS	ACCIONES	RESPONSABLE	
P1	PLANEACION	ESTRATEGICO	Actores claves no deseen participar en las mesas de trabajo	La red no se pueda construir adecuadamente	BAJA	1	IMP.	20	BAJA	20	Buscar actores relevantes alternativos e invitarlos a participar	Los actores claves no conocen el objetivo del programa correctamente	Invitar a todos los actores identificados en primera etapa y buscar referidos. Buscar un incentivo que los invite a participar	Organizadores
P2	PLANEACION	ESTRATEGICO	Algunos actores pueden requerir mayor participación en relación con otras entidades o lideres	las actividades no se orienten en la participación de todos por igual	MEDIA	2	BAJO	7	BAJA	14	Definir moderadores dentro de las mesas de trabajo que se aseguren de la participación equitativa	Instituciones u organizaciones con mayor influencia en el territorio	Entrenar a personas claves que deseen ser moderadoras y asignarlas a las diferentes mesas de trabajo	Organizadores
P3	PLANEACION	ESTRATEGICO	Baja participación de los lideres sociales en las primeras mesas de trabajo	No se definan bien las necesidades y activos de salud a intervenir	MEDIA	2	IMP.	25	ALTA	50	Evaluar las razones de la baja participación y buscar solucionarlas. Contar con personas "suplentes"	Bajo compromiso, tiempos u horarios inadecuados, inseguridad, etc.	Mantener contacto con los lideres para fomentar la participación en las mesas y solicitar que tengan una persona suplente si no pueden asistir	Organizadores
P4	PLANEACION	COMUNICACIÓN	Problemas de comunicación entre las diferentes partes	discusiones, perdida de información	ALTA	3	MOD.	15	ALTA	45	Generar nueva mesa de trabajo para aclarar objetivos e identificar fuentes de las fallas		Realizar actas con propuestas y decisiones tomadas y comunicar oportunamente a todos los involucrados. Definir canales	Organizadores

N	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				ANÁLISIS DEL RIESGO				PRIORIZACION DEL RIESGO ABSOLUTO	PLAN DE MANEJO DE RIESGOS				
	PROCESO/ AREA	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	POSIBLE CONSECUENCIA	PROBABILIDAD		IMPACTO			PLAN DE CONTINGENCIA	CAUSAS	ACCIONES	RESPONSABLE	
												de comunicación accesibles a todos los actores. Definir una persona encargada de comunicaciones		
11	IMPLEMENTACION	ESTRATEGICO	Actividades generadas no estén articuladas con los objetivos propuestos	No se logre la efectividad de la estrategia	MEDIA	2	IMP.	29	ALTA	58	Realizar grupos de discusión o entrevistas a líderes sociales para evaluar la calidad del contenido y alcance. Realizar ajustes a los contenidos y actividades de acuerdo con las fallas identificadas	No se realizó un adecuado análisis de necesidades y activos en las primeras fases	Revisar constantemente el alcance de los objetivos	CGSS
12	IMPLEMENTACION	OPERATIVO	Sobrepasar el dinero presupuestado	No se puedan desarrollar algunas actividades	MEDIA	2	IMP.	20	MODERADO	40	Revisar costos de baja prioridad que puedan revisarse y disminuirse	No se realizó un análisis de costos adecuado	Generar presupuesto considerando porcentaje de contingencia	Organizadores
13	IMPLEMENTACION	OPERATIVO	Demoras o problemas logísticos	retraso en las actividades	MEDIA	2	MOD.	15	MODERADO	30	Revisar los términos de los contratos con los proveedores.	Falta de supervisión de las acciones a realizar	Realizar seguimiento constante a las actividades y generar cronograma considerando los retrasos	Organizadores

N	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				ANÁLISIS DEL RIESGO				PRIORIZACION DEL RIESGO ABSOLUTO	PLAN DE MANEJO DE RIESGOS				
	PROCESO/ AREA	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	POSIBLE CONSECUENCIA	PROBABILIDAD		IMPACTO			PLAN DE CONTINGENCIA	CAUSAS	ACCIONES	RESPONSABLE	
14	IMPLEMENTACION	LEGAL	Incumplimiento de contratos de los proveedores	retraso en las actividades	BAJA	1	MOD.	15	BAJA	15	Revisar los términos de los contratos con los proveedores. Considerar otros proveedores	Definición ambigua de las exigencias y necesidades del programa a los proveedores	Establecer políticas de incumplimiento y cláusulas de los contratos considerando fallas y establecer proveedores alternativos.	Organizadores
15	IMPLEMENTACION	OPERATIVO	Invitados que se registran, pero no asisten	Menor impacto de las actividades	BAJA	1	IMP.	20	BAJA	20	Contactar a los participantes invitando a participar presencialmente o a distancia. Invitar otros potenciales participantes	Seguimiento incompleto del registro y confirmación de los participantes	Contactar días antes de la fecha de inicio de las actividades para recordar y confirmar asistentes.	Organizadores
16	IMPLEMENTACION	ESTRATEGICO	Baja participación de líderes en las actividades	Menor impacto de las actividades	BAJA	1	IMP.	25	MODERADO	25	Generar actividades de refuerzo y estimulación a participar	Las actividades no fomentan la participación eficazmente	Generar lista de actividades y estrategias para fomentar la participación de forma anticipada	Organizadores y CGSS
17	IMPLEMENTACION	ESTRATEGICO	Perdida de seguimiento a líderes sociales cuando regresen a sus territorios	Incumplimiento del objetivo principal	MEDIA	2	IMP.	29	ALTA	58	Contactar a persona suplente designada	No se realiza seguimiento constante o se pierden los canales de comunicación	Generar registro de diferentes formas de contacto de los líderes sociales participantes y designar persona suplente	Organizadores y CGSS
18	IMPLEMENTACION	ESTRATEGICO	Comunidad no se interesa en comunicarse con los profesionales	Incumplimiento del objetivo principal	MEDIA	2	IMP.	29	ALTA	58	Generar búsqueda activa de personas que requieren el servicio y	Percepción negativa de la efectividad de la RED	Generar proceso de comunicación claro y efectivo de los beneficios de la RED en las comunidades	Organizadores y CGSS

N	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				ANÁLISIS DEL RIESGO				PRIORIZACION DEL RIESGO ABSOLUTO	PLAN DE MANEJO DE RIESGOS				
	PROCESO/ AREA	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	POSIBLE CONSECUENCIA	PROBABILIDAD		IMPACTO			PLAN DE CONTINGENCIA	CAUSAS	ACCIONES	RESPONSABLE	
											fomentar la participación			
G 1	GESTION ADMINISTRATIVA	TECNOLOGICO	Perdida de información por la manipulación de información por parte de diferentes personas	Pérdida de Tiempo e información	BAJO	1	BAJO	5	BAJA	5	Revisión de información actualizada y faltante.	Falta de respaldo de la información y desorganización	Generar estrategia de manejo y almacenamiento seguro de la información	Organizadores
G 2	GESTION ADMINISTRATIVA	CONTROL	Riesgos laborales: Vulnerabilidad de los participantes respecto a riesgos laborales	Demandas y multas económica	BAJA	1	IMP.	20	BAJA	20	Reportar los accidentes al área de gestión humana	Falta de coordinación con especialista en seguridad en el trabajo para generar acciones adecuadas	Validar con el área de seguridad en el trabajo posibles riesgos de los participantes	Organizadores

**Nota.** Elaboración Propia

## 11. PRESUPUESTO

Los diferentes costos estimados para la realización del programa se evidencian en la siguiente tabla. Los costos se establecen en pesos colombianos (COP) y en euros (€). Se estima un total de 386 líderes/líderesas, y 50 personas participantes en las mesas de trabajo y construcción del Comité de Gobernanza Social en Salud.

RUBRO/ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO POR UNIDAD		CANTIDAD	TIEMPO	COSTO FINAL	
		COP	€			COP	€
<b>RECURSOS HUMANOS</b>							
	Líder Organizador	3.500.000	822,00	1	12 meses	42.000.000	9.864,02
	Profesional de apoyo	2.800.000	657,60	1	12 meses	33.600.000	7.891,21
	Profesionales salud mental	300.000	70,46	22	1 día	6.600.000	1.550,06
	Profesional Evaluador	2.800.000	657,60	1	6 meses	16.800.000	3.945,61
<b>Total RRHH</b>						<b>99.000.000</b>	<b>23.250,90</b>
<b>EQUIPO DE APOYO</b>							
Computadores	Única compra	1.700.000	399,26	3	Único	5.100.000	1.197,77
Celulares	Única compra	500.000	117,43	3	Único	1.500.000	352,29
Sim Card	mensual	40.000	9,39	3	12 meses	1.440.000	338,19
Internet Inalámbrico	mensual	40.000	9,39	3	12 meses	1.440.000	338,19
<b>Total Equipos</b>						<b>9.480.000</b>	<b>2.226,45</b>
<b>MATERIAL IMPRESO DE APOYO</b>							
Invitaciones	A mesas de trabajo	500	0,12	100	Único	50.000	11,74
	A líderes	500	0,12	1000	Único	500.000	117,43
Cuadernos personalizados	Todos los participantes	2.000	0,47	500	Único	1.000.000	234,86
Folletos	Población general	500	0,12	5000	Único	2.500.000	587,14
Carteles	Población general	2.000	0,47	300	Único	600.000	140,91

Instrumentos de evaluación	Participantes	1.000	0,23	450	Único	450.000	105,69
Cuestionarios de Cribado	Salud Mental	200	0,05	1000	Único	200.000	46,97
<b>Total Material Impreso</b>						<b>5.300.000</b>	<b>1.244,75</b>
<b>MATERIAL DE OFICINA</b>							
Bolígrafos	Caja	5.000	1,17	1	Único	5.000	1,17
Cuadernos	Unidad	2.000	0,47	3	Único	6.000	1,41
Lápices	Caja	3.000	0,70	1	Único	3.000	0,70
Marcadores	Caja	5.000	1,17	1	Único	5.000	1,17
Papel	Resma	40.000	9,39	2	Único	80.000	18,79
<b>Total Material Oficina</b>						<b>99.000</b>	<b>23,25</b>
<b>EVENTOS</b>							
Salón de eventos	Mesas de trabajo	2.000.000	469,72	3	3 días	6.000.000	1.409,15
Salón de reuniones	En municipios receptores	200.000	46,97	9	9 días	1.800.000	422,74
Alimentos y bebidas	Mesas de trabajo	5.000	1,17	50	3 días	750.000	176,14
	En municipios receptores	20.000	4,70	386	1 día	7.720.000	1.813,10
<b>Total Eventos</b>						<b>16.270.000</b>	<b>3.821,13</b>
<b>TRANSPORTES</b>							
Viáticos a organizadores	traslado a municipio receptor	50.000	11,74	1	9 días	450.000	105,69
Viáticos a Profesionales		50.000	11,74	22	1 día	1.100.000	258,34
Viáticos a organizadores	Para evaluación	50.000	11,74	1	9 días	450.000	105,69
<b>Total Transportes</b>						<b>2.000.000</b>	<b>469,72</b>
<b>Subtotal</b>						<b>132.149.000</b>	<b>31.036,19</b>
<b>IMPREVISTOS</b>							

Otros gastos	3% del subtotal	3.964.470	931,09
<b><u>TOTAL</u></b>		136.113.470	31.967,28
<b><u>COSTO POR PERSONA (386 lideres)</u></b>		352.626	82,82



## 12. REFERENCIAS

1. Maps G, cartographer Mapa de la región de Antioquia, Colombias.f.
2. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Registro único de Víctimas (RUV)2022 [citado 6 de noviembre de 2022]. [Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>].
3. Medicos sin Fronteras. A la sombra del proceso Impacto de las otras violencias en la salud de la población colombiana. 2017.
4. Moreno-Murcia LM, Gómez MA, Marín TB. Salud mental y conflicto armado en Colombia. *Inclusión y Desarrollo*. 2021;8(2):26-41.
5. Obando Cabezas L, Salcedo Serna MA, Correa LF. La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*. 2017;20(38):382-97.
6. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. . Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud Ottawa , Canadá. 17–21 de noviembre de 1986; Ginebra 1986.
7. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(1):81-90.
8. Armayones M, Pousada M, Gómez-Zúñiga B, Serrano M. Factores Psicológicos en la Alfabetización en Salud. 2012. In: *Alfabetización en salud De la información a la acción* [Internet]. Valencia: Editorial ITACA/TSB; [317-28]. Recuperado de: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>.
9. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231-43.
10. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Effectiveness of information and communication technologies interventions to increase mental health literacy: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(6):1024-37.

11. Sebastian J, Richards D. Changing stigmatizing attitudes to mental health via education and contact with embodied conversational agents. *Computers in Human Behavior*. 2017;73:479-88.
12. Gómez-Restrepo C, Cárdenas P, Marroquín-Rivera A, Cepeda M, Suárez-Obando F, Uribe-Restrepo JM, et al. Barreras de acceso, autoreconocimiento y reconocimiento en depresión y trastornos del consumo del alcohol: un estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021;50:55-66.
13. Gómez-Restrepo C, Rodríguez MN, Eslava-Schmalbach J, Ruiz R, Gil JF. Autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales por la población adulta en la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021;50(2):92-100.
14. Saxena S, Funk M, Chisholm D. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. *Lancet*. 2013;381(9882):1970-1.
15. Piñeros-Ortiz S, Moreno-Chaparro J, Garzón-Orjuela N, Urrego-Mendoza Z, Samacá-Samacá D, Eslava-Schmalbach J. Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisiones de la literatura. *Biomédica*. 2021;41(3):424-48.
16. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2):109-20.
17. Madrid JCC. Metodologías participativas en salud mental: Alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y Crítica de la Psicología*. 2015(5):79-97.
18. Popay J. Community engagement for health improvement: questions of definition, outcomes and evaluation. A background paper prepared for NICE London: NICE. 2006.
19. Hoon Chuah FL, Srivastava A, Singh SR, Haldane V, Huat Koh GC, Seng CK, et al. Community participation in general health initiatives in high and upper-middle income countries: A systematic review exploring the nature of participation, use of theories, contextual drivers and power relations in community participation. *Soc Sci Med*. 2018;213:106-22.

20. Arthur YA, Boardman GH, McCann TV. Qualitative process evaluation of a problem-solving and Story-bridge based mental health literacy program with community leaders in Ghana. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(3):683-93.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018. Bogotá, Colombia 2018.
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Bogotá, Colombia 2013.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Participación Social en Salud PPSS. Resolución 2063 De 2017. Bogotá, Colombia 2019.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto Salud Para La Paz: Fortaleciendo Comunidades. Colombia 2018.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). In: Social OdP, editor. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2017.
26. Ramos-Vidal I, Caballero-Domínguez CC, Suárez-Colorado Y, Villamil IC, Uribe Urzola A. La evaluación estructural de programas de intervención psicosocial: la experiencia del Programa PAPSIVI en Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana; 2020.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe De Avance Metas Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021. Informe Técnico Periodo 2012-2019. Colombia octubre de 2020.
28. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible <https://www.un.org/>: Naciones Unidas; 2022 (citado 2 de junio de 2022) [Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>].
29. Gobernación de Antioquia. Datos de Antioquia. (citado 5 de mayo de 2022) [Recuperado de: <https://www.antioquia.gov.co/antioquia/datos-de-antioquia>].
30. Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la convivencia y la No Repetición. Antioquia y Eje Cafetero 2022 (citado el 6 de mayo de 2022) [Recuperado de: <https://comisiondelaverdad.co/en-los-territorios/despliegue-territorial/antioquia-y-eje-cafetero>].
31. Dignatarios Juntas de Acción Comunal [Internet]. Recuperado el 6 de junio de 2022. Recuperado de: <http://medata.gov.co/dataset/dignatarios-juntas-de-acci%C3%B3n-comunal>.

32. Pérez M, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. 2006.
33. Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo. Segunda Edición Actualizada ed2008.
34. Vigil AO. Primeros auxilios psicológicos. Integración académica en psicología. 2017.
35. Observatorio de Asturias. Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consejo de Sanidad del Principado de Asturias ed. Oviedo, Asturias2016.
36. Porque queremos estar bien. ¿Quiénes somos? [Internet] (citado el 6 de mayo de 2022). [Recuperado de: <https://porquequieroestarbien.com/sobre-nosotros>].
37. Fundación Sergio Urrego. ¿Quiénes somos?. [Internet] (citado el 6 de mayo de 2022). [Recuperado de: <https://www.sergiourrego.org/quienes-somos/>].
38. Teleantioquia Digital. Salud para el Alma: el programa que te acompaña, te escucha y te orienta [Internet] . (citado el 6 de mayo de 2022). [Recuperado de: <https://www.teleantioquia.co/enterate/salud-para-el-alma-el-programa-que-te-acompana-te-escucha-y-te-orienta/>].
39. Alcaldía de Medellín. Escuchaderos, un espacio para soltar las emociones. [Internet] . (citado el 6 de mayo de 2022). [Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/10486-Escuchaderos,-un-espacio-para-soltar-las-emociones>].
40. Proantioquia. Aspectos Generales de Antioquia. [Internet]. (citado el 6 de mayo de 2022). [Recuperado de: <https://www.proantioquia.org.co/node/23835>].
41. Gobernación de Antioquia. Departamento de Planeación. Proyecciones de población según área geográfica en los municipios de Antioquia. Años 2019-2020. [Internet] [Recuperado de: <https://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/poblacion-321>].
42. Wikipedia.org. Mapa de Subregiones de Antioquia. [Internet]. (citado el 6 de junio de 2022). [Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Subregiones\\_de\\_Antioquia](https://es.wikipedia.org/wiki/Subregiones_de_Antioquia)].
43. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Morbilidad por Salud Mental. [Internet]. (citado el 7 de mayo de 2022) [Recuperado de: <https://www.dssa.gov.co/index.php/morbilidad/morbilidad-por-salud-mental>].

44. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Mortalidad por Salud Mental 2022. [Internet] [Recuperado de: <https://www.dssa.gov.co/index.php/mortalidad/mortalidad-por-salud-mental>].
45. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica 17. 24 al 30 de abril de 2022. Ministerio de Salud y Protección Social; 2022.
46. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Priorización de los problemas en salud 2022. [Internet] [Recuperado de: <https://www.dssa.gov.co/index.php/priorizacion-de-los-problemas-en-salud>].
47. Institut de govern i Politiques Publiques, Universidad Autonoma de Barcelona. Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria. Marzo de 2016.
48. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badía R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;9(3):150-7.
49. Larrahondo, B. F., García Valencia, J., Rangel Martínez-Villalba, A. M., Zapata Ospina, J. P., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2021). Validation of the Self Stigma of Seeking Help (SSOSH) scale in a population of Colombian medical students. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 82-91.

### 13. ANEXOS

#### Anexo 1. Lista de personas registradas en Juntas de Acción Comunal en Antioquia

CATEGORIA	CARGO	Femenino	Masculino	Total
Grupos Vulnerables	Adulto Mayor	29	4	33
Grupos Vulnerables	Asuntos Femeninos	17	1	18
Salud y Bienestar Social	Bienestar Social	25	3	28
Salud y Bienestar Social	Calidad De Vida Y Sentido Social	6		6
Capacitación y Educación	Capacitación	2		2
Comunicación	Comunicación	2	6	8
Comunicación	Comunicación Y Derechos Humanos	1		1
Comunicación	Comunicaciones	13	11	24
Comunicación	Comunicaciones Y Medios		1	1
Participación comunitaria y ciudadana	Convivencia	13	8	21
Participación comunitaria y ciudadana	Convivencia Y Participación	3		3
Grupos Vulnerables	Discapacidad	2		2
Capacitación y Educación	Educación	244	132	376
Capacitación y Educación	Educación Y Capacitación		4	4
Capacitación y Educación	Educación Y Comunicación	2	2	4
Capacitación y Educación	Educación Y Participación	2		2
Equidad e Inclusión	Equidad E Inclusión	1		1
Salud y Bienestar Social	Espacio Vital	3	1	4
Grupos Vulnerables	Etnias	2		2
Grupos Vulnerables	Femenino		1	1
Participación comunitaria y ciudadana	Fortalecimiento A La Democracia		2	2
Participación comunitaria y ciudadana	Incluyente Y Participativo		2	2
Grupos Vulnerables	Infancia		2	2
Grupos Vulnerables	Juvenil	3	3	6
Grupos Vulnerables	Juventudes	17	23	40
Grupos Vulnerables	Madres Comunitarias	2		2
Grupos Vulnerables	Mujer	6		6
Grupos Vulnerables	Mujeres	1		1
Grupos Vulnerables	Niñez	2	6	8
Grupos Vulnerables	Niñez Juventud Y Mujer	1		1
Grupos Vulnerables	Niñez Y Juventud	2		2
Participación comunitaria y ciudadana	Participación		2	2

<b>Participación comunitaria y ciudadana</b>	Participación Ciudadana	5	4	9
<b>Participación comunitaria y ciudadana</b>	Participación Comunitaria	2		2
<b>Participación comunitaria y ciudadana</b>	Participación e Inclusión Social	1		1
<b>Presidentes y Vicepresidentes</b>	Presidente	331	567	898
<b>Equidad E Inclusión</b>	Protección Social	3		3
<b>Equidad E Inclusión</b>	Protección Social Y Discapacidad	1		1
<b>Salud y Bienestar Social</b>	Salud	455	84	539
<b>Salud y Bienestar Social</b>	Salud Y Bienestar	6		6
<b>Salud y Bienestar Social</b>	Salud Y Bienestar Social	5		5
<b>Salud y Bienestar Social</b>	Salud Y Protección Social	14	2	16
<b>Salud y Bienestar Social</b>	Salud Y Solidaridad	1	1	2
<b>Salud y Bienestar Social</b>	Salud, Inclusión Y Desarrollo Social	2		2
<b>Equidad e Inclusión</b>	Social	10	3	13
<b>Equidad e Inclusión</b>	Social Y Espiritual		1	1
<b>Equidad e Inclusión</b>	Solidaridad	6	2	8
<b>Grupos Vulnerables</b>	Tercera Edad	31	2	33
<b>Presidentes y Vicepresidentes</b>	Vicepresidente	309	442	751

**Anexo 2**  
**Población total y participantes por municipio de Antioquia (Colombia) según proyecciones del DANE**

#	Municipio	Población	Subregión	MUNICIPIO RECEPTOR	PARTICIPANTES
1	Caucasia	123.304	Bajo Cauca	Caucasia	8
2	El Bagre	50.863	Bajo Cauca	Caucasia	4
3	Tarazá	47.625	Bajo Cauca	Caucasia	4
4	Cáceres	42.112	Bajo Cauca	Caucasia	4
5	Zaragoza	32.265	Bajo Cauca	Caucasia	3
6	Nechí	29.270	Bajo Cauca	Caucasia	3
7	Puerto Berrío	50.232	Magdalena Medio	Puerto Berrío	4
8	Puerto Triunfo	21.745	Magdalena Medio	Puerto Berrío	3
9	Yondó	20.136	Magdalena Medio	Puerto Berrío	3
10	Puerto Nare	19.382	Magdalena Medio	Puerto Berrío	2
11	Maceo	6.537	Magdalena Medio	Puerto Berrío	2
12	Caracolí	4.491	Magdalena Medio	Puerto Berrío	2
13	Segovia	42.222	Nordeste	Amalfi	4
14	Remedios	32.057	Nordeste	Amalfi	3
15	Yolombó	25.647	Nordeste	Amalfi	3
16	Amalfi	22.714	Nordeste	Amalfi	3
17	Anorí	17.962	Nordeste	Amalfi	2
18	San Roque	16.232	Nordeste	Amalfi	2
19	Santo Domingo	9.927	Nordeste	Amalfi	2
20	Cisneros	8.798	Nordeste	Amalfi	2
21	Vegachí	8.783	Nordeste	Amalfi	2
22	Yalí	8.672	Nordeste	Amalfi	2
23	Yarumal	49.109	Norte	Santa Rosa de Osos	4
24	Santa Rosa de Osos	37.435	Norte	Santa Rosa de Osos	3
25	San Pedro de los Milagros	28.438	Norte	Santa Rosa de Osos	3
26	Valdivia	24.538	Norte	Santa Rosa de Osos	3
27	Donmatías	24.201	Norte	Santa Rosa de Osos	3
28	Ituango	19.578	Norte	Santa Rosa de Osos	2
29	Gómez Plata	13.417	Norte	Santa Rosa de Osos	2
30	Angostura	10.932	Norte	Santa Rosa de Osos	2



31	Entrerriós	10.547	Norte	Santa Rosa de Osos	2
32	Campamento	8.839	Norte	Santa Rosa de Osos	2
33	Briceño	8.662	Norte	Santa Rosa de Osos	2
34	Belmira	6.991	Norte	Santa Rosa de Osos	2
35	Toledo	6.744	Norte	Santa Rosa de Osos	2
36	Guadalupe	6.324	Norte	Santa Rosa de Osos	2
37	San Andrés de Cuerquia	5.810	Norte	Santa Rosa de Osos	2
38	Carolina del Príncipe	3.474	Norte	Santa Rosa de Osos	2
39	San José de la Montaña	3.473	Norte	Santa Rosa de Osos	2
40	Santa Fe de Antioquia	25.239	Occidente	Frontino	3
41	Dabeiba	22.954	Occidente	Frontino	3
42	Frontino	20.156	Occidente	Frontino	3
43	Cañasgordas	16.725	Occidente	Frontino	2
44	Sopetrán	15.172	Occidente	Frontino	2
45	San Jerónimo	12.972	Occidente	Frontino	2
46	Ebéjico	12.478	Occidente	Frontino	2
47	Peque	11.462	Occidente	Frontino	2
48	Liborina	9.586	Occidente	Frontino	2
49	Caicedo	8.457	Occidente	Frontino	2
50	Uramita	8.203	Occidente	Frontino	2
51	Sabanalarga	8.191	Occidente	Frontino	2
52	Anzá	7.610	Occidente	Frontino	2
53	Buriticá	6.446	Occidente	Frontino	2
54	Heliconia	5.616	Occidente	Frontino	2
55	Giraldo	3.953	Occidente	Frontino	2
56	Armenia	3.854	Occidente	Frontino	2
57	Olaya	3.377	Occidente	Frontino	2
58	Abriaquí	1.918	Occidente	Frontino	2
59	Rionegro	128.153	Oriente	El Carmen de Viboral	8
60	Marinilla	56.608	Oriente	El Carmen de Viboral	4
61	La Ceja	55.246	Oriente	El Carmen de Viboral	4

62	Guarne	51.265	Oriente	El Carmen de Viboral	4
63	El Carmen de Viboral	49.076	Oriente	El Carmen de Viboral	4
64	Sonsón	33.981	Oriente	El Carmen de Viboral	3
65	El Santuario	27.316	Oriente	El Carmen de Viboral	3
66	El Retiro	19.898	Oriente	El Carmen de Viboral	2
67	La Unión	19.502	Oriente	El Carmen de Viboral	2
68	Abejorral	18.882	Oriente	El Carmen de Viboral	2
69	Nariño	18.100	Oriente	El Carmen de Viboral	2
70	San Vicente	16.274	Oriente	El Carmen de Viboral	2
71	San Carlos	16.152	Oriente	El Carmen de Viboral	2
72	El Peñol	15.690	Oriente	El Carmen de Viboral	2
73	Cocorná	14.909	Oriente	El Carmen de Viboral	2
74	San Rafael	12.769	Oriente	El Carmen de Viboral	2
75	San Luis	10.923	Oriente	El Carmen de Viboral	2
76	Granada	9.885	Oriente	El Carmen de Viboral	2
77	Argelia	8.165	Oriente	El Carmen de Viboral	2
78	Guatapé	5.046	Oriente	El Carmen de Viboral	2
79	San Francisco	4.918	Oriente	El Carmen de Viboral	2
80	Alejandro	3.307	Oriente	El Carmen de Viboral	2
81	Concepción	3.114	Oriente	El Carmen de Viboral	2
82	Andes	47.384	Suroeste	Concordia	4
83	Urrao	47.128	Suroeste	Concordia	4
84	Amagá	30.376	Suroeste	Concordia	3
85	Ciudad Bolívar	26.567	Suroeste	Concordia	3
86	Santa Bárbara	21.413	Suroeste	Concordia	3
87	Fredonia	20.997	Suroeste	Concordia	3

<b>88</b>	Concordia	20.271	Suroeste	Concordia	3
<b>89</b>	Betulia	17.773	Suroeste	Concordia	2
<b>90</b>	Salgar	17.324	Suroeste	Concordia	2
<b>91</b>	Titiribí	14.791	Suroeste	Concordia	2
<b>92</b>	Támesis	14.059	Suroeste	Concordia	2
<b>93</b>	Jardín	13.426	Suroeste	Concordia	2
<b>94</b>	Venecia	13.158	Suroeste	Concordia	2
<b>95</b>	Jericó	11.765	Suroeste	Concordia	2
<b>96</b>	Angelópolis	9.492	Suroeste	Concordia	2
<b>97</b>	Betania	8.864	Suroeste	Concordia	2
<b>98</b>	Tarso	8.152	Suroeste	Concordia	2
<b>99</b>	Pueblorrico	6.558	Suroeste	Concordia	2
<b>100</b>	La Pintada	6.343	Suroeste	Concordia	2
<b>101</b>	Valparaíso	6.084	Suroeste	Concordia	2
<b>102</b>	Montebello	5.707	Suroeste	Concordia	2
<b>103</b>	Caramanta	5.276	Suroeste	Concordia	2
<b>104</b>	Hispania	4.890	Suroeste	Concordia	2
<b>105</b>	Apartadó	200.931	Urabá	Apartadó	10
<b>106</b>	Turbo	176.813	Urabá	Apartadó	10
<b>107</b>	Chigorodó	81.392	Urabá	Apartadó	6
<b>108</b>	Necoclí	69.090	Urabá	Apartadó	5
<b>109</b>	Carepa	61.641	Urabá	Apartadó	5
<b>110</b>	Arboletes	44.560	Urabá	Apartadó	4
<b>111</b>	San Pedro de Urabá	32.328	Urabá	Apartadó	3
<b>112</b>	San Juan de Urabá	27.149	Urabá	Apartadó	3
<b>113</b>	Mutatá	22.505	Urabá	Apartadó	3
<b>114</b>	Vigía del Fuerte	5.623	Urabá	Apartadó	2
<b>115</b>	Murindó	4.992	Urabá	Apartadó	2
<b>116</b>	Medellín	2.549.537	Valle de Aburrá	Medellín	10
<b>117</b>	Bello	491.159	Valle de Aburrá	Medellín	10
<b>118</b>	Itagüí	279.894	Valle de Aburrá	Medellín	10
<b>119</b>	Envigado	243.568	Valle de Aburrá	Medellín	10
<b>120</b>	Caldas	84.183	Valle de Aburrá	Medellín	6
<b>121</b>	Copacabana	73.577	Valle de Aburrá	Medellín	5
<b>122</b>	La Estrella	66.279	Valle de Aburrá	Medellín	5
<b>123</b>	Girardota	59.313	Valle de Aburrá	Medellín	4
<b>124</b>	Sabaneta	54.579	Valle de Aburrá	Medellín	4
<b>125</b>	Barbosa	53.170	Valle de Aburrá	Medellín	4

Anexo 3

Infografía de Señales de Alerta Temprana. Ministerio de Educación de Colombia

**Señales de alerta temprana**

¿No estás seguro si estás teniendo problemas de salud mental?

Experimentar uno o más de los siguientes sentimientos o comportamientos, puede ser una señal de alerta temprana de un problema:


- Comer o dormir demasiado o muy poco.
- Tener poca energía.
- Sentir como si nada importara.
- Sentir desesperanza.
- Sentir confusión, molestia, preocupación o temor.
- Experimentar cambios de humor que causan problemas con los demás.
- Tener pensamientos que no se pueden sacar de la cabeza.
- Gritar o pelear con familiares y amigos.
- Tener dolores inexplicables.
- Pensar en lastimar a otros o a sí mismo.

Tus sentimientos son válidos, si estás luchando con tus sentimientos, no estás solo.

La educación es de todos Ministerio de Educación

Anexo 4

Cuestionario de Cribado sobre Salud Mental. Ministerio de Educación de Colombia



### Realiza este cuestionario y conoce cómo está tu salud mental

**¿Qué tan frecuente te ha pasado lo siguiente en las últimas dos semanas?**

<input type="checkbox"/> Tienes poco interés o satisfacción en hacer cosas.	<input type="checkbox"/> Estás con pánico o atemorizado.	<input type="checkbox"/> Tienes problemas para ubicarte, por ejemplo: encontrar el camino a casa.
<input type="checkbox"/> Te sientes bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado.	<input type="checkbox"/> Evitas situaciones que te ponen nervioso.	<input type="checkbox"/> Tienes pensamientos desagradables, necesidades urgentes o imágenes repetidas en tu cabeza.
<input type="checkbox"/> Estás más irritado, malhumorado o enfadado de lo normal.	<input type="checkbox"/> Sientes dolores o molestias inexplicados, por ejemplo: dolor de cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas.	<input type="checkbox"/> Te sientes impulsado a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez.
<input type="checkbox"/> Duermes menos de lo normal pero todavía con mucha energía.	<input type="checkbox"/> Sientes que tus enfermedades no son tomadas por los demás, lo suficientemente en serio.	<input type="checkbox"/> Te sientes indiferente o distanciado de sí mismo, de tu cuerpo, de lo que le rodea o de tus recuerdos.
<input type="checkbox"/> Empiezas más proyectos de lo normal o hacer cosas más arriesgadas de lo normal.	<input type="checkbox"/> Tienes problemas de sueño.	<input type="checkbox"/> No saber quién eres realmente o qué es lo que quieres de la vida.
<input type="checkbox"/> Te sientes nervioso, ansioso, preocupado o al límite.	<input type="checkbox"/> Tienes problemas con la memoria, por ejemplo: aprender nueva información.	<input type="checkbox"/> Te sientes distante a otras personas o no disfrutar de tus relaciones con ellas.

Si alguno de estos sentimientos o situaciones te ocurrió más de dos días en las últimas dos semanas, consulta un profesional de la salud mental para una evaluación profesional.

**¿Qué tan frecuente te ha pasado lo siguiente en las últimas dos semanas?**

<input type="checkbox"/> Tienes pensamientos de dañarse a sí mismo.	<input type="checkbox"/> Tomas al menos cuatro bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día.
<input type="checkbox"/> Oyes cosas que otras personas no podrían oír, como voces, incluso cuando no hay nadie alrededor	<input type="checkbox"/> Fumas cigarrillos, puros o en pipa, o usar tabaco en polvo, o masticar tabaco.
<input type="checkbox"/> Sientes que pueden oír tus pensamientos o que tú puedes escuchar los pensamientos de otros.	<input type="checkbox"/> Usas una de las siguientes medicinas A TU MANERA, es decir, sin la prescripción de un médico, en mayores cantidades o más tiempo de lo prescrito: analgésicos, estimulantes, sedantes o tranquilizantes, drogas psicoactivas inhalantes o disolventes como el pegamento, entre otros.

Si alguno de estos pensamientos o situaciones te ocurrió al menos uno o dos días en las últimas dos semanas, consulta un profesional de la salud mental para una evaluación profesional.

La educación es de todos Mineducación

Anexo 5

Ruta de Asistencia y Atención a Víctimas del Conflicto Armado

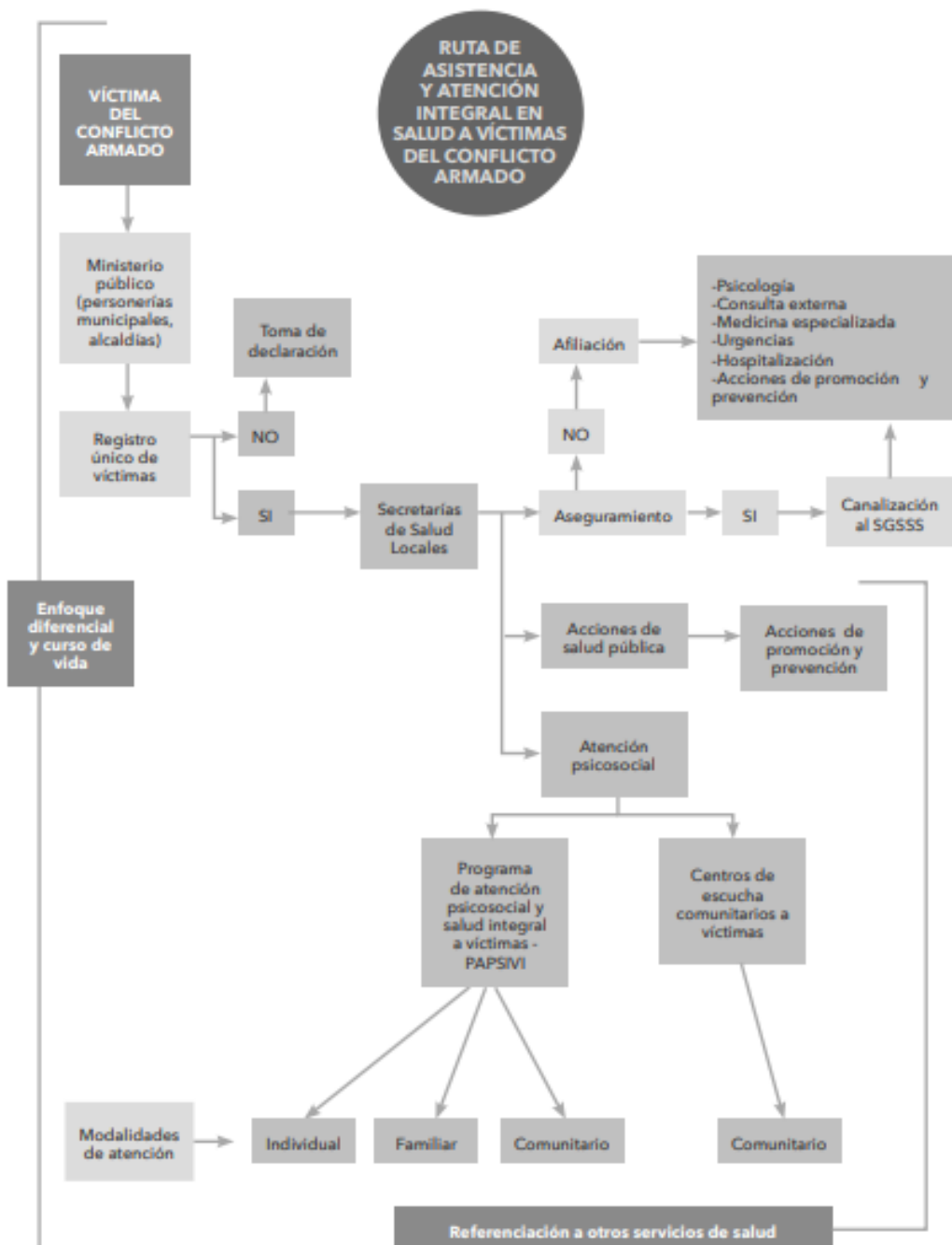


Diagrama obtenido de Rutas y protocolos para la atención a víctimas en Cundinamarca:  
<https://www.coljuristas.org/documentos/tmp/RUTA%20VICTIMAS%20INTERNAS%20MAR%2012.pdf>

## Anexo 6. Material Infográfico de apoyo FOLLETO RED

Únete a la RED de apoyo en salud mental de los Antioqueños y ayúdanos a ser parte del cambio





**Contactanos**

Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas

Carrera 85D No. 46A - 65, Complejo logístico San Cayetano  
Comutador: +57 (601) 7965150.

redsolidariamente@gmail.com



PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN






**Nuestro Objetivo**

Crear una red de alianzas entre la comunidad y las instituciones que trabajen de la mano para acercar a la comunidad a los servicios de atención en salud mental especializada



**Misión**

Fortalecer el apoyo social y bienestar psicológico de las personas afectadas por el conflicto armado en Antioquia, a través del empoderamiento de las comunidades y el trabajo interinstitucional colaborativo



**Visión**

Conformar para el año 2024 una Red de apoyo en Salud Mental solida que incluya a las instituciones públicas, sanitarias y a la comunidad, permitiendo una alta cobertura asistencial y una atención oportuna para las personas afectadas por el conflicto armado en el municipio de Antioquia.

## Anexo 7. Material Infográfico de apoyo CARTA INVITACION A LA RED



Fecha:

Para  
Nombres y apellidos  
Nombre Organización  
Cargo

P : 123-456-7890  
M: +123-456-7890

**Asunto:** Invitación a presentación del Programa SOLIDARIA-MENTE.

**Apreciado(a) señor (a)**

Tenemos el gusto de invitarle a participar de la presentación del nuevo programa "SOLIDARIA-MENTE: Tejiendo una Red de Apoyo en Salud Mental". Programa que tiene como objetivo crear una red de alianzas entre la comunidad y las instituciones que trabajen de la mano para acercar a la comunidad a los servicios de atención en salud mental especializada.

Dicho programa es organizado por la Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), y se enmarca en el Proyecto "Salud Para La Paz: Fortaleciendo Comunidades" desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Internacional para las Migraciones y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

La actividad se llevara a cabo el día \_\_\_\_\_ de 2022 desde las 9:00am a 11:00 am en las instalaciones del hotel \_\_\_\_\_ ubicado en la dirección\_\_\_\_\_.

Esperamos contar con su valiosa presencia, y agradecemos confirme su asistencia al teléfono 311 586xx xx o al correo electrónico. redsolidariamente@gmail.com.

Cordialmente,

**Marynel Durán Rocha**  
Líder Programa SOLIDARIA-MENTE



123-456-7890  
+123-456-7890



redsolidariamente@gmail.com.  
REDSolidariamente.com



Carrera 85D No. 46A - 65  
Medellín



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS





## Anexo 8. Material Infográfico de apoyo CARTA INVITACIÓN LIDERES SOCIALES



Fecha:

Para  
Nombres y apellidos  
Ciudad

P : 123-456-7890  
M: +123-456-7890

**Asunto:** Invitación a participar en el Programa SOLIDARIA-MENTE.

**Apreciado(a) señor (a)**

Tenemos el gusto de invitarle a participar de la Jornada de Alfabetización en Salud Mental realizada por la Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), que hace parte del programa "SOLIDARIA-MENTE: Tejiendo una Red de Apoyo en Salud Mental". Programa que tiene como objetivo crear una red de alianzas entre la comunidad y las instituciones que trabajen de la mano para acercar a la comunidad a los servicios de atención en salud mental especializada. .

La actividad se llevara a cabo el día \_\_\_\_\_ de 2022 desde las 9:00am a 5:00 pm en las instalaciones del \_\_\_\_\_ ubicado en la dirección\_\_\_\_\_. La actividad es gratuita e incluye materiales, alimentación y transporte, por lo que requerimos de su confirmación de asistencia a la jornada de forma anticipada.

Esperamos contar con su valiosa presencia, y agradecemos confirme su asistencia al teléfono 311 586xx xx - 861 xxxx o al correo electrónico: redsolidariamente@gmail.com.

Cordialmente,

**Marynel Durán Rocha**

Líder Programa SOLIDARIA-MENTE



123-456-7890  
+123-456-7890



redsolidariamente@gmail.com.  
REDSolidariamente.com



Carrera 85D No. 46A - 65  
Medellín



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS



**Anexo 9. Material Infográfico de apoyo  
CARTEL ATENCIÓN GENERAL**

# TU SALUD MENTAL IMPORTA

PONEMOS A TU DISPOSICIÓN

- Línea Amiga: Atención de emergencia (24 horas)
- Consulta Psicológica (Cita Previa)

**DIRIGIDO A:**  
Niños, Niñas, Adolescentes y adultos  
víctimas registradas en el RUV.

**COMUNICATE A LA LÍNEA GRATUITA  
861-XXXXX  
O  
311-586xxxx  
(llamada o whatsapp)**

**TODOS POR UN NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS**

**#Unidos por las Víctimas**

**SOLIDARIA-MENTE**  
TEJIENDO UNA RED DE  
APOYO EN SALUD MENTAL

## Anexo 10. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE UNA ACTIVIDAD Basado en la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria (47)

**Objetivo:** Evaluar la calidad de una actividad comunitaria a partir de la valoración de las dimensiones de: (1) planificación y organización; (2) objetivos e impactos; (3) participación comunitaria, y (4) sostenibilidad.

**Instrucciones:** Este cuestionario está diseñado para que lo contesten las personas implicadas en la planificación y organización de una actividad ya desarrollada. Una vez cumplimentado, hay que hacer una valoración general de los resultados, en una reunión de trabajo que tenga este objetivo.

Tabla de puntuación	
50-54 puntos	Excelente
45-49 puntos	Notable
40-44 puntos	Aceptable/ Suficiente
Menos de 40	Insuficiente (necesariamente mejorable)

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del programa:

Nombre de la actividad:

Fecha:

Persona que diligencia el cuestionario:

Correo electrónico:

### Escala de valoración de 1 a 4 en la cual:

En desacuerdo/no se cumple	Parcialmente de acuerdo / Se cumple, pero insatisfactoriamente	Muy de acuerdo / Se cumple de manera aceptable	Totalmente de acuerdo / Se cumple plenamente	No lo sé / No tengo suficiente información para contestar
1	2	3	4	-

### Planificación y organización

	Ítem	1	2	3	4	-
1	La actividad responde a los objetivos de un programa o proyecto más amplio.					
2	La actividad se ha planificado con tiempo suficiente.					
3	La difusión de la actividad se ha hecho con tiempo suficiente.					
4	Los recursos económicos previstos inicialmente han sido los adecuados.					
5	El tiempo previsto inicialmente ha sido suficiente.					
6	En la organización de la actividad, cada persona ha hecho lo que le correspondía.					
7	La actividad ha sido coorganizada por profesionales y voluntarios.					
8	La organización ha permitido que todos supieran qué tenían que hacer.					
9	Las decisiones se han tomado desde el consenso.					

## 2. Objetivos e impactos

2.1. ¿Cuál ha sido el objetivo general de la actividad?

2.2. ¿Por qué os habéis planteado este objetivo? ¿De dónde surge?

2.3. ¿Cuál es vuestra *teoría del cambio*, es decir, por qué pensáis que haciendo la actividad se conseguirá el objetivo general?

2.4. ¿Cuáles han sido los objetivos específicos para la actividad?

1

2

...

2.5 ¿Se han alcanzado los objetivos específicos previstos?

Grado de consecución	Bajo	Medio	Alto
Grado de consecución del objetivo específico 1			
Grado de consecución del objetivo específico 2			
...			

2.6. Pensábamos que participa un mínimo de \_\_\_\_ personas y un máximo de \_\_\_\_\_. Para nosotros (organizadores) habría sido un éxito una participación superior a personas \_\_\_\_\_. Finalmente, participaron \_\_\_\_ personas.

2.7 Valora el grado de utilidad de esta actividad desde las afirmaciones siguientes:

Grado de consecución	Bajo	Medio	Alto
El colectivo al que se ha dirigido la actividad ha experimentado cambios significativos.			
Se ha percibido un impacto de la actividad en la comunidad en general.			
Los agentes organizadores de la actividad han modificado la relación que tenían.			

### 3. Participación comunitaria (metodología)

Identifique a las personas, entidades, servicios, etc., que han participado como organizadores de la actividad.

3.1 Pensando en los objetivos de la actividad, ¿a quién (persona, colectivos, entidad o servicio...) hubiera podido participar en la organización de la actividad?

3.2 Pensando en una futura edición de la actividad, ¿qué haría usted para poder incorporarlos (persona, colectivos, entidad o servicio...) a la organización de la actividad?

3.3 En la organización de la actividad, ¿ha podido contar con usuarios/beneficiarios/participantes?

3.4 ¿La actividad iba dirigida especialmente a algún colectivo en concreto? ¿Cuál?

3.5 ¿Qué porcentaje, sobre el total de participantes, pertenecía al colectivo en concreto?

3.6 ¿La organización de esta actividad ha permitido conocer gente nueva con la que podrían colaborar en actividades futuras?

3.7 ¿Cuáles piensa que han sido las claves principales del éxito o el fracaso de la actividad?

### 4. Sostenibilidad

4.1 ¿Es importante dar continuidad en el tiempo a la actividad? ¿Por qué?

4.2 ¿La actividad tiene unas fuentes de financiación diversificadas o depende de un único patrocinador?

A solid light blue rectangular box used to redact the answer to question 4.2.

4.3 ¿Los usuarios o beneficiarios de la actividad contribuyen de algún modo a su financiación?

A solid light blue rectangular box used to redact the answer to question 4.3.

4.4 Las personas, entidades o servicios implicados en la organización de la actividad disponen de espacios regulares de encuentro/trabajo. ¿Para qué? ¿Cuáles?

A solid light blue rectangular box used to redact the answer to question 4.4.

**Anexo 11. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN  
Basada en la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria (47)**

**Instrucciones:** Este cuestionario está diseñado para que lo contesten las personas implicadas en la planificación del programa o proyecto, o un evaluador externo, una vez recogida la información necesaria.

Las preguntas identificadas con una (R) restan puntuación.

Tabla de puntuación	
45-50 puntos	Excelente
38-44 puntos	Notable
30-37 puntos	Aceptable/ Suficiente
Menos de 30	Insuficiente (necesariamente mejorable)

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del programa:

Nombre de la actividad:

Fecha:

Persona que diligencia el cuestionario:

Correo electrónico:

**Escala de valoración de 1 a 4 en la cual:**

En desacuerdo/no se cumple	Parcialmente de acuerdo / Se cumple, pero insatisfactoriamente	Muy de acuerdo / Se cumple de manera aceptable	Totalmente de acuerdo /Se cumple plenamente	No lo sé / No tengo suficiente información para contestar
1	2	3	4	-

**Valora el grado de acuerdo y responde**

	1	2	3	4	-
1. Existe un documento previo al desarrollo de la acción que recoja el plan de trabajo detallado (objetivos, actividades y temporización).					

¿Por qué?

	1	2	3	4	-
2. Existe un diagnóstico actualizado en el que hayan participado entidades, servicios públicos y vecinos / <i>Se conoce adecuadamente la situación en el momento inicial del proyecto (momento cero).</i>					

¿Por qué?



	1	2	3	4	-
3. El plan de trabajo responde a los aspectos identificados en el diagnóstico					

¿Por qué?



	1	2	3	4	-
4. Existe una planificación temporal de los objetivos y las actuaciones a seis meses, un año, tres años.					

¿Por qué?



	1	2	3	4	-
5. Los objetivos responden a una teoría del cambio explicitada y recogida formalmente.					

¿Por qué?



	1	2	3	4	-
6. Están definidos, de manera previa, canales, mecanismos o personas para dar respuesta a los posibles imprevistos que puedan aparecer (tomando decisiones, asumiendo tareas, etc.).					

¿Por qué?



	1	2	3	4	-
7. Existe una definición clara de responsabilidades y tareas de las entidades o de los servicios participantes.					

¿Por qué?



	1	2	3	4	-



8. Existe una definición clara de las funciones de los espacios de trabajo y de los espacios de toma de decisiones.						
---	--	--	--	--	--	--

¿Por qué?

9. Pensando en cómo os organizáis, valora los objetivos siguientes:	1	2	3	4	-
- La dedicación de tiempo prevista ha sido suficiente.					
- Cada persona ha hecho lo que le correspondía.					
- En los espacios de organización han participado personas profesionales y voluntarias.					
- Las decisiones se han tomado por consenso					

¿Por qué?

	1	2	3	4	-
10. La planificación tiene un sistema para la evaluación del programa o proyecto					

¿Por qué?

	1	2	3	4	-
11. Los objetivos del programa o proyecto responden unilateralmente a las demandas o las propuestas de los técnicos de los servicios públicos (R).					

¿Por qué?

	1	2	3	4	-
12. Las acciones que se han desarrollado son únicamente iniciativa de la entidad u organización gestora o promotora (R).					

¿Por qué?

	1	2	3	4	-
13. Los recursos materiales asignados inicialmente nos han permitido desarrollar el programa tal como estaba previsto.					

¿Por qué?



	1	2	3	4	-
14. Los recursos humanos asignados inicialmente (tiempo de dedicación de los profesionales y los voluntarios o participantes) nos han permitido desarrollar el programa tal como estaba previsto.					

¿Por qué?



Contesta Sí / No (puntuación, Sí = 1, No = 0)

		Si	No
<b>15 Para asegurar la sostenibilidad económica futura del proyecto:</b>			
a)	Existe un documento de planificación que tiene en cuenta la viabilidad económica futura del programa.		
b)	Se han presentado solicitudes de financiación a instituciones públicas actualmente no financiadoras.		
c)	Se han presentado solicitudes de financiación a instituciones privadas.		
d)	Se ha promovido la autonomía económica del programa mediante la autogestión de los participantes o beneficiarios.		
<b>16 En los últimos ( ) meses:</b>			
a)	Se han llevado a cabo actividades de formación en acción comunitaria dirigidas a los promotores y organizadores del programa.		
b)	Se han llevado a cabo encuentros informales (sentido lúdico) entre los promotores y organizadores (cenas, tertulias, encuentros espontáneos...).		
c)	Cuando ha habido conflictos, las personas, entidades, y/o servicios implicados, hemos dedicado tiempo y espacio para su gestión.		
d)	Se ha hecho alguna reunión de evaluación con presencia de promotores, dinamizadores y participantes		

**Anexo 12. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LOS IMPACTOS EN EL INDIVIDUO  
Basada en la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria (47)**

**Objetivo:** Medir los cambios en el individuo (en su grado de inclusión, fortalecimiento (*empowerment*) y condiciones de vida) derivados de la participación en la acción comunitaria.

**Instrucciones:** Lo diligencian los participantes de la acción comunitaria, pensando en acciones comunitarias que tienen una implantación vinculada a un territorio (municipio) concreto. La manera ideal de rellenarlo es a partir de una entrevista hecha al participante de la acción comunitaria por una persona externa o no directamente implicada en la acción.

Tabla de puntuación	
60-65 puntos	Excelente
47-59 puntos	Notable
40-46 puntos	Aceptable/ Suficiente
30-39 puntos	Ningún impacto o existencia de impactos negativos
Menos de 30	Impacto muy negativo (nos obliga a cuestionarnos la participación de la persona en el proyecto)

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del programa:

Nombre de la actividad:

Fecha:

Persona que diligencia el cuestionario:

Correo electrónico:

En desacuerdo/no se cumple	Parcialmente de acuerdo / Se cumple, pero insatisfactoriamente	Muy de acuerdo / Se cumple de manera aceptable	Totalmente de acuerdo /Se cumple plenamente	No lo sé / No tengo suficiente información para contestar
1	2	3	4	-

1. Pensando en mi barrio	1	2	3	4	-
a. Conozco todos los servicios y recursos existentes ( <i>*para hacer frente a la situación que quiero solucionar</i> ).					
b. Tengo motivación para conocer, acercarme y participar en lo que hacen las entidades o asociaciones del municipio.					
c. Conozco a gente del municipio, intento verme con ellos y hacer cosas juntos.					
d. Me relaciono con personas de procedencia y origen diferentes.					

Si es posible, justifica las respuestas (lo debe preguntar el entrevistador):

<b>2. Pensando en mí mismo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
a. Tengo una percepción positiva de mí mismo(a).					
b. Tengo capacidad para tomar decisiones por mí mismo (a).					
c. Tengo opinión o criterio propio.					
d. Sé cómo buscar información o a dónde dirigirme cuando tengo que solucionar algo.					
e. Tengo motivación para hacer cosas con los demás, organizarme para mejorar mi realidad social o entorno.					
f. Me siento capaz de hacer frente a las situaciones de conflicto en las que me veo involucrado (a).					
g. Me siento capaz de hacer frente a las dificultades que se me plantean.					
h. Me siento capaz de relacionarme con personas que no son de mi círculo familiar o amistades cercanas.					
i. Me siento capaz de hacer cosas con éxito junto a otras personas que no son de mi círculo familiar cercano.					

**Escala de valoración de 1 a 5 en la cual:**

Se ha reducido bastante	Se ha reducido un poco	Se ha quedado igual	Ha aumentado	Ha aumentado mucho
1	2	3	4	5

<b>3. Después de haber participado en la acción comunitaria, indica si se han dado cambios en las frases valoradas anteriormente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1a. Conozco todos los servicios y recursos existentes.					
1b. Tengo motivación para conocer, acercarme y participar...					
1c. Conozco a gente del barrio, intento quedar con ellos y hacer cosas...					
1d. Me relaciono con personas de procedencia y origen diferentes...					
2a. ... percepción positiva de mí mismo.					
2b. ... capacidad para tomar decisiones por mí mismo.					
2c. ... criterio propio.					
2d. ... saber cómo buscar información y dónde dirigirme.					
2e. ... motivación para hacer cosas con otros.					
2f. ... hacer frente a situaciones de conflicto.					
2g. ... hacer frente a las dificultades que se me plantean.					
2h. ... relacionarme con personas que no son de mi círculo.					
2i. ... hacer cosas con éxito junto a personas que no son de mi círculo.					

En caso de cambio, ¿a qué atribuyes este cambio?

Por último, responde a la pregunta siguiente:

**4. Después de participar en la acción comunitaria, ¿mi calidad de vida ha cambiado?**

*La calidad de vida tiene muchas dimensiones: salud, emocional, condiciones económicas, acceso a recursos y servicios, etc. (decir que ha mejorado sería el equivalente a decir que han cambiado cosas que te facilitan el día a día, y decir que ha empeorado sería decir que han cambiado cosas que te dificultan el día a día).*

Sí, ha mejorado mucho(\_\_\_\_) Sí, ha mejorado(\_\_\_\_) No, todo está igual(\_\_\_\_) Sí, ha empeorado(\_\_\_\_)

En caso de cambio, justifica la respuesta identificando en qué dimensiones se han dado (salud, emocional, condiciones económicas, acceso a recursos y servicios...) y, si es posible, indica por qué participar en la acción comunitaria ha sido determinante.



**Anexo 13. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (METODOLOGÍA). Basada en la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria (47)**

**Instrucciones:** El cuestionario está diseñado para que lo contesten los organizadores y promotores del programa. Tiene una primera y una tercera parte no puntuable, con el objetivo de identificar actores o hacer un debate más cualitativo, y una segunda parte puntuable, en la que se indica cómo calcular la puntuación de cada respuesta.

Las preguntas identificadas con una (R) restan puntuación.

Tabla de puntuación	
45-50 puntos	Excelente
38-44 puntos	Notable
30-37 puntos	Aceptable/ Suficiente
Menos de 30	Insuficiente (necesariamente mejorable)

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del programa:

Nombre de la actividad:

Fecha:

Persona que diligencia el cuestionario:

Correo electrónico:

**Primera parte**

*Completa la siguiente información:*

Promotores y organizadores (los que participen activamente en los diferentes espacios de planificación, seguimiento y trabajo del programa o proyecto).

Entidades Publicas	Entidades prestadoras de servicios	Universidades	Asociaciones /Fundaciones	Otros
<b>N. Total</b>	<b>N. Total</b>	<b>N. Total</b>	<b>N. Total</b>	<b>N. Total</b>

**Segunda parte**

*Puntúa según la escala que presentamos a continuación tu grado de acuerdo con las afirmaciones siguientes:*

En desacuerdo/no se cumple	Parcialmente de acuerdo / Se cumple, pero insatisfactoriamente	Muy de acuerdo / Se cumple de manera aceptable	Totalmente de acuerdo /Se cumple plenamente	No lo sé / No tengo suficiente información para contestar
1	2	3	4	-

<b>1. Valora el grado de acuerdo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
1. Disponemos de un sociograma actualizado (mapa de actores) en torno a la acción comunitaria.					
2. Tenemos definidos unos objetivos concretos y una estrategia clara para trabajar las relaciones con estos actores.					
3. El perfil de los participantes o beneficiarios responde a los objetivos del programa (estamos llegando a las personas a las que queríamos llegar).					
4. Las entidades identificadas en el cuadro inicial de este cuestionario participan activamente en:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
a) la elaboración del diagnóstico comunitario y el seguimiento del programa.					
b) el diseño y ejecución del programa.					
c) la evaluación del programa.					
d) la gestión económica del programa.					
5. Las personas usuarias o beneficiarias del programa tienen un papel relevante en:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
a) la planificación y el seguimiento del programa o proyecto.					
b) la ejecución, asumiendo responsabilidad y tareas, del programa.					
c) la evaluación del programa.					
d) la gestión económica del programa.					
6. En nuestras formas de trabajar en el día a día:					
a) hacemos formación dirigida a los promotores y organizadores del programa.					
b) hacemos rotación de responsabilidades o tareas entre los participantes.					

<b>2. Valora los aspectos siguientes de la participación comunitaria dentro del programa</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
1. El traspaso de información de unos servicios a otros					
2. El traspaso de información entre entidades y servicios.					
3. La tarea de ir registrando y documentando el desarrollo del programa (elaboración de actas, recopilaciones de acuerdos, etc.).					
4. La información a los participantes sobre el programa de actividades.					
5. La información a los participantes sobre cómo podrían implicarse más en el programa comunitario.					
6. La transparencia y el acceso a la información de los no participantes o participantes puntuales en el programa.					
7. La elaboración de diagnósticos compartidos.					
8. La capacidad de hacer una difusión diferenciada de la actividad pensando en la diversidad de los posibles participantes ( <i>targets</i> ).					
9. La incorporación de los beneficiarios en la evaluación del programa.					
10. Que la ciudadanía no organizada pueda hacer propuestas.					
11. El diálogo entre promotores y organizadores (organizaciones, entidades, asociaciones...).					
12. La incorporación de los usuarios o beneficiarios en tareas organizativas.					
13. La toma de decisiones de manera conjunta entre los organizadores y promotores.					
14. La incorporación de los saberes ciudadanos en el diseño de los programas o actividades					

3. El programa ha permitido...	1	2	3	4	-
1. que nos expliquemos unos a otros qué estamos haciendo.					
2. que colaboremos con los proyectos de los demás.					
3. que pensemos y hagamos cosas nuevas conjuntamente					

### Tercera parte

Valora el grado de participación de los colectivos en el programa, según los diversos ámbitos de participación señalados: (no puntuable)

N = Nada o casi nada; P = Poco; M = Mucho

Grupo	Elaboración de diagnósticos			Elaboración de propuestas			Organización de actividades			Asistencia a actividades (beneficiario)		
	N	P	M	N	P	M	N	P	M	N	P	M
Niños												
Adolescentes												
Jóvenes												
Mujeres												
Adultos												
Personas mayores												
Indígenas												
afrodescendientes												
Comunidad LGBTIQ+												
Personas con discapacidad												
Expertos												
Otros												

### Interpretación de la parrilla

Dependiendo de los objetivos del proyecto y de los diferentes niveles de participación alcanzados, Se tendrá que debatir si son necesarios cambios en cuanto a la participación de los diferentes colectivos y cómo hacerlo.



## Anexo 14. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS MESAS TÉCNICAS CGSS. Basada en la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria (47)

**Objetivo:** autoevaluar las mesas técnicas que impulsan una acción comunitaria.

**Instrucciones:** El análisis se centra en tres dimensiones: un nivel interno como mesa técnica (referente a la relación y el trabajo entre los miembros que la forman), un nivel institucional (referente a los miembros del equipo en relación a las organizaciones o instituciones a las que pertenecen) y un nivel comunitario (referente a los equipos en relación con el resto de actores, es decir, en relación con los actores que no pertenecen a su organización o institución).

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del programa:

Nombre de la actividad:

Fecha:

Persona que diligencia el cuestionario:

Correo electrónico:

### Nivel interno

1. ¿Cuántas **reuniones** ha hecho la mesa técnica en los últimos \_\_\_ meses?

1.

2.

3 o más.

*Nota: pondremos, 3, 9 o 12 meses en función de si se trata de un comité técnico (12), de una mesa de programa (9) o de una mesa de proyecto.*

2. ¿Se distribuye, con más de cuatro días de antelación al desarrollo de las reuniones, un **orden del día** de los temas que deben tratarse y la documentación adicional pertinente (actas de la reunión anterior, documentación de apoyo, etc.)?

Normalmente, no.

El orden del día, sí, pero normalmente no se reparte con antelación ninguna otra documentación.

Sí, se suele distribuir con antelación el orden del día y la documentación.

3. ¿La mesa dispone de un **documento** que fija los objetivos y estrategias en relación a la acción comunitaria?

No hay ningún documento.

Hay algunos documentos, pero son parciales.

Sí, tenemos un documento de objetivos y estrategia en relación a la acción comunitaria.

4. ¿La mesa ha hecho a lo largo del curso o año pasado alguna **evaluación** de su estrategia comunitaria?

No.

Sí, pero de manera poco sistemática (bastante informal).

Sí, formalmente y sistemáticamente.

5. ¿Se han incorporado en el último año cambios en las formas de trabajar de la mesa?

Aunque algunas dinámicas de trabajo no acaban de funcionar, no hemos sido capaces de introducir cambios.

Sí, hemos introducido algunos cambios, pero como respuesta a situaciones imprevistas (altas o bajas de servicios, etc.).

Las formas de trabajar de la mesa técnica se han mantenido o modificado en función de los resultados de la evaluación realizada.

La dinamización de la mesa ha estado siempre a cargo del mismo servicio o entidad.

## Nivel institucional

1. ¿Los técnicos que participan **comparten la información** generada en la mesa con otros técnicos, áreas o servicios de su organización?

Normalmente, no.

De vez en cuando, esporádicamente.

Sí, regularmente.

2. ¿Los servicios que participan en la mesa reportan con regularidad la estrategia comunitaria que desarrollan en la mesa a la **dirección técnica** de su servicio?

Normalmente, no.

De vez en cuando, esporádicamente.

Sí, regularmente.

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define mejor las relaciones que se dan entre los diferentes servicios presentes en la mesa y sus respectivos departamentos, áreas u organizaciones en relación a la participación en acciones comunitarias?

No nos relacionamos con otros departamentos o áreas de nuestra organización con motivo de la participación en esta mesa técnica.

Tenemos relaciones muy puntuales u ocasionales con otros departamentos o áreas de nuestra organización con motivo de la participación en esta mesa técnica

Trabajamos regularmente con equipos o profesionales de otros departamentos o áreas de la organización con motivo de la participación en esta mesa técnica.

4. ¿Hay protocolos o acuerdos formales de derivación o colaboración entre los servicios o las instituciones que participan en la mesa?

No.

Sí, en el caso de unos pocos servicios.

Sí, para la mayoría de servicios que forman parte de la mesa.

5. ¿Cuál es tu grado de acuerdo con la siguiente afirmación: “**La mesa técnica funciona más como resultado del compromiso personal de los profesionales que participan que por el compromiso de los servicios a los que pertenecen estos profesionales**”?

Totalmente de acuerdo.

Parcialmente de acuerdo.

Nada de acuerdo.

## Nivel comunitario

1. ¿Cuál es el resultado principal de la mesa?

Gracias a participar en la mesa, nos hemos conocido y eso siempre abre puertas a futuras colaboraciones.

Participar en la mesa ha facilitado la comunicación, ha hecho más fluidas las coordinaciones y las pequeñas colaboraciones, aunque no ha supuesto ninguna acción nueva.

La participación en la mesa ha permitido compartir alguna acción conjunta entre servicios.

2. ¿Se han construido de manera compartida o participada los **diagnósticos y los objetivos** de trabajo de la mesa?

No, los propuso uno de los servicios o equipos.

Sí, pero hace más de tres años.

Sí, y hace menos de tres años.

3. ¿La mesa ha organizado en el último año o curso alguna actividad de formación dirigida a todos los profesionales que forman parte de ella?

No.

Se han hecho algunas actividades de formación, pero solo para algunos servicios (comisiones de trabajo de la mesa).

Sí, la mesa ha organizado formación dirigida a todos sus participantes.

4. ¿La mesa ha organizado en el último año alguna actividad comunitaria junto a otras entidades o grupos de ciudadanos?

No.

Sí, pero con una baja implicación de entidades o grupos de ciudadanos.

Sí, con una alta implicación de entidades o grupos de ciudadanos.

5. ¿Con cuál de las siguientes afirmaciones estas más de acuerdo?

Vamos a las reuniones de la mesa por mandato o encargo institucional, pero la verdad es que no nos sirve de mucho.

La mesa es útil en algunos momentos o en algunos aspectos puntuales, pero nada más.

Las actividades y funciones de la mesa son útiles y nos ayudan claramente a lograr nuestros objetivos como servicio.

## Anexo 15. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE UN EQUIPO COMUNITARIO Basada en la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria (47)

**Objetivo:** herramienta de autoevaluación para un equipo comunitario, el cual organiza y dinamiza el proceso de trabajo y la estrategia relacional en una acción comunitaria.

**Indicaciones:** Este cuestionario de evaluación se plantea como una herramienta de análisis que se centra en tres dimensiones: un nivel interno como equipo comunitario (referente a la relación y el trabajo entre los miembros que lo constituyen), un nivel institucional (referente a la relación del equipo con la entidad o servicio que los contrata o hace el encargo de trabajo) y un nivel comunitario (referente al equipo en relación con los actores del territorio). Una vez cumplimentado el cuestionario, hay que hacer una valoración general de los resultados. Haremos esta valoración en una reunión de trabajo con este objetivo.

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del programa:

Nombre de la actividad:

Fecha:

Persona que diligencia el cuestionario:

Correo electrónico:

### Nivel interno

1. ¿El equipo dispone de un plan de trabajo que fija los objetivos y la estrategia de la acción comunitaria más allá de la programación de actividades?

No.

Disponemos del proyecto anual (programación de actividades).

Sí, tenemos un plan de trabajo plenamente vigente de objetivos y estrategias en lo que refiere al plan comunitario.

2. ¿En el último año o curso, han participado profesionales del equipo en espacios de formación o investigación aplicable a la actividad profesional?

Sí, ¿cuántas horas? \_\_ horas

No.

3. ¿Cómo están repartidas dentro del equipo las tareas y las responsabilidades en referencia a la acción comunitaria?

No existe un reparto de tareas y responsabilidades, entre todos lo vamos haciendo todo.

Hay una persona del equipo que se encarga, solo en el caso de algunas tareas o funciones muy puntuales.

Disponemos de un reparto muy claro de tareas y funciones en el trabajo diario.

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones pensáis que refleja mejor el trabajo del día a día del equipo?

Por lo general, siempre hacemos más o menos lo mismo.

Vamos cambiando el trabajo e incorporamos nuevas actividades o relaciones comunitarias cada año, pero de manera bastante improvisada.

Vamos cambiando el trabajo e incorporamos nuevas actividades o relaciones comunitarias cada año, de manera organizada o planificada.

5. ¿El equipo hace anualmente una evaluación de su estrategia comunitaria?

- Normalmente, no.  
 Sí, pero de manera poco sistemática (bastante informal).  
 Sí, sistemáticamente. ¿Con qué periodicidad?

### Nivel institucional

1. ¿En el último mes, se ha hecho alguna reunión entre el equipo comunitario y la entidad gestora (o equivalente) para compartir información sobre el desarrollo del plan comunitario?

- No.  
 Una reunión.  
 Más de una reunión.

2. ¿Hay una dirección política dentro de la entidad gestora (o equivalente) que marque o defina activamente la estrategia del plan comunitario?

- No hay directrices políticas, es cuestión de los técnicos.  
 Hay directrices políticas, pero de manera puntual o dispersa.  
 Sí, hay una dirección política que marca de manera clara las líneas a seguir en el plan comunitario.

3. ¿El plan de trabajo del plan comunitario se ha hecho con la participación de la entidad gestora (o equivalente)?

- No, la entidad gestora no ha participado en la elaboración del plan de trabajo.  
 La entidad gestora ha participado puntualmente en algunos debates.  
 Sí, la entidad gestora ha participado activamente en todo el proceso.

4. ¿Existen espacios regulares de comunicación entre el equipo comunitario y la entidad gestora (o similar)?

- No.  
 Sí, esporádicos y/o por cuestiones extraordinarias.  
 Sí, nos encontramos regularmente.

5. ¿Los roles del equipo comunitario y de la entidad gestora están claramente definidos o se producen solapamientos o confusiones?

- Los roles no están muy claros y se producen confusiones o solapamientos con frecuencia.  
 Sí, se producen confusiones o solapamientos, pero de manera puntual o esporádica.  
 Queda claro lo que le corresponde hacer a cada cual y no hay confusiones.

### Nivel comunitario

1. ¿El equipo participa de espacios de trabajo con presencia de profesionales de los servicios en el barrio?

- No.  
 Sí, asistimos, pero no tenemos un papel promotor.  
 Sí, tenemos un papel promotor o de liderazgo.

Sí, colideramos el espacio.

2. ¿El equipo desarrolla proyectos conjuntamente con profesionales de los servicios públicos del barrio?

No.

Sí, pero sin liderar ni ser promotores.

Sí, en un papel promotor o de liderazgo.

Sí, compartimos el liderazgo.

3. Atribuye un porcentaje del tiempo que dedicas a las siguientes tareas (entendiendo que el 100% es tu jornada).

Administración y gestión.

Realización/ejecución de actividades.

Planificación/organización de actividades.

Relaciones con nuevos agentes.

Otros.

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define mejor las relaciones entre el equipo y las entidades ciudadanas que no participan en el plan comunitario?

Casi no nos relacionamos.

Tenemos relaciones muy puntuales y ocasionales y de carácter formal.

Tratamos de relacionarnos con relativa frecuencia.

**Anexo 16. ESTIGMA SOCIAL HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA COMUNIDAD.**

**Basada en: Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness (48)**

**TD**-Totalmente desacuerdo **EA**- En desacuerdo **I**-Indiferente **DA**-De Acuerdo **TA**-Totalmente De acuerdo

<b>N</b>	<b>ITEM</b>	<b>TD</b>	<b>EA</b>	<b>I</b>	<b>DA</b>	<b>TA</b>
1	Tan pronto como la persona muestre signos de alteración mental, debe ser internada en un hospital					
2	Debería gastarse más financiación pública en la atención y el tratamiento de los enfermos mentales					
3	Las personas con enfermedades mentales deben estar aisladas del resto de la comunidad					
4	La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es ser parte de una comunidad					
5	Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.					
6	Los enfermos mentales representan una carga para la sociedad					
7	Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que la mayoría de la gente supone					
8	Tener servicios de salud mental en áreas residenciales degrada el vecindario					
9	Los enfermos mentales tienen algo que los hace fáciles de diferenciar de las personas normales					
10	Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de bromas durante demasiado tiempo					
11	Una mujer sería una tontería si se casara con un hombre que ha sufrido una enfermedad mental, aunque parezca completamente recuperado					
12	En la medida de lo posible, los servicios de salud mental deben ofrecerse a través de centros comunitarios.					
13	Se debe dar menos énfasis a la protección del público de las personas con enfermedades mentales.					
14	El aumento del gasto en servicios de salud mental es una pérdida de dinero de los impuestos					
15	Nadie tiene derecho a excluir a los enfermos mentales de su barrio					
16	Tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia para ellos, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes					
17	Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño					
18	Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante hacia las personas con enfermedades mentales					
19	No me gustaría vivir al lado de un individuo que ha sido enfermo mental					
20	Los residentes deben aceptar la ubicación de los servicios de salud mental en sus vecindarios para atender las necesidades de la comunidad local.					
21	Las personas con enfermedades mentales no deben ser tratadas como marginadas sociales					

<b>N</b>	<b>ITEM</b>	<b>TD</b>	<b>EA</b>	<b>I</b>	<b>DA</b>	<b>TA</b>
22	Hay suficientes servicios para personas con enfermedades mentales					
23	Se debe animar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal					
24	Los residentes tienen buenas razones para oponerse a la ubicación de los servicios de salud mental en sus barrios.					
25	La mejor manera de tratar a las personas con enfermedades mentales es mantenerlas encerradas.					
26	Nuestros hospitales parecen más prisiones que lugares donde se puede atender a personas con enfermedades mentales.					
27	Cualquier persona con un historial de problemas mentales debe ser excluida de tomar un trabajo en el gobierno.					
28	Ubicar los servicios de salud mental en zonas residenciales no representa un peligro para los residentes.					
29	Los hospitales psiquiátricos son un medio de tratamiento obsoleto.					
30	Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.					
31	A las personas con enfermedades mentales no se les deben negar sus derechos.					
32	Los centros de salud mental deben mantenerse fuera de los barrios residenciales.					
33	Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y fuerza de voluntad.					
34	Tenemos la responsabilidad de brindar la mejor atención posible a los enfermos mentales.					
35	A las personas con una enfermedad mental no se les debe dar ninguna responsabilidad.					
36	Los residentes no tienen nada que temer de las personas que acuden a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental					
37	Casi cualquier persona puede enfermarse mentalmente					
38	Es mejor evitar a cualquiera que tenga problemas mentales					
39	En la mayoría de los casos, las mujeres que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos pueden ser de confianza como niñeras					
40	Da miedo pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales					



**Anexo 17. Escala de Auto estigma por Búsqueda de Ayuda (ABA)**

**Basado en: Validation of the Self Stigma of Seeking Help scale in a population of Colombian medical students (49)**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Muy en Desacuerdo</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, Ni desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>

<b>Ítem</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	Me sentiría incompetente si fuera a un terapeuta para ayuda psicológica					
<b>2</b>	La confianza en mí mismo(a) NO sería amenazada si busco ayuda profesional					
<b>3</b>	Buscar ayuda psicológica me haría sentir menos inteligente					
<b>4</b>	Mi autoestima aumentaría si hablara con un terapeuta					
<b>5</b>	La forma en que me percibo a mí mismo(a) NO cambiaría solo por decidir ver a un terapeuta					
<b>6</b>	Pedir ayuda a un (a) terapeuta me haría sentir inferior					
<b>7</b>	Me sentiría bien conmigo mismo(a) si decidiera buscar ayuda profesional					
<b>8</b>	Si fuera a un terapeuta, me sentiría menos satisfecho(a) conmigo mismo(a).					
<b>9</b>	La confianza en mí mismo(a) seguiría siendo la misma si buscara ayuda profesional para un problema que no pude resolver					
<b>10</b>	Me sentiría peor conmigo mismo (a) si no pudiera resolver mis propios problemas.					