

**Revisión de la salud mental comunitaria; un acercamiento biopsicosocial en
diferentes comunidades colombianas.**

Sandra Giovanna Forero González

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Psicología Comunitaria

Asesor:

Dr. Paulo César González Sepúlveda.

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades

Maestría en Psicología Comunitaria

Bucaramanga

2020

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Bucaramanga, agosto de 2020

Tabla de contenido

Introducción.....	5
Planteamiento del problema	6
Justificación del problema.....	9
Justificación	14
Objetivos.....	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos.....	17
Capítulo 2. Marco de referencia	18
Marco legal	27
Antecedentes	31
<i>Estudios e investigaciones.</i>	33
Capítulo 3. Metodología.....	37
Diseño.....	37
<i>Características del método</i>	41
<i>Diseño de análisis de información</i>	42
Capítulo 4. Análisis e interpretación de resultados y discusión.	45
Resultados.....	45
<i>Categorías de análisis.</i>	52
Discusión	72
Capítulo 5. Recomendaciones y conclusiones.....	79
Recomendaciones.....	79
Conclusiones.....	81

Referencias Bibliográficas.....	83
Anexos.....	95

Índice de Tablas.

Tabla 1. Nomenclatura de relaciones Atlas.ti.....	43
Tabla 2. Categoría Salud Mental.	45
Tabla 3. Categoría Salud Mental Comunitaria.	46
Tabla 4. Categoría: Factores determinantes del riesgo en SMC.....	46
Tabla 5. Categoría Contextos de violencia.....	47
Tabla 6. Categoría Políticas Públicas en Colombia.	48
Tabla 7. Categoría Actores.....	49
Tabla 8. Categoría Redes y vínculos.....	49
Tabla 9. Categoría Acciones de mitigación del riesgo SMC.....	50
Tabla 10. Categoría Enfoques.....	51
Tabla 11. Familias de código y categorías de análisis.	95

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Semaforización de los indicadores de salud mental de la RIA de trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia, Colombia 2015-2016.....	11
Ilustración 2. Tasas de intento de suicidio por departamento de 2015-2017 en Colombia.....	12
Ilustración 3. Tipo de reporte.....	13
Ilustración 4. Indicador Salud Mental.....	13
<i>Ilustración 5. Elementos de la teoría fundamentada.</i>	40
Ilustración 6. Salud Mental Comunitaria..	52
Ilustración 7. Red semántica de la salud mental comunitaria.....	54
Ilustración 8. Factores determinantes del riesgo.....	54
Ilustración 9. Red semántica Factores determinantes del riesgo SMC.	57
Ilustración 10. Contexto de Violencia. Fuente: elaboración propia.....	57
Ilustración 11. Red semántica Contextos de violencia.....	59
Ilustración 12. Políticas públicas en Colombia.....	61
Ilustración 13. Red semántica Política Pública en Colombia.	63
Ilustración 14. Actores.	63
Ilustración 15. Red semántica Actores.....	65
Ilustración 16. Redes y vínculos..	65
Ilustración 17. Red semántica Redes- vínculos.	67
Ilustración 18. Estrategias o acciones de mitigación del riesgo.	67
Ilustración 19. Red semántica. Estrategias de intervención comunitaria.	70
Ilustración 20. Enfoques.....	70
Ilustración 21. Red semántica Enfoques.	71

Resumen

La investigación surge ante la iniciativa de aportar a la psicología comunitaria, a partir de un estudio social que permita entender la Salud Mental Comunitaria (SMC) desde las dinámicas propias del contexto y el territorio nacional, con el fin de lograr una caracterización de la SMC en Colombia, desde una perspectiva psicosocial contemplando recursos psicológicos, sociales y culturales de las comunidades; por ello, se plantea como objetivo principal el comprender aspectos característicos de las comunidades en Colombia, que permita la identificación de recursos en SMC.

Se utiliza una metodología cualitativa cuyo diseño se apoya en la Teoría Fundamentada y las técnicas de recolección de información fue una serie de escritos producidos por profesionales maestrantes en Psicología Comunitaria, a partir del análisis a comunidades de diferentes regiones del país; tras la lectura y revisión de documentos, se procede a realizar codificación, saturación de códigos y establecimiento de redes por familias en software Atlas ti, para finalmente lograr la definición de categorías de análisis de la SMC de acuerdo a los recursos presentados por las comunidades.

Entre los resultados principales se identifica la necesidad de establecer lineamientos de atención en SMC desde el reconocimiento de las necesidades propias del contexto y su realidad; es decir, ampliar la mirada netamente clínica y patogénica que se tiene actualmente en los procesos de prevención e intervención y optar por un abordaje más psicosocial y salutogénico que aporte de manera significativa a las problemáticas existentes; para ello se contemplan ocho categorías de análisis: Salud Mental comunitaria, factores determinantes del riesgo, contextos de violencia, políticas públicas en Colombia, actores, redes y vínculos, estrategias o acciones de mitigación del riesgo y enfoques.

Palabras claves: Salud mental comunitaria, políticas públicas en Colombia, factores de riesgo y protección, aspectos biopsicosociales, contextos de violencia, acciones comunitarias y desarrollo comunitario

Abstract

This research arises from the initiative to contribute to community psychology, based on a social study that allows understanding Community Mental Health (SMC) from the dynamics of the context and the national territory, in order to achieve a characterization of SMC in Colombia from a psychosocial perspective that includes psychological, social and cultural resources of the communities, which is why the main objective is to understand characteristic aspects of the communities in Colombia, which allows the identification of resources in community mental health.

For this, a qualitative methodology is used whose methodological design is based on Grounded Theory and the information collection techniques was a series of writings produced by teachers in Community Psychology, based on the analysis of communities from different regions of the country, after Reading and reviewing documents, coding, code saturation and networking by families are carried out in Atlas ti software, to finally achieve the definition of analysis categories of the SMC according to the resources presented by the communities.

Among the main results, the need to establish care guidelines for SMC is identified from the recognition of the needs of the context and its reality, that is, to broaden the purely clinical and pathogenic perspective that is currently had in the prevention and intervention processes and opt for a more psychosocial and salutogenic approach that contributes significantly to existing problems, for this, eight categories of analysis are contemplated: Community Mental Health, risk determinants, contexts of violence, public policies in Colombia, actors, networks and risk mitigation linkages, strategies or actions and approaches.

Keywords

Community mental health, public policies in Colombia, risk and protection factors, biopsychosocial aspects, contexts of violence, community actions and community development.

Introducción

Este proyecto de investigación nace a razón del Observatorio de Salud Mental de Colombia con la intencionalidad de articularlo con una de las líneas de investigación de la Maestría en Psicología Comunitaria, específicamente la de “Salud mental comunitaria”, desarrollada a través de un equipo de profesionales a quienes les une un interés común frente al tema de la salud mental y los aportes investigativos que se pueden generar desde lo comunitario, lo cual despertó un ejercicio de pensamiento crítico-reflexivo frente a los procesos de atención, tratamiento e intervención que se han aplicado en Colombia tradicionalmente en el tema de salud mental y las políticas públicas que orientan dichos procedimientos; de allí surge esta propuesta de investigación, que busca proponer una nueva teoría que explique el fenómeno de la salud mental comunitaria desde la cotidianidad que se vive en las comunidades y los recursos que poseen, logrando con ello una resignificación tanto de la mirada construccionista como del abordaje hacia un campo psicosocial.

Esto se logra a partir de un trabajo riguroso sustentado en un ejercicio de análisis matricial, que permitió organizar y transcribir la información recolectada para establecer unas categorías de análisis que son organizadas en una matriz de información por categorías y subcategorías; allí fue necesario establecer filtros por proposiciones, recurrencia, saturación y se reagruparon nuevamente en códigos y familias, para finalmente triangular la información y postular ocho categorías de análisis tales como: Salud Mental Comunitaria (de ahora en adelante SMC); Factores determinantes en el deterioro de la salud mental; Contextos de violencia; Políticas públicas; Actores; Redes y Vínculos; Acciones de mitigación del riesgo en SMC y Enfoques, las cuales reflejan los hallazgos de la investigación y permiten orientar la

discusión de la información para generar una nueva concepción o definición de Salud Mental desde el marco de un observatorio psicosocial que brinde atenciones integrales, contextualizadas y ajustadas a su realidad social.

El proyecto de investigación se diseña en cinco momentos, a razón del interés del observatorio en salud mental comunitaria de explorar lo que los maestrantes reportan, como mecanismo de sistematización de las realidades identificadas, y como parte de la primera etapa de un macro proyecto, *Organizar y recopilar información en coherencia con la intencionalidad investigativa: Selección de los investigadores y los documentos que deberían ser analizados por el equipo, Selección de la información y análisis de datos a través de la matriz y proceso de codificación inicial en atlas ti., Triangulación de la información como proceso de contraste de la teoría con los hallazgos de la investigación, Reporte de resultados preliminares para el observatorio.*

Finalmente, con esta investigación se obtiene una mirada de la salud mental comunitaria desde las dinámicas propias de nuestro contexto y territorio nacional, que señalan la importancia de la perspectiva psicosocial y la validez de los recursos psicológicos, sociales y culturales que poseen las comunidades como agentes transformadores de sus propias realidades (Petty et al, 2012)

Planteamiento del problema

La salud mental ha sido un tema que se ha venido trabajando de manera progresiva; tanto en el contexto mundial como local, el concepto “Salud Mental” ha pasado por un proceso gradual, orientado particularmente desde un estricto modelo medico asociado al cuidado de

enfermedades severas y trastornos mentales, cuya asistencia se daba únicamente en hospitales psiquiátricos y tenía por fin controlar a las personas internadas, generando con ello aislamiento, discriminación y estigmatización, más que una recuperación de la enfermedad y en sí de la propia persona (Jimenez, 2012).

Es así, que se considera que la Salud mental en su historia ha tenido una mirada reduccionista de los problemas de la salud; veamos a continuación como ha sido ese proceso evolutivo que le ha caracterizado: En referencias antiguas vinculadas a civilizaciones primitivas tales como la Egipcios, la Griega y la Romana, la salud mental fue asociada a eventos sobrenaturales y para ello recurrían al esoterismo y la religión para comprender y curar esta enfermedad; sus tratamientos incluían exorcismos, brujería y castigos físicos (Díaz, 2010)

Luego en la edad media y hacia el siglo XV (Europa, Inglaterra y Estados Unidos) se progresa un poco en el conocimiento de la enfermedad mental asociada al cerebro y sus funciones cognitivas, generando una conducta ambivalente de rechazo y tolerancia; en esta época se crearon tratamientos basados en el internamiento como penitenciarias y establecimientos de cuidado de dementes con encadenamiento y desde el dominio de la iglesia católica se dio una interpretación mística de la enfermedad. Posteriormente William Battie (1704-1776), inició el uso de establecimientos “Terapéuticos” que facilitaban tratamiento médico para abordar la enfermedad mental (Aztaran, 2005)

Ya en el siglo XVIII y XIX aparece la tendencia de tratamiento en hospitales psiquiátricos donde se aborda a los pacientes con los tratamientos considerados en la época y los cuales no incluían en absoluto un abordaje psicológico o incluso un trato respetuoso; sin embargo, hubo una continuidad de esta perspectiva y se generó un cambio a partir de la segunda guerra mundial, propiciando en países occidentales la aparición de movimientos ciudadanos en

pro de los derechos civiles y humanos, que denuncian las condiciones deplorables de los hospitales psiquiátricos norteamericanos y las denuncias de los profesionales de la salud mental; estas protestas se generaron en 1955 y dieron paso a la creación de “Joint Commission on Mental Illness on Health” que permite la transformación de hospitales en dispositivos comunitarios hacia el año 1961. (Fundación salto, 2006)

Otro evento importante se dio en el año 1952 con la creación de políticas para la atención comunitaria de la salud mental favoreciendo los términos “Atención comunitaria” y “Psiquiatría comunitaria”. Y en 1960 este movimiento hacia la atención comunitaria, se extiende en los países como Inglaterra 1953, Francia 1960, España 1970, entre otros de la Unión Europea. Por otra parte, la Ley Kennedy en Estados Unidos, en la década de los sesenta, propone el cierre de los manicomios y la instauración de servicios de psiquiatría comunitaria, acompañado en 1963 por un proceso de desinstitucionalización psiquiátrica. (Gonzalez & Levav, 1991)

Ya en el siglo XX hubo un vínculo fuerte entre la biología y la medicina, la cual marca el comienzo del desarrollo científico de la psiquiatría con hitos históricos como: la psicoterapia, la clasificación de enfermedades mentales y la psicofarmacología (Fundación salto, 2006).

En el siglo XXI se ha buscado mejorar el tratamiento de las personas que padecen enfermedades y eliminar el estigma y la discriminación y ayudar a la integración social de estas personas. Lo cual ha generado una respuesta en las disciplinas sociales, que proponen una perspectiva multicausal y obliga a superar el esquema simplista salud-enfermedad que tradicionalmente fue exclusivo del discurso médico y que aún hoy permanece impregnado en los procedimientos y protocolos de actuación e intervención en salud mental comunitaria.

Justificación del problema

Cuando se hace referencia a Colombia y teniendo en cuenta el contexto histórico antes mencionado, es fácil identificar que esta situación no ha sido ajena a la realidad del país y los servicios que se ofrecen en salud mental, ya que están enfocados a enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento con abordaje de hospitalización psiquiátrico, atención médica y farmacológica, pero muy poco atiende a factores biopsicosociales (Engel G, 1977; Borrell F., Schumann A., y Epstein R. 2004; Tizon J. 2007), o abordajes con apoyo comunitario y de centros urbanos (Calderón G.,1973), como escuelas, colegios, grupos vecinales o cívicos, asociaciones y la propia comunidad, en donde tengan injerencia en las decisiones y los tipos de servicio (que les permita sentirse agentes activos de sus propios procesos, capaces de generar y promover cambios positivos para su comunidad), y si bien, se plantean estos aspectos psicosociales en algunas líneas de las políticas públicas, planes de desarrollo y programas, en la realidad de las comunidades no se ven reflejados.

Por ello, surge la necesidad apremiante en el campo de la salud mental, de generar estudios sociales que permitan develar esas realidades psicosociales de las comunidades, para adoptar medidas que aporten al bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, comunidades, grupos y la sociedad en general (Bang, 2013; Wald, 2011).

En ese sentido, es primordial entender y comprender que los problemas psicosociales, también afectan la salud mental de las personas y que el concepto de salud y bienestar están directamente relacionados con las situaciones sociales, culturales, demográficas, económicas, educativas, administrativas y políticas con las que se enfrentan en su cotidianidad las comunidades. (López & Costa , 2014).

Llevemos lo anterior a un plano vivencial y práctico: Sí hay un incremento en los índices de crecimiento anual (tasa de natalidad), y a ello se suma una caída económica, estas situaciones generan un impacto en la calidad de vida de las personas y afecta sus dinámicas de vida como por ejemplo: pobreza, desigualdad en la distribución de los recursos, desempleo, incremento en el costo de vida, reducción en la capacidad de los sistemas de salud, reducción en la posibilidad de acceso a programas educativos y de desarrollo social, entre muchos otros factores. (Moreno y Báez, 2010; Víctor H. Charria O, 2011)

Es por ello que se plantea una propuesta que promueva el cambio y la transformación en la forma de abordaje y atención de la salud mental comunitaria, que atienda las necesidades, demandas y recursos de las comunidades, pero para lograr esto se requiere conocer las condiciones y circunstancias sociales, culturales, políticas, económicas, geográficas, demográficas y ecológicas de nuestra población, así como las disposiciones legales, planes y programas que se vienen desarrollando en el país y en las regiones, para tener una visión clara y panorámica de la realidad de la salud mental comunitaria en el país. (Calderón G, 1973)

En este sentido, Colombia se ha encargado de adoptar lineamientos propuestos desde distintas entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y está bien atender a las directrices de entidades veedoras, pero es necesario promover cambios y propuestas que generen alternativas de solución y mitigación reales y aplicables a una dinámica sociocultural y económica como la nuestra (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por otra parte, y según los reportes que arroja el Boletín de salud mental emitido por el Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM), se realiza un análisis de indicadores de salud mental por territorio en Colombia, el cual da cuenta de la situación actual relacionada a salud, enfermedad, trastornos mentales y del comportamiento (Ministerio de Salud , 2018)

Entidad territorial	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) 2016	Tasa de intento de suicidio (2015)	Porcentaje de personas atendidas por Trastornos mentales y del comportamiento (2015)	Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia (2016)	Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (2016)	Porcentaje de personas atendidas por epilepsia (2015)	Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento (2015)
Amazonas	8,37	1,31	1,26	0	0	0,37	1,1
Antioquia	6,02	5,28	4,66	1,43	1,75	0,6	3,03
Arauca	11,67	4,57	1,43	1,45	1,21	0,43	1,08
Atlántico	3,48	2,03	4,55	0,91	0,43	0,52	1,62
Barranquilla DT	3,43	2,54	4,83	0,87	0,32	0,5	1,63
Bogotá D.C.	4,24	2,06	4,88	1,22	2,18	0,56	2,39
Bolívar	3,01	2,67	3,72	1,27	0,94	0,56	2,99
Boyacá	6,07	3,21	2,42	2,27	0,86	0,7	1,95
Buenaventura	3,01	1,0	1,85	0,81	0,38	0,33	2,07
Caldas	6,95	4,76	7,41	1,48	2,42	0,75	6,5
Caquetá	4,09	7,33	1,91	1,71	1,47	0,46	1,94
Cartagena DT	3,14	3,79	5,43	1,29	1,04	0,61	3,66
Casanare	4,8	2,81	2,21	2,32	0	0,44	1,98
Cauca	6,43	5,95	2,2	2,06	0,53	0,62	1,9
Cesar	4,74	2,82	2,8	1,07	1,12	0,44	1,26
Chocó	2,11	1,0	1,29	2,21	0,32	0,28	1,36
Córdoba	2,53	3,04	1,69	0,63	0,45	0,48	1,36
Cundinamarca	4,77	4,07	3,89	1,76	1,38	0,66	3,05
Guainía	9,15	4,82	1,05	1,79	0	0,54	0,4
Guaviare	5,62	1,80	1,46	2,78	0	0,58	0,76
Huila	7,94	13,08	1,86	1,88	2,51	0,58	1,33
La Guajira	2,67	4,07	1,32	0,45	0,23	0,26	0,53
Magdalena	3,43	2,06	1,95	1,18	0,56	0,36	1,48
Meta	6,32	1,56	2,88	1,26	2,45	0,45	1,54
Nariño	6,64	10,88	3,7	1,76	0,68	0,7	3,91
Norte de Santander	5,21	3,10	2,48	1,39	0,89	0,62	2,32
Putumayo	9,22	14,48	2,57	2,17	0,45	0,5	3,41
Quindío	8,07	3,89	5,08	2,01	2,26	0,79	6,15
Risaralda	6,21	6,30	5,89	0,96	0,92	0,6	3,89
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,95	0,00	1,6	0	0	0,2	0,61
Santander	5,21	3,20	4,8	1,2	0,45	0,58	3,21
Santa Marta DT	2,71	1,45	3,28	0,83	0,84	0,44	2,32
Sucre	5,28	3,17	3,1	1,2	0,74	0,74	2,61
Tolima	7,38	4,69	4,81	1,16	1,8	0,59	2,26
Valle del Cauca	4,48	4,6	3,94	1,17	2,73	0,47	2,3
Vaupés	8,28	2,29	1,52	1,65	0	0,36	1,06
Vichada	2,16	0	0,45	1,21	0	0,24	0,73
Colombia	5,07	4,12	3,94	1,34	1,53	0,57	2,42

Ilustración 1. SemafORIZACIÓN de los indicadores de salud mental de la RIA de trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia, Colombia 2015-2016. Tomado de: Boletín de Salud Mental N° 5, marzo de 2018.

Durante la construcción de esa Ruta de riesgo, se propuso seis indicadores de monitoreo y seguimiento a las acciones, enmarcados en eventos como: tasas de mortalidad, atención y hospitalización relacionadas a Suicidio, Intento de suicidio, Trastornos mentales y del comportamiento y Epilepsia, los cuales se sustentan en las siguientes ilustraciones y dan cuenta

que no se identifican los factores psicosociales en este boletín informativo (Ministerio de Salud , 2018)

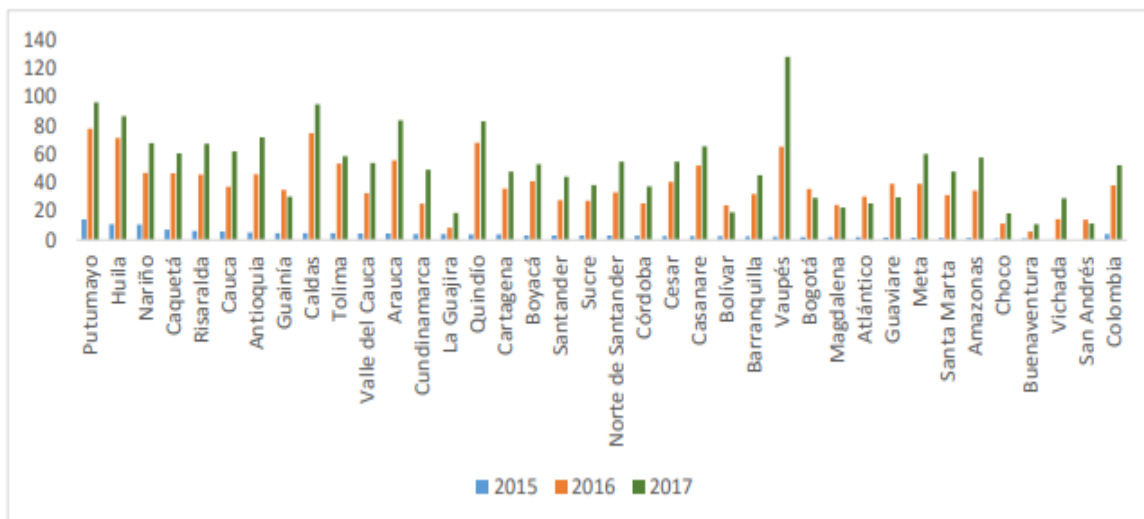


Ilustración 2. Tasas de intento de suicidio por departamento de 2015-2017 en Colombia. Tomado de: Reporte de SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud y Bodega de datos SISPRO.

Conviene subrayar que en el año 2016, en Colombia hay un gran avance y se logra la reestructuración y reactivación del Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM), lo que permite para julio del año 2017 contar con un escenario virtual disponible para el público, en donde se pueden realizar consultas frente a los siguientes indicadores y generar reporte según el tipo de búsqueda (Ministerio de Salud , 2018):

- 1) % de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento.
- 2). Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente.
- 3) % de personas atendidas por problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales.

4) % de personas atendidas por epilepsia.

5) # de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría.

Lo anterior se sustenta en las siguientes imágenes:



Ilustración 4. Indicador Salud Mental. Tomado de: Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia.

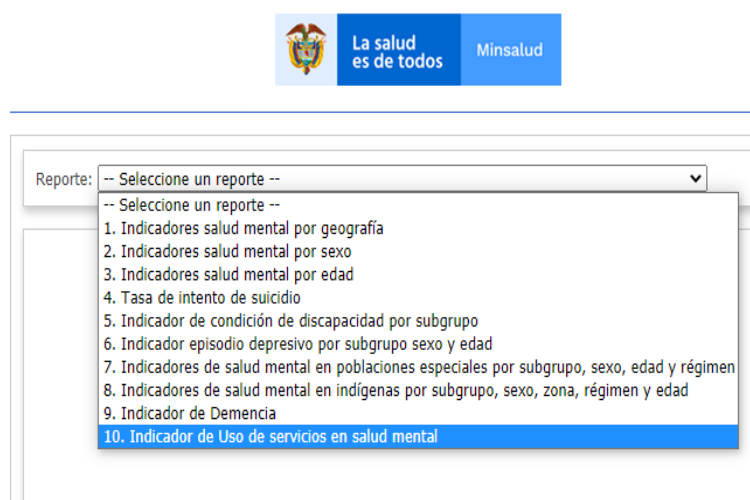


Ilustración 3. Tipo de reporte. Tomado de: Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia.

Esta situación permite corroborar que se ha avanzado en este proceso, pero que aún hoy en Colombia en el tema de salud mental se continúa dando mayor prioridad a aspectos clínicos y patogénicos (Zaraza & Holguín, 2016), con 4 indicadores de medición, tal como se idéntica en la ilustración 3 y menor impacto de evaluación de los factores biopsicosociales con un único indicador que está relacionado con problemas asociados a circunstancias psicosociales. No obstante, también es necesario resaltar y destacar la gran innovación que se realizó en la Encuesta Nacional de salud mental del año 2015, donde se contemplan variables sociales y el impacto de las violencias en las comunidades, así como las experiencias de afectación social.

Teniendo en cuenta esta panorámica de la salud mental a lo largo de la historia surge el requerimiento de su transformación hacia una salud mental comunitaria que atienda las necesidades propias de las personas, su contexto y sus características biopsicosociales; y es precisamente a partir de estos elementos identificados que se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de las comunidades en Colombia que permiten identificar los recursos que poseen en salud mental?

Justificación

El proyecto de investigación tiene su origen considerando el Observatorio de Salud Mental de Colombia y su articulación con una de las líneas de investigación de la Maestría en Psicología Comunitaria denominada “Salud mental comunitaria”, a través de un equipo de profesionales que les une un interés común frente al tema de salud mental y los aportes investigativos que se pueden generar desde lo comunitario, lo cual despertó un ejercicio de pensamiento crítico-reflexivo frente a los procesos de atención, tratamiento e intervención que se han aplicado en Colombia tradicionalmente en el tema de salud mental y las políticas públicas que orientan dichos procedimientos; de allí surge esta propuesta de investigación, que busca proponer una nueva teoría que explique el fenómeno de la salud mental comunitaria desde la cotidianidad que se vive en las comunidades y los recursos que poseen, logrando con ello una resignificación tanto de la mirada construccionista como del abordaje hacia un campo psicosocial.

Para lograr este objetivo el equipo se apoyó en un curso de la maestría en psicología comunitaria denominado “Salud mental comunitaria” a partir del cual se recopiló una serie de reportes que permiten abordar el impacto de la SMC en diferentes contextos, regiones, poblaciones y evaluar los factores que inciden en ella; y es así, cómo se logra identificar la necesidad existente y apremiante de ampliar la perspectiva y dar un giro a la mirada desde la cual se están abordando las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental comunitaria.

El estudio está respaldado a partir de un trabajo riguroso apoyado en un ejercicio de análisis matricial, que permite organizar y transcribir la información recolectada para establecer unas categorías de análisis que son organizadas en una matriz de información por categorías y subcategorías; allí fue necesario establecer filtros por proposiciones, recurrencia, saturación y se reagrupan nuevamente en códigos y familias, para finalmente triangular la información y postular ocho categorías de análisis tales como: Salud mental comunitaria, Factores determinantes en el deterioro de la salud mental, Contextos de violencia, Políticas públicas, Actores, Redes y Vínculos, Acciones de mitigación del riesgo en Salud Mental Comunitaria (SMC) y Enfoques, las cuales reflejan los hallazgos de la investigación y permiten orientar la discusión de la información para generar una nueva concepción o definición de Salud Mental desde el marco de un observatorio psicosocial que brinde atenciones integrales, contextualizadas y ajustadas a su realidad social.

Por tanto, lo que se pretende con esta investigación es comprender desde una mirada más integral, la situación de la Salud Mental Comunitaria (SMC) en Colombia, de tal manera que atienda a la realidad propia de las comunidades y con ello generar propuestas de prevención, atención e intervención ajustadas a las características psicosociales tan diversas de nuestro país.

Adicionalmente, se puede considerar de suma importancia el aporte que hace esta investigación, el cual aplica tanto para el observatorio en salud mental como para la misma línea de investigación de la Maestría, logrando una resignificación en la construcción del concepto de salud mental y un avance hacia su evolución; esto implica un poco una separación de la perspectiva nomotética salud-enfermedad para aportar una visión sistémica y construccionista que ha venido evolucionando hacia elementos multifactoriales como: biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales; considerando el contexto histórico, experiencias y particularidades de las comunidades en esta sociedad (Menéndez, 2009; Stolkiner & Ardila, 2012)

Por consiguiente, este proyecto de investigación atiende a una problemática social que afecta la salud mental de las comunidades y busca como resultado un proceso de gestión del conocimiento, que presenta tanto pertinencia como coherencia con el programa de Maestría en Psicología Comunitaria y la línea de profundización en Salud mental, comunitaria cuyo núcleo foco de profundización se centra en Paradigmas y tendencias de la psicología comunitaria.

Objetivos

Objetivo general

Comprender aspectos característicos de las comunidades colombianas, que permitan la identificación de recursos en salud mental comunitaria.

Objetivos específicos

Establecer, a partir de las consultas realizadas en documentos reporte, las características y aspectos específicos con que cuentan las comunidades estudiadas

Analizar los aspectos característicos identificados en las comunidades reportadas, estableciendo categorías de trabajo.

Realizar el respectivo análisis categorial de la salud mental comunitaria de acuerdo a los recursos presentados por las comunidades.

Capítulo 2. Marco de referencia

Este apartado centra su atención en las diferentes formulaciones conceptuales y teóricas sobre las que se sustenta el proceso de análisis de la realidad de la salud mental en Colombia y los recursos existentes en las comunidades.

Para hablar de salud mental comunitaria, es necesario revisar algunos conceptos claves y fundamentales que dan sentido y orientación en la comprensión de su definición, entre ellos abordaremos: psicología comunitaria, salud mental, comunidad y sentido de comunidad.

Psicología comunitaria

La psicología comunitaria es definida por Sánchez Vidal (Vidal, 1991), como una ciencia básica que se sustenta en la “intervención comunitaria” y busca comprender la “praxis comunitaria”, las diferentes relaciones dinámicas que se presentan con el entorno biofísico, social, cultural, político y económico en diversos niveles sistémicos, para lograr el bienestar de los individuos. Por tanto, podríamos describir a la Psicología Comunitaria como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores biopsicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.

Dicha noción resulta de suma importancia pues permite reflejar su articulación con el tema de estudio de la presente investigación, entendiendo que desde la psicología comunitaria se puede identificar, evaluar y analizar los factores biopsicosociales de las comunidades en su cotidianidad, para establecer tanto los factores protectores como de riesgo en salud mental

comunitaria y así con y desde la comunidad adoptar medidas que aporten al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes.

Salud mental

La salud mental está relacionada con el componente de bienestar, que inicialmente se caracterizó por muchos años exclusivamente desde aspectos patogénicos que buscaban prevenir enfermedades y alteraciones mentales (Almonte C, García R., 2003). Hoy ha cambiado esa perspectiva clínica de la salud como estado y es vista más como un proceso de evolución que permite comprender el impacto de la dinámica relacional entre los determinantes biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, que interactúan con las capacidades, potencialidades, recursos y debilidades de la población, promoviendo así el equilibrio y la armonía en las personas, grupos y comunidades. La salud mental según la OMS (2018) “*está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales*”. Así mismo menciona que “*es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.*” (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Comunidad y sentido de comunidad.

Ahora bien, los conceptos anteriores abordan la comunidad como un pilar fundamental por tanto, para trabajar en SMC, es necesario partir de dos conceptos que se interrelacionan: Comunidad y Sentido de comunidad, el primero hace referencia al grupo de personas que comparten ciertas características e intereses como: hábitos, costumbres, valores, símbolos, estructuras sociales y un sentido de pertenencia que los une e integra al que llamamos sentido

de comunidad, y que obedece al segundo concepto; por ejemplo, se puede llamar comunidad al grupo de integrantes de un sector o barrio, pero también al grupo de personas desplazadas, desmovilizadas o a una comunidad étnica.

Algunos autores como McMillan y Chavis (1986), Sánchez, V. (1996), y Montero, M. (2004, 2006) presentan apreciaciones muy claras que se complementan frente la definición de comunidad y sus características. Estos autores que, para identificar una comunidad de un grupo social, sus miembros deben compartir una condiciones básicas: *“una historia común, compartir experiencias comunes, desarrollo de relaciones emocionales entre las personas y una pertenencia al grupo que conlleve el reconocimiento de una identidad y destinos comunes para los miembros del grupo”* (Sánchez, 1996), ahora bien Sánchez Vidal Alipio adiciona algunos elementos en su definición de Comunidad en donde se contempla la localidad geográfica entendida como espacio o territorio definido, la necesidad de interdependencia e interacción psicosocial y el sentido de pertenencia a una cultura, símbolos, instituciones, (Sánchez, 1996). Este autor, menciona que una comunidad se caracteriza por seis componentes: *1) Localidad geográfica, 2) Estabilidad temporal, 3) Instalaciones, servicios y recursos materiales, 4) Estructura y sistemas sociales, 4) Cohesión y lazos que se desarrollan entre los miembros y 5) Sentido de comunidad.*

Por su parte Maritza Montero concibe la comunidad como un *“grupo en constante transformación y evolución, que en su interrelación genera sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, fortaleciéndose como unidad y potencialidad social”*. (Montero 2004: 207). Montero plantea así mismo, la existencia de un *sustrato psicosocial* que está presente en la comunidad y contiene los siguientes aspectos:

cohesión entre sus miembros, solidaridad, redes de apoyo social, formas de organización, conciencia y forma de conocimiento y trato.

Ya teniendo claros estos conceptos base, se posible dar paso a la definición y comprensión del concepto de Salud mental comunitaria que centra la atención en esta investigación.

Salud mental comunitaria

La SMC se puede definir como una respuesta a los problemas de salud, que surge en atención a la complejidad biopsicosocial del ser humano y las características propias del contexto, lo cual implica organización y estructuración tanto en la calidad como en la variedad de los servicios que se ofrecen, desde ámbitos sanitarios y no sanitarios (Carmona, 2012). Esta perspectiva de la SM desde lo comunitario, contempla a los sujetos en relación con otros, como actores protagónicos de sus propios procesos de cambio. “un sujeto con historia, valores, derechos” y “como soporte del quehacer un sujeto en, desde y para las relaciones” (Carmona, 2012), resaltando aquí la importancia de lo comunitario como eje articulador para el logro de objetivos comunes como es el bienestar y el desarrollo social.

Esto implica movilizarse desde “acciones comunitarias”, es decir, actuaciones flexibles pero estructuradas que se sustentan en las necesidades, demandas y recursos de la comunidad y en la realidad biopsicosocial de las personas que la habitan, lo cual conlleva necesariamente a la participación de los actores internos y externos de la comunidad en la toma de decisiones, el establecimiento de redes y vínculos para garantizar un servicio de atención responsable, facilitador e integral.

Actores, redes y vínculos

Al hacer referencias frente a las intervenciones en Salud Mental Comunitaria se pretende promover cambios en la comunidad impactando en diferentes niveles: ya sea en las condiciones sociales de vida, en los vínculos y relaciones, así como, en la manera de “percibirse”, tanto de la comunidad como de los que facilitan estos procesos.

De allí la importancia de los actores, que pueden ser: personas, familias, colectivos, instituciones públicas y privadas, organizaciones, que comparten un entorno, intereses y características, que los moviliza hacia objetivos comunes tales como la transformación social o el bienestar de su territorio (Touraine, 1997) Los Actores desde esta perspectiva se conciben como socios o coautores y son sujetos activos que inciden en diversos procesos económicos, sociales, culturales, políticos o ambientales de la comunidad en la que intervienen. Sus acciones tienen significado y portan valor.

Las redes por su parte, permiten conformar estructuras sociales (Itriago & Itriago, 2000), que se construyen cuando los socios (personas o entidades), se unen para generar propuestas concretas ante una situación de interés común (Krause, 1999). Las relaciones directas, el respeto a los acuerdos, la comunicación fluida, la familiarización con el mundo local y la concertación favorecen el establecimiento de vínculos de confianza y credibilidad con la población.

Morillo de Hidalgo (2000) ilustra bien este punto, en donde indica cómo opera el carácter relacional de las redes. Esta autora define las redes como:

“Sistemas de relaciones entre actores, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en producción de bienes y servicios teniendo como beneficiarios a poblaciones

de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas abiertos están en constante cambio y potencian sus integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida” (Morillo de Hidalgo, 2000).

Factores biopsicosociales de riesgo y protección

Para trabajar en SMC, se requiere partir de un diagnóstico social participativo que permita identificar los factores tanto de riesgo como de protección que inciden en la salud de las personas, estos factores se conciben como elementos que están en el ambiente, en el contexto del individuo y que le pueden afectar positiva o negativamente (Almonte C, García R.,2003)

A su vez cuando se habla de riesgo se contemplan dos conceptos fundamentales: Factores de riesgo y protección. Un *factor de riesgo* es cualquier rasgo, característica o exposición de personas, comunidad o grupos y que aumente su probabilidad de sufrir alguna alteración o desequilibrio. Por otra parte, los *factores protectores* son las características personales o elementos del ambiente capaces de disminuir los efectos negativos que se puede tener sobre la salud y el bienestar.

Los profesionales que trabajen desde la salud mental comunitaria deben comprender que los problemas de la salud mental y los factores de riesgo son emergentes de una problemática global, la cual también requiere ser analizada en su propio contexto y desde aspectos biopsicosociales (Mebarak. M, Castro. A, & Salamanca. M., 2009), es decir, desde los diversos factores biológicos -como: genética, herencia y demás: psicológicos como: conductas, emociones, pensamientos, entre otros y sociales tales como oportunidades educativas, pobreza, desempleo, entre otros, que influyen en el desarrollo y bienestar de las personas, comunidades

o grupos, en este caso que permiten explicar, entender o afrontar un estado de salud. (Engel G., 1977)

Contextos de violencia

Los contextos de violencia hacen parte de los factores determinantes del riesgo en SMC, y son una categoría central de este estudio, dadas las dinámicas sociales y culturales de países como Colombia; y resulta tan influyente el tema, que se encuentran análisis, estudios e informes que dan cuenta sobre la violencia de manera específica para este país, la complejidad del fenómeno, su arraigo en los territorios y las estructuras políticas y sociales tradicionales que persisten, lo cual demuestra que el problema aún no ha sido comprendido y está lejos de resolverse en este territorio.

La violencia en Colombia se explica desde dos grandes campos analíticos. El primero, comprende la violencia como fenómeno político, expresada desde los conflictos ideológicos que encarnan las confrontaciones por los proyectos de Estado nación y los modelos de desarrollo; tales como: guerras interpartidistas, conflicto armado, guerrillas y movimientos sociales; y el segundo campo analítico, explica la violencia como un fenómeno social, expresada en las relaciones cotidianas que no están mediadas necesariamente por motivaciones ideológicas, pero que sí parten de las necesidades y las dinámicas sociales y económicas que se dan en determinados territorios. Desde las que se explican fenómenos como: la violencia juvenil, urbana, intrafamiliar, la criminalidad organizada, el negocio de la protección ilegal, la delincuencia común, el narcotráfico, entre otros tipos de violencia que no riñen con la idea de Estado y sociedad. (Zapata. C., Barajas. D., Jaramillo. J., & Hernández. Y., 2012)

Y es precisamente desde este análisis de los factores biopsicosociales del riesgo, que se pueden plantear estrategias de trabajo preventivo que se adecuen a las realidades locales.

Estrategias o acciones de mitigación del riesgo

Ahora bien, pensando en aquellas estrategias de actuación que pueden implementarse desde la SMC, hay un variado campo que permite diferentes formas de hacer y trabajar la salud mental desde el diálogo con la comunidad, la reconstrucción del tejido social y la historización o reconstrucción de la memoria histórica.

Dentro de ese sistema de actuación e intervención se pueden plantear propuestas partiendo de elementos básicos y fundamentales como son: la cultura (E. Schein (1980)), el deporte (Rodríguez, 2000, Durán (2008) & Tuñón et al., 2014), la educación y la religión (Wachholtz & Pearce, 2009), como ejes vertebradores de procesos colaborativos, como vehículos que dinamizan, transforman y canalizan iniciativas y proyectos de base social, así mismo son contempladas como estrategias de afrontamiento, para facilitar condiciones y entornos saludables, que fomentan una comunicación empática y movilizan a la comunidad y sus actores a actuar sobre el malestar y los problemas con que se identifican

Este proceso debe estar planteado desde un trabajo adecuado a las realidades locales, porque parte de las voces de la propia comunidad que comparte sus necesidades sentidas, demandas y se hacen conscientes de las potencialidades y recursos que poseen para superar las situaciones que afectan su desarrollo y calidad de vida. (Montero, 2004)

Entonces, las propuestas de atención en salud mental comunitaria, implican identificar las capacidades, recursos y habilidades de la comunidad y de los individuos afectados, con el fin de hacer crecer el potencial local y posibilitar un trabajo coordinado. Estas

estrategias pueden plantearse desde el desarrollo comunitario (Ander Egg, 1987) & T. Porzecanski, 1983), el empoderamiento (Rapport 1981, Zimmerman 2000, Montero 2003), la participación comunitaria (Montero 1998, 2004; Berroeta y Rodríguez, 2010; Sánchez-Vidal, 2007), el agenciamiento (Hombrados y Gómez, 2001), la Cohesión y Cambio social, todos ellos articulados para el logro del bienestar personal, local y regional.

En sí, se trata de recuperar el pasado individual y social para conocerlo, darle un sentido e impedir así la fijación en el pasado que interfiera en el presente. *Historizar* significa construir un sentido de comunidad que visibiliza capacidades, favorece la cohesión y contribuye al desarrollo de identidades, lo cual permite afrontar con mayores y mejores elementos las demandas, necesidades y planes futuros (Ministerio de Salud de Perú, 2006)

Políticas públicas relacionadas a la salud mental

Para lograr desde la Salud mental comunitaria un desarrollo sostenible integral y coordinado se requiere que las acciones de prevención, promoción e intervención estén articuladas con los planes, programas y políticas públicas.

Las políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones (Ministerio de la Protección Social, Fundación FES-Social, 2005)

A continuación, en el marco legal se abordarán de manera general las leyes, políticas y lineamiento en Salud Mental que se vienen trabajando en Colombia.

Marco legal

Ley 1616 de 2013

Esta ley contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental (Congreso de la República de Colombia, 2013).

La precitada ley, 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 ley de salud mental, establece retos para el Ministerio de Salud y Protección Social como la cualificación del talento humano, el ajuste a los sistemas de información, la integración con otros sectores, y la creación de equipos interdisciplinarios en los territorios.

Política Nacional de salud mental, Resolución 004886 del 7 de noviembre de 2018

La presente Política Nacional de Salud Mental propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos (Cunego & Aram, 2016) y reconoce la salud como un derecho fundamental reconociendo lo establecido por la Ley Estatutaria de Salud (Congreso de la República de Colombia, 2015) y la Política Integral de Atención en Salud de 2016 donde se define que las personas, familias y comunidades son el centro de la atención integral de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016)

Esta política busca incidir en el despliegue de capacidades psico-emocionales, mentales y comportamentales que posibilitan el desarrollo de autonomía y relacionamiento, la funcionalidad y el desempeño para la vida cotidiana; tanto para la construcción de proyectos de vida y auto reconocimiento de potencialidades como para fortalecer las limitaciones en los procesos de transformación personal y social. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Para esto se propone un abordaje social comunitario, que requiere del despliegue de recursos sectoriales e intersectoriales con el objetivo de lograr una atención integral, reconociendo a los sujetos de derechos como centro de la misma, en consideración de las particularidades propias de las personas, familias y comunidades, sus situaciones y contextos. Por consiguiente, la política nacional de salud mental, desde el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las demás instituciones, busca posicionar la salud mental no solo como asunto prioritario de la salud pública y de derechos tal como lo promulga la Ley 1616 de 2013,” (Congreso de la República de Colombia, 2013), sino que además debe, en concordancia con lo propuesto en el Plan Hemisférico de la Salud Mental 2015 – 2020. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2015)

- Orientar programas de promoción que fortalezcan las habilidades psicosociales individuales y colectivas, la cohesión social y gestionen entornos saludables, resilientes y protectores.
- Orientar programas de prevención articulando los sistemas y servicios de salud mental a los dispositivos de base comunitaria.
- Fortalecer la respuesta de los servicios de salud con enfoque de atención primaria.
- Promover la rehabilitación basada en comunidad y la inclusión social.

- Optimizar los sistemas de información y la gestión de conocimiento así como la articulación sectorial e intersectorial.

Lineamientos de política de salud mental para Colombia (2005)

La formulación de dichos Lineamientos implicó el desarrollo de distintas fases y metodologías, lo que permitió alcanzar tres productos específicos relacionados:

Los contenidos sugeridos para la política pública de salud mental, lo cual incluye la propuesta de objetivos, principios, líneas de acción y estrategias, que debería tener la política de salud mental para Colombia.

- Un conjunto de recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en la cual se da cuenta de las redefiniciones que será necesario realizar al SGSSS, para poner en marcha los contenidos propuestos de la política de salud mental.
- La metodología de análisis de costos de eventos prioritarios en salud mental, en la cual se seleccionó dentro de los trastornos del estado de ánimo, la depresión unipolar y dentro de los trastornos de ansiedad, el ataque de pánico. Se resalta que la metodología propuesta es útil para calcular costos de cualquier otro evento en salud mental. (Ministerio de la Protección Social, Fundación FES- Social, 2005)

Se entiende por política pública el conjunto de decisiones y acciones que un régimen político representado por el gobierno, realiza para actuar sobre asuntos que afectan al colectivo y que han sido posicionados por distintos sujetos sociales como problemáticos (Salazar, 1999; Vargas, 2000; Hidnito, 1987). Las políticas públicas se concretan en una normatividad y no

deben confundirse con las leyes. En términos operativos, las políticas públicas constituyen lo que se ha denominado el “Estado en Acción”.

Documento Compes #3992 Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia

Las posibles causas del deterioro de la salud mental de la población colombiana se asocian a tres problemáticas principales: en primer lugar, la baja coordinación intersectorial en temas de salud mental. En segundo lugar, las barreras en los entornos y en las competencias socioemocionales de los individuos, y finalmente, a las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.

Para solucionar las problemáticas anteriormente planteadas este documento promueve la salud mental de la población que habita en el territorio colombiano a través de tres principales ejes de acción: el primer eje enfocado en aumentar la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos mentales o consumo de sustancias entre ellas las psicoactivas. El segundo eje está relacionado con el fortalecimiento de los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas, y busca desarrollar competencias socioemocionales en toda la población. El último eje orientado a mejorar la atención en salud mental e inclusión social de personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias entre ellas las psicoactivas por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social. Esta política se desarrollará en un horizonte de 4 años, con acciones a 2023 y tiene un costo estimado de 1.120.850 millones de pesos (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2020)

Antecedentes

En un ejercicio de revisión documental de todas las publicaciones relacionadas con el tema de salud mental, desde buscadores como Google Academic y Scopus; en dicha búsqueda se encontraron dos tipos de resultados según el concepto de búsqueda:

- 1) Cuando se realizó la búsqueda en Scopus desde el concepto “Salud Mental Comunitaria” en español, los resultados identificados fueron treinta y ocho documentos del año 1973 al año 2020, cuya área de mayor producción era la Medicina con un 53.8%, por lo cual se realiza un nuevo proceso exploratorio para generar una búsqueda más reciente y relacionada a nuestra disciplina, para ello se realizó un filtro ubicando solo los documentos relacionados a los años 2015 a 2020 y en las disciplinas de psicología y ciencias sociales encontrando una variación significativa. Los resultados hallados son los siguientes:
 - Presenta mayor índice de producción de documentos e investigaciones los años 2018 y 2019.
 - Los autores de mayor relevancia son: Albino, A.F., Armenta, A.M., Betancourt, M., Borsa, J.C., Bottinelli, M.M., Cáceres- Pachon, P., Cárdenas, C.T., De las Cuevas, C., Del Valle Barrera, M., Despott, C.C.
 - Los países de mayor producción se relacionan en orden jerárquico Chile, seguido de España, Argentina, Brazil, Mexico, Noruega y Estados Unidos y Colombia aparece con publicaciones anteriores al 2015.

- Las áreas del conocimiento que aportan a esta documentación son Psicología (57.1%), Ciencias sociales (21.4%), Artes y humanidades (7.1%), Medicina (7.1% y Enfermería (7.1%)
- 2) La segunda exploración se realiza en Scopus sobre el concepto “Community mental health” arrojando 79.453 documentos relacionados, un número elevado para generar un resultado detallado, por tanto se realiza revisión con un nuevo filtro parametrizado desde los cinco últimos años (2015 a 2020) y en las áreas disciplinares de psicología y ciencias sociales, reduciendo la búsqueda a 8.432 documentos, arrojando como resultados analíticos las siguientes cifras y elementos:
 - La mayor producción de estudios, investigaciones y textos se generó en 2017 a 2019
 - Los autores más renombrados son Brookman- Frazee, I. (23), Davidson, L. (17), Stylianidis, S. (17), Lau, A.S. (14), Beidas, R.S. (12), Kohrt, B.A. (12), Fuller-Thomson, E. (11), Hamby, S. (10), Kessler, R.C. (10), Koyanagi, A (10) y más de cien autores con menor índice de publicación y citación.
 - Los países con mayor índice de producción en documentos se nombran según el orden. Estados Unidos (4215), Reino Unido (1146), Australia (845), Canadá (845), India (177), Países bajos (175), Alemania (162), China (155), Italia (152) y España (144).
 - En cuanto a los documentos por área temática encontramos: psicología (29.5%), ciencias sociales (29.0%), medicina (27.15), Artes y humanidades (4.6%), Enfermería (3.5%), Neurociencia (1.1%), Profesionales de la salud (1.1%), entre otros de menor producción.

Finalmente se hizo rastreo de búsqueda en la base de datos de Google Academic identificando los libros con mayor citación y artículos recomendados, que soportan o sustentan la importancia de la investigación en el tema, destacando los textos más recientes tales como:

- From asylum to community: Mental health policy in modern America de Gerald Grob, 2014. Citado 645 veces

-La salud mental comunitaria de Ana María del Cueto, 2014, citado 25 veces

- An approach to community mental health, G. Caplan, 2013, citado 1166 veces

-Salud Mental Comunitaria de Ana María del Cano, 2012, citado 19 veces.

-El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria de S. Ardila E. Galende, 2011. Citado 23 veces

Toda la información consultada permitió realizar un contraste de la información actual con la ya existente, para determinar claramente como se ha contemplado el tema de Salud Mental Comunitaria, tanto desde aspectos teóricos, como desde un ejercicio práctico por diferentes profesionales del área de la salud mental.

Estudios e investigaciones.

Por otra parte, se identificaron varios estudios recientes en Colombia relacionados con la salud mental comunitaria, se destacaron cuatro investigaciones o estudios que aportan a la presente investigación como referentes:

Para el año 2003 en Cali, se realizó un estudio Nacional de Salud Mental, desde la articulación del Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social (2003), que da cuenta

de la salud mental como componente de salud pública, y es un campo en permanente desarrollo que no ha logrado aún acciones coordinadas en el ámbito de la salud general, tanto a nivel mundial como en Colombia.

En esta investigación se destacan aspectos interesantes de la Salud mental comunitaria a partir de tres necesidades halladas:

1) Generar una nueva salud pública que contemple la salud mental como un campo integral de la salud que brinde servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

2) Abordaje interdisciplinario para incrementar el conocimiento de los factores que contribuyen a los problemas y trastornos mentales y así promover investigaciones de causas y tratamientos.

3) Reconocer los aspectos biológicos, mentales y sociales que influyen en la salud para abarcar de manera más amplia las problemáticas del contexto.

(Ministerio de la Protección Social, Fundación FES- Social, 2005)

Una segunda investigación se da en el año 2008, en la Universidad Nacional de Colombia en el facultad de medicina, en esta investigación se destacan los múltiples factores de riesgo de la salud mental en Colombia que se dan gracias a la complejidad de las condiciones en que viven los colombianos, estos factores se abordan desde las siguientes categorías:

- *Factores socioculturales y ambientales:* (desempleo, maltrato infantil, consumo SPA, cambio en las estructuras familiares, desplazamiento)

- *Factores biológicos:* (transición demográfica, accidentes y desastres, desplazamiento forzado, homicidio).

- *Políticas, programas y planes:* (El interés que la salud mental ha despertado en la formulación de estrategias de atención ha sido reducido, no solo a nivel internacional sino

también en el país, pues, aun cuando han nacido algunas propuestas, su puesta en marcha generalmente se ve truncada por diversos factores. Una posible explicación al abandono y falta de interés de la sociedad y el Estado hacia la problemática de la salud mental podría ser que esta no conlleva una mortalidad directa)

Para finalizar, en un futuro, los factores de riesgo para la salud mental en Colombia dejan entrever un panorama desolador: el desempleo va en aumento, las condiciones de vida de la población menor muestran cifras cada vez más preocupantes, una cuarta parte de la población vive en familias desintegradas y la tercera parte ha cambiado de residencia en los últimos cinco años -en gran medida por la violencia,- la cuarta parte de la población ha sufrido el homicidio, desaparición o secuestro de un familiar, etc. La violencia, aunque no puede ser considerado el único de los factores que está actuando negativamente sobre la condición mental de la población, por su magnitud y su permanencia de dos décadas, si puede ser señalado como el principal determinante en el incremento de la problemática. (Peñas O., 2000)

Una tercera investigación fue realizada en el año 2018, a partir de la cual se publicó un artículo de investigación denominado “La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma” que analiza las reformas de sistemas de salud mental hacia servicios de base comunitaria e integrados en los sistemas locales de salud, identificando que en Colombia no se produce tal situación de cambio. Se hizo una investigación con enfoque histórico-hermenéutico donde participaron 23 profesionales de la salud mental en entrevistas y un grupo de discusión y se halló como resultado que los derechos humanos, la rentabilidad financiera, la calidad de los servicios y el estigma conforman directrices que orientan, de manera contradictoria, la salud mental en Colombia. Se discutió

sobre la conveniencia de realizar un análisis ético y político de la política pública de salud mental en el país. (Hernández, D. & Sanmartín, C., 2018)

Por último, se expone una cuarta investigación generada en el año 2018, donde publican un artículo de reflexión Salud mental en Colombia, en donde se analiza a nivel histórico aspectos de SM en Colombia, reconociendo que se han implementado acciones y esfuerzos por promulgar leyes, políticas y lineamientos para pacientes con enfermedad mental, pero también da cuenta de las limitaciones del actual sistema y las brechas existentes entre el diagnóstico y el tratamiento, así como de las posibles estrategias a implementar, el estudio se da a partir de la búsqueda de bases de datos bibliográficos relacionados a la normatividad e implementación de políticas públicas en SM en Colombia. Finalmente concluyen mencionando que la salud mental continúa siendo la cenicienta en las políticas públicas. Dada la falta de coherencia entre lo que se propone y lo que ocurre por la inadecuada implementación e interpretación de las normas. La normatividad en salud mental no ha logrado cumplir sus objetivos, lo cual hace que la atención en salud mental en Colombia aun sea muy deficiente. (Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP., 2018)

Capítulo 3. Metodología

Diseño

El ejercicio metodológico utilizado para el desarrollo de la presente investigación, la cual busca “comprender aspectos característicos de las comunidades en Colombia, que permita la identificación de recursos en salud mental comunitaria”, permitió seleccionar una estrategia cualitativa desde el enfoque de la Teoría Fundamentada Sustantiva, cuyo propósito es explicar la realidad apoyándose en los datos recogidos e interpretar la misma a partir de explicaciones teóricas producto de las comparaciones sucesivas, por tanto la investigación se sustentada en un estudio social que permita entender la SMC desde las dinámicas propias del contexto y el territorio nacional; lo anterior con el fin de lograr una caracterización de la SMC en Colombia desde una perspectiva psicosocial que contemple recursos psicológicos, sociales y culturales de las comunidades estudiadas.

El proyecto de investigación se diseña en cinco momentos, a razón del interés del observatorio en salud mental comunitaria de explorar lo que los maestrantes reportan, como mecanismo de sistematización de las realidades identificadas, como parte de la primera etapa de un macro proyecto, y que estructura el actuar de la investigadora, los cuales se describen de manera detallada a continuación:

1. Organizar y recopilar información en coherencia con la intencionalidad investigativa:

Esta primera etapa se realizó a través de varios filtros por parte del equipo de investigación interesado en el tema de salud mental. en donde se organizó los documentos por temas de

interés, fechas y lugar de ejecución, luego se procede a realizar otro filtro relacionado con la intencionalidad de la investigación.

2. Selección de los investigadores y los documentos que deberían ser analizados por el equipo: Este momento obedece a la revisión documental en donde se identifica la situación de las comunidades y se define el vacío del conocimiento para establecer el marco de la presente investigación. Se realizó la selección de 60 reportes generados por los profesionales en el curso de Salud Mental Comunitaria, en donde se identifica la situación de las comunidades y se define el vacío del conocimiento para establecer el marco de la presente investigación, así como la técnica y las herramientas adecuados para su desarrollo.

3. Selección de la información y análisis de datos a través de la matriz y proceso de codificación inicial en atlas ti: En la tercera etapa se continua con la recolección de datos a través de dos (2) procedimientos, el primero es el “ajuste” en donde se generan categorías conceptuales a partir de los datos identificados, y luego se realiza el segundo procedimiento denominado “funcionamiento”, que implica identificar los atributos, características o cualidades del dato para poderlos comparar entre sí y con ello encontrar semejanzas y diferencias. Si los datos poseen las mismas características se les asigna un nombre que indica el concepto al que pertenecen, es decir, se agrupan todos los datos que coinciden en un solo código y a eso se llama codificación. En esta etapa, se procede a realizar el análisis de los datos, codificación de primer y segundo nivel y establecimiento de relaciones de sentido a través del software Atlas ti, soportado todo este proceso en una metodología cualitativa, cuyo método de investigación fue la teoría fundamentada que permite el surgimiento de nuevos significados a partir de los datos.

4. *Triangulación de la información como proceso de contraste de la teoría con los hallazgos de la investigación*: En esta etapa se logró la definición de categorías de análisis de la salud mental comunitaria que permite identificar los recursos existentes en las comunidades, así como las necesidades propias del contexto.

5. *Reporte de resultados preliminares para el observatorio*. Que marcan la pauta para la continuidad del macro proyecto.

Este proyecto se llevara a cabo considerando los principios expuestos en el Código Deontológico de psicología (2000) en los procesos de investigación, recopilación de información y derechos de autor. Es así, como todos los datos empleados a los largo de este documento son usados únicamente bajo los objetivos del mismo y cuentan con el desarrollo de citas y referenciación de acuerdo a lo contemplado en las normas APA (American Psychological Association, 2019).

Teoría fundamentada.

El diseño metodológico está basado en la teoría fundamentada, que consiste en un proceso metódico, sistemático e interpretativo, que permite el análisis cualitativo de los datos a través de un proceso de interpretación, con el propósito de descubrir conceptos y relaciones y organizarlos en esquemas teóricos explicativos, esta teoría fundamentada posee unos elementos que le caracterizan como son: el muestreo teórico, los incidentes, la saturación teórica, el método comparativo constante, las categorías, categorías centrales, familias, la codificación y categorización , los tipos de codificación, los memos y finalmente la teoría sustantiva y formal, las cuales se relacionan en la ilustración 5 (Glaser & Strauss., 1967; Sandoval, 2002).

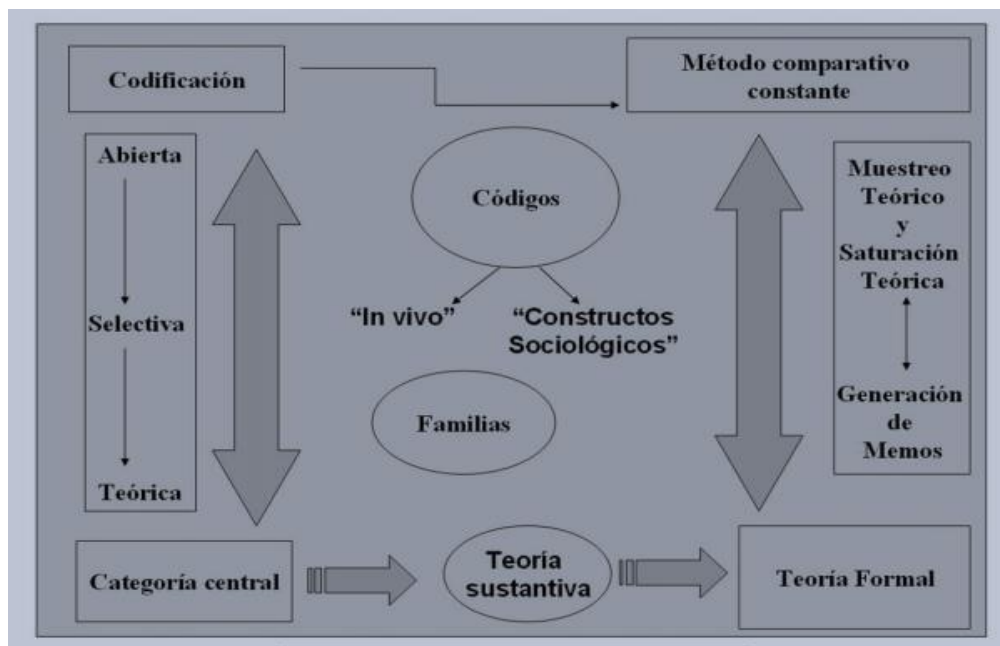


Ilustración 5. Elementos de la teoría fundamentada. Tomado de: Carrero, Trinidad y Soriano (2006; 23)

La presente investigación se sustenta en la teoría sustantiva, ya que es el resultado del proceso sistemático de los datos de campo, a través de los procesos de codificación y categorización, el cual se logra mediante un proceso sistemático y simultáneo de recolección y análisis de datos. Esta teoría hace referencia al área empírica propia de la investigación llevada a cabo (Gimenez R., 2007)

Con esta metodología se pretende generar una teoría que explique el fenómeno social de la Salud Mental Comunitaria en Colombia desde su contexto natural y cotidiano, es decir un estudio de la realidad social. Que implica que la investigadora “recoja, codifique y analice datos de forma simultánea” (Soneira, 2006)

Para indagar en el fenómeno, se realiza selección de 60 documentos de análisis o reportes que realizaron profesionales maestrantes del programa de psicología comunitaria en el Curso de Salud Mental Comunitaria de la UNAD durante los años 2015, 2016, 2017 y 2018.

Para la recolección de datos se consultaron trabajos efectuados en distintas regiones, ciudades y municipios de Colombia, que permitieron una radiografía social o panorámica de la problemática en el país, en una trayectoria de cuatro años, a través de la cual se logró identificar con precisión y refinamiento la teoría que se está desarrollando.

Este diseño metodológico es muy pertinente en la presente investigación cualitativa, que se sustenta en una teoría epistemológica (Hernández, 2010), desde lo histórico hermenéutico que permite interpretar la realidad dentro de su contexto histórico y social, su enfoque es cualitativo privilegiando el análisis profundo y reflexivo de los significados subjetivos e intersubjetivos que forman parte de las realidades estudiadas y el diseño metodológico se sustenta en la Teoría Fundamentada que tiene por objeto principal fundamentar los conceptos en los datos existentes, mostrando así una estructura coherente metodológicamente que permita comprender e interpretar como funciona el fenómeno de la salud mental comunitaria en un contexto tan variado y diverso como el colombiano, partiendo y centrando su atención en los datos existentes dentro del escenario y permitiendo reflejar con ello, no solo la realidad social del país sino el discurso de sus habitantes a través de los conceptos elaborados por la investigadora.

Características del método

Para este estudio se abordan los reportes hechos en escenarios comunitarios por los profesionales que cursan la Maestría en Psicología Comunitaria, los cuales son analizados en

un proceso de comparación permanente que llega a la generación de conceptos explicativos y teorías, es decir, permite teorizar sobre el problema de la salud mental comunitaria en Colombia, demostrando la necesidad existente de una mirada más amplia, que aborde los distintos factores salugénicos y psicosociales que influyen en el bienestar de una persona, dando un viraje a la perspectiva nomotética y relativista (salud-enfermedad) que se tiene de la salud mental y limita a contemplar factores patogénicos que en muchos casos no aplica a nuestro contexto.

Diseño de análisis de información

En la presente investigación se realizó una codificación mixta (abierta, axial y sistémica): Primero se hace un proceso sistemático de **codificación abierta** a través de un proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones. Para ello se generaron de dos tipos de códigos: Unos **precodificados** que surgen gracias a la subjetividad e interpretación de la investigadora y otros códigos **in vivo** cuya riqueza se perdería al ubicarlo dentro de un código o no hay como abreviarlos, como por ejemplo el código “contextos de violencia”; este hace parte de una categoría que se denomina Factores determinantes del riesgo, pero su índice de saturación es tan elevado, que vale la pena destacarlo como una categoría central.

A partir de esta codificación abierta, se da paso a la **codificación axial**, la cual de manera sistemática permite identificar la relación que guardan los códigos y las familias entre sí de manera jerárquica. Se llama axial porque todo circula alrededor de un eje o categoría, esta dinámica se logra a partir de la comparación constante entre categorías y subcategorías y un contraste de semejanzas y diferencias. Estas relaciones de sentido se establecen a través del

software Atlas ti, a partir de unos criterios que se relacionan a continuación en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Nomenclatura de relaciones Atlas.ti

Nomenclatura	Función de la relación
= =	Se asocia con
[]	Es parte de
= >	Es causa de
< >	Contradice a / a través de
isa	Es una / desde
:	Sin nombre / Propone /Analiza
* }	Es propiedad de /Tales como

Nota. Algunas funciones fueron modificadas por la investigadora dado que se requirió adicionar elementos de relación. Tomado de: Elaboración propia (Software Atlas. ti Versión 7)

Una vez realizado el establecimiento de redes semánticas, finalmente se realiza un proceso de **codificación selectiva** que permite identificar la relación conceptual y teórica que guardan entre sí códigos y familias, integrándolas dentro de un relato y unos resultados que permiten comprender y dar sentido a los datos hallados y refinamiento a la teoría, a lo cual se le llama sensibilidad teórica. Es de resaltar que la recolección de información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente.

Como se mencionó en líneas anteriores, para el desarrollo de esta investigación se utilizó una herramienta muy útil en la investigación cualitativa y recomendado para teorías fundamentadas, denominado Software Atlas ti, que permite incorporar datos, almacenar información, agrupar y codificar en categorías y subcategorías a partir de un proceso de comparación constante, para luego organizarlos en grupos mayores llamados familias. En este programa se analiza el contenido de cada código, se compara con los demás estableciendo elementos o atributos en común y la investigadora define si pertenecen o no a la misma clase para nombrarlos o agruparlos. Para el desarrollo del análisis del proyecto de investigación se recopila la codificación realizada a partir de las categorías extraídas de los textos empleados en el apartado (60 documentos reportes de maestrantes). Estos serán mencionados a lo largo del documento y se da cuenta de los mismos en el apartado de *Anexos, Tabla 11*

4. *Triangulación de la información como proceso de contraste de la teoría con los hallazgos de la investigación:* En esta etapa se logró la definición de categorías de análisis de la salud mental comunitaria que permite identificar los recursos existentes en las comunidades, así como las necesidades propias del contexto.

5. *Reporte de resultados preliminares para el observatorio.* Se realiza entrega de los resultados preliminares que arroja la presente investigación al equipo de investigadores interesados en el tema de salud mental, como parte de la primera etapa del macro proyecto y que marcará la pauta para la continuidad

Es necesario destacar que los últimos dos momentos se desarrollan a profundidad en el capítulo V de esta investigación.

Capítulo 4. Análisis e interpretación de resultados y discusión.

Resultados

Tras una revisión documental de 60 reportes de análisis de los maestrantes en psicología comunitaria, se logra realizar una radiografía social del panorama de la salud mental comunitaria en Colombia, en donde se reflejan las diferentes realidades que se vive en cada contexto tales como pobreza, inseguridad, desigualdad social, violencia, conflicto armado, abandono, adicciones, precariedad laboral, entre otras problemáticas sociales, económicas, culturales, políticas y administrativas y los factores determinantes que influyen positiva o negativamente en la salud mental de los colombianos.

Se puede ver esta ilustración a través de las siguientes tablas que reflejan el ejercicio de codificación primario, que implica la transcripción y organización de la información, identificación de recurrencias, establecimiento de códigos y proposiciones agrupadas; que inicialmente en el proceso de recolección de datos y codificación arrojó 277 códigos y 27 familias, un número muy elevado de categorías y subcategorías para el análisis de datos y elaboración de la teoría, por ello, fue necesario hacer una nueva saturación y agrupación de datos, es decir, una codificación de segundo nivel que nos lleva a 94 códigos y 8 familias, cuyo criterio de selección se da por el índice de fundamentación, reflejado en la tabla 10.

Tabla 2. Categoría Salud Mental.

Familia	Códigos (1)	Fundamentados
<i>Salud Mental</i>	Salud Mental	27

Total	27
--------------	----

Nota. En este ejercicio se contemplaron 3 códigos con 29 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: Abordaje clínico y psiquiátrico, Cognoscitivo. Fuente Creación propia.

Tabla 3. Categoría Salud Mental Comunitaria.

Familia	Códigos (6)	Fundamentados
	Psicosocial	5
	Diagnóstico de salud mental	6
<i>Salud Mental</i>	Transformación del entorno	6
<i>Comunitaria</i>	Precariedad en el servicio de atención	9
	Bienestar	12
	Salud Mental Comunitaria	35
	Total	73

Nota. En este ejercicio se contemplaron 9 códigos con 76 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: posturas críticas, intervención en salud mental y tendencia a la morbilidad de la SMC. Fuente Creación propia.

Tabla 4. Categoría: Factores determinantes del riesgo en SMC.

Familia	Códigos (10)	Fundamentados
<i>Factores</i>	Discapacidad	7
<i>Determinantes</i>	Factores de riesgo	4
<i>del riesgo en</i>	Señales de afectación en SM	34

<i>SMC</i>	Enfermedades Físicas y Mentales	9
	Disgregación familiar y social	5
	Vulnerabilidad en salud	9
	Vulnerabilidad económica	7
	Vulnerabilidad social	10
	Adicciones	47
	Factores Determinantes en el deterioro de la SMC	22
Total	154	

Nota. En este ejercicio se contemplaron 22 códigos con 178 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: precarización laboral, migración, embarazos no deseados, desterritorialización, pérdida del sentido de comunidad, problemática familiar, coacción a la autonomía, interés particulares, perdida de la libertad, problemáticas sociales, relaciones nocivas, exposición a ambientes patológicos y deficientes relaciones interpersonales. Fuente Creación propia.

Tabla 5. Categoría Contextos de violencia.

Familia	Códigos (12)	Fundamentados
	Exclusión social	10
	Desigualdad Social	4
Contextos de violencia	Abuso	6
	Discriminación	6
	Marginación	6
	Desprotección del Estado	6

Pobreza	7
Conflicto Armado	12
Desplazamiento	13
Abandono	14
Violencia	18
Contextos de violencia	20
Total	122

Nota. En este ejercicio se contemplaron 21 códigos con 134 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: machismo, violencia de género, desaparición, aislamiento, agresión, inseguridad, violencia doméstica, estigmatización. Fuente Creación propia.

Tabla 6. Categoría Políticas Públicas en Colombia.

Familia	Códigos (6)	Fundamentados
	Desconocimiento de programas y políticas	6
	Regulación normativa	6
Política	Planes de desarrollo	10
Pública en	Carencia de integralidad en las políticas	
Colombia	públicas	15
	Contextualizar la realidad social del país.	18
	Política Pública en Colombia	25
	Total	70

Nota. En este ejercicio se contemplaron 10 códigos con 89 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: Disidencia en los planes de desarrollo y políticas, rol ético-político, resistencia a las normas sociales, ausencia de compromiso social y político. Fuente Creación propia.

Tabla 7. Categoría Actores

Familia	Códigos (3)	Fundamentados
	Actores	10
Actores	Sujetos activos de su propio proceso	12
	Comunidad	45
	Total	67

Nota. En este ejercicio se contemplaron 8 códigos con 77 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: Niños/niñas, adolescentes, familia, adulto y víctimas. Fuente Creación propia.

Tabla 8. Categoría Redes y vínculos.

Familia	Códigos (3)	Fundamentados
	Reconocimiento del otro	6
Redes	-	
	Reconstrucción del tejido social	15
vínculos	Redes - vínculos	45
	Total	66

Nota. En este ejercicio se contemplaron 4 códigos con 69 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas

subcategorías que también fueron evaluadas tales como: Representaciones sociales. Fuente Creación propia.

Tabla 9. Categoría Acciones de mitigación del riesgo SMC.

Familia	Códigos (14)	Fundamentados
<i>Acciones de mitigación del riesgo en SMC</i>	Estrategias de intervención comunitaria	61
	Empoderamiento	6
	Deporte	6
	Educación	6
	Apoyo social	9
	Factores de protección	8
	Redireccionamiento del Servicio de Atención en Salud	13
	Resiliencia	9
	Desarrollo comunitario	9
	Reconstrucción de memoria histórica	11
	Cohesión social	15
	Cultura	20
	Acciones de mitigación del riesgo en SMC	31
	Participación Comunitaria	36
Total	240	

Nota. En este ejercicio se contemplaron 23 códigos con 264 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: Descentralización, agenciamiento, cambio social, autogestión, promoción y prevención, religión, interdisciplinariedad, tratamiento integral y gestión local. Fuente Creación propia.

Tabla 10. Categoría Enfoques

Familia	Códigos (2)	Fundamentados
<i>Enfoques</i>	Enfoque de Derechos humanos	6
	Enfoque psicosocial	6
Total		12

Nota. En este ejercicio se contemplaron 5 códigos con 21 fundamentaciones, pero en la tabla solo se muestran los códigos de mayor saturación, no obstante, se hace necesario mencionar aquellas subcategorías que también fueron evaluadas tales como: enfoque diferencial, enfoque de género y enfoque intercultural. Fuente Creación propia.

El proceso de análisis y triangulación de la información (hallazgos, teoría y posturas del investigador) permite el establecimiento de 8 grandes categorías de análisis o familias categoriales, que dan cuenta de la situación actual de la **salud mental comunitaria** en el país, partiendo de los **factores determinantes del riesgo** incluyendo los **contextos de violencia** que es una categoría central, la dinámica de las **políticas públicas en Colombia**, los **actores** que inciden en esta problemática, la necesidad de fortalecer **redes y vínculos**, para finalmente establecer las **acciones de mitigación del riesgo de la SMC** y los **enfoques** desde los cuales se pueden generar propuestas de actuación.

En este sentido se propone una tabla que permite establecer las familias de códigos y categorías de análisis que reflejan las expresiones sentidas de la comunidad y aquellas que se

infieren por los profesionales ya que la comunidad no es consciente de ellas porque las han naturalizado, citando alguna de las fuentes más representativas. Ver anexos. Tabla 11. Familias de códigos y categorías de análisis.

Categorías de análisis.

Las categorías de análisis con las cuales se trabajaron son las siguientes, que se presentan de manera jerárquica por proposiciones agrupadas y surgen a partir de la construcción de redes semánticas:

1. Salud Mental comunitaria

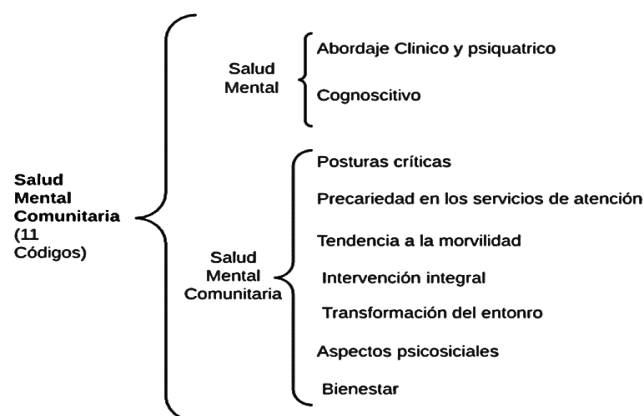


Ilustración 6. Salud Mental Comunitaria. Fuente: Creación propia.

Dentro del análisis de la categoría de salud mental comunitaria, se identifica que es necesario reconocer y partir de su origen, la cual surge del campo de la salud mental y que se caracterizó por un abordaje clínico y de enfermedad los problemas relacionados a la mente y lo cognoscitivo y que aún hoy, dentro de este contexto continua con una mirada patogénica. Como se refleja en lo expresado por los profesionales en el documento **P12: 12:1 Para hablar de salud**

mental comunitaria es importante abordar el concepto mismo de salud mental, el cual se refiere según (Rodríguez. Yunta, 2016) al bienestar, a la prevención de trastornos mentales y al tratamiento y la rehabilitación de personas por efectos de estos trastornos.

Esto generó una serie de inconformidades entre los profesionales de la salud, la población y las personas afectadas, dado que identificaron la necesidad de un abordaje integral que contemple elementos psicosociales, culturales y ambientales adicionales al análisis clínico y de enfermedad, generando como alternativa la Salud Mental Comunitaria, expresado así en el documento. **P33: 33:1** *La salud mental comunitaria es un conjunto de estrategias, y actividades, encaminadas a la investigación, análisis y al diagnóstico de problemáticas socioculturales, y biopsicosociales que encierran a una comunidad y la interacción con el ser humano, mitigando los riesgos que vulneran la salud física y mental favoreciendo desde su accionar en promoción y prevención de la salud, el desarrollo humano y de la comunidad*

Tal situación da paso a la crisis y el descontento de la población colombiana, respecto a los protocolos de actuación en salud mental comunitaria y es donde empiezan a surgir posturas críticas frente a la precariedad en los servicios de atención, la falta de integralidad en los procesos de prevención, atención e intervención, la carencia de personal idóneo y cualificado en SMC, y el sentirse tratados como enfermos y personas aisladas, todo ello da paso a la identificación de una tendencia hacia la morbilidad en salud mental, dejando a un lado los aspectos psicosociales y el bienestar de la comunidad que son de gran relevancia para la transformación del entorno y el desarrollo de las regiones y las comunidades .

Esta situación se refleja en la siguiente ilustración que da cuenta de la relación que guardan los códigos y las familias entre sí.

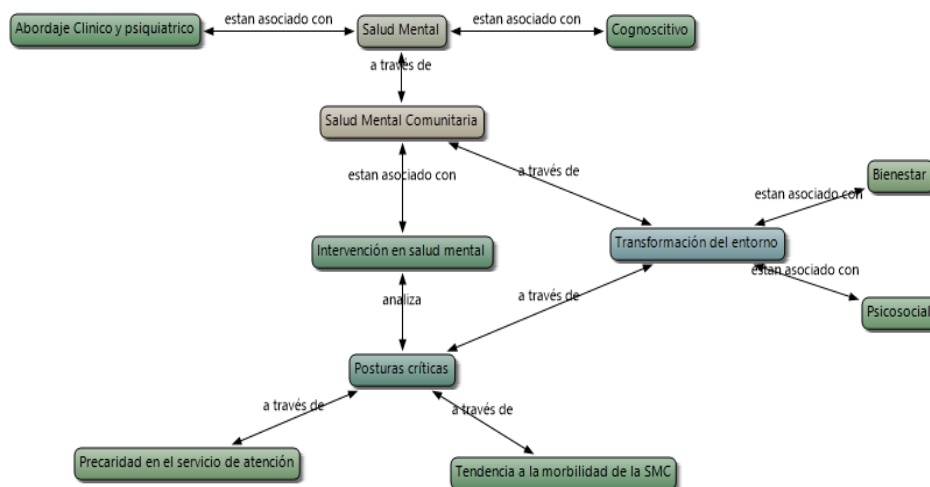


Ilustración 7. Red semántica de la salud mental comunitaria.

2. Factores determinantes del riesgo

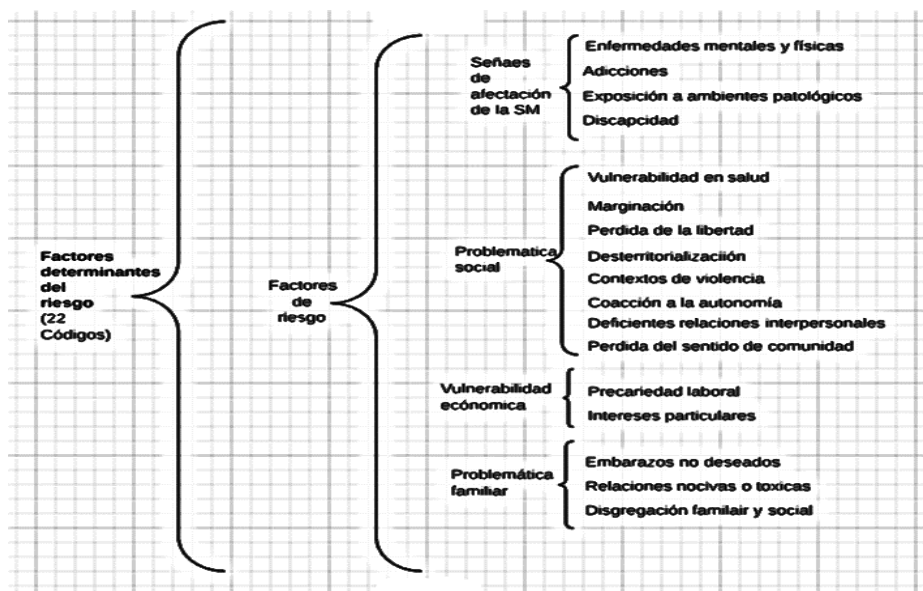


Ilustración 8. Factores determinantes del riesgo. Fuente: Creación propia.

Los **Factores determinantes del riesgo en salud mental comunitaria** están asociados a factores de riesgo, desde cuatro categorías tales como:

-Señales de afectación de la salud mental: cuya escala contempla las enfermedades físicas y mentales, condiciones de discapacidad, las adicciones como el consumo de sustancias psicoactivas en diferentes grupos poblacionales (niños, jóvenes, adultos), el alcoholismo, tabaquismo, ludopatías, entre otros; así mismo la exposición a ambientes patológicos, entendido este término, como aquellos contextos que favorecen el riesgo, la dolencia o enfermedad, por ejemplo un casino para una persona ludópata, el conflicto armado que potencia la ansiedad, la exposición a la guerra que genera estrés postraumático, y problemas familiares o económicos que desencadenan depresión, estrés o alteración emocional, perturbando el equilibrio y bienestar de la persona, su familia y la comunidad.

-Otro factor de riesgo es la *Problemática Social*, en esta jerarquía se encuentran otras subcategorías incluidas como la marginación producto de la guerra, el desplazamiento, las condiciones de pobreza extrema; también está asociada a la pérdida de la libertad que viven las personas recluidas en centros penitenciarios o secuestro y la desterritorialización, así mismo la vulnerabilidad social incluye las deficientes relaciones interpersonales, pérdida del sentido de comunidad, la coacción y finalmente encontramos la vulnerabilidad en la salud y el déficit en los sistemas de atención. Se sustenta en voces de la comunidad que indican **P 2: 2:69** “*existen carencias diversas, en un alto porcentaje de la población en vulnerabilidad ante afecciones de salud, económicas, sociales entre otras*” (Ver anexo Tabla 11)

- En cuanto al nivel de *vulnerabilidad económica* que experimentan las personas obedecen elementos como la pobreza, pérdida del empleo, condiciones de subempleo o precariedad laboral e interese particulares y

-Finalmente se contempla la *Problemática familiar*: hacen parte aquellas situaciones que ocurren al interior de los hogares como embarazos no deseados, las relaciones nocivas o tóxicas, falta de comunicación asertiva, conductas disruptivas de los adolescentes, separaciones, disgregación familiar y social. Los integrantes de las comunidades apoyan este aspecto mencionando lo siguiente: **P35: 35:4** *“Trato inadecuado, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la prostitución infantil, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos no deseados, los antivalores, exclusión, familias disfuncionales, relaciones conflictivas, marginación, condiciones de dominio”* (Ver anexo Tabla 11)

Es así, cómo desde la lectura que se hace a los diferentes documentos revisados, se refleja un panorama de los factores más influyentes en el deterioro de la salud mental comunitaria y demarca la importancia de identificar y definir este elemento como una categoría central que orienta una ruta integral de acompañamiento desde la salud mental comunitaria. Se sustenta lo expresado en el reporte **P33: 33:4** *Logrando establecer un diagnóstico social comunitario y una evaluación de las necesidades sociales de la salud mental, se establece un modelo, ejecutando acciones capaces de resolverlas y dar solución a éstas, desde la perspectiva de un trabajo interdisciplinario, brindando un liderazgo, en el que la participación social contribuya al logro de los objetivos en transformación social, teniendo en cuenta la rehabilitación en salud mental con promoción y prevención.* (Ver anexo Tabla 11)

Es necesario aclarar que dentro de esta familia está también los contextos de violencia, que, si bien se proponen en una gráfica diferente, por ser un código que presenta mayor saturación en los diferentes análisis, está incluidos dentro de la misma categoría y genera una relación semántica mucho más compleja.

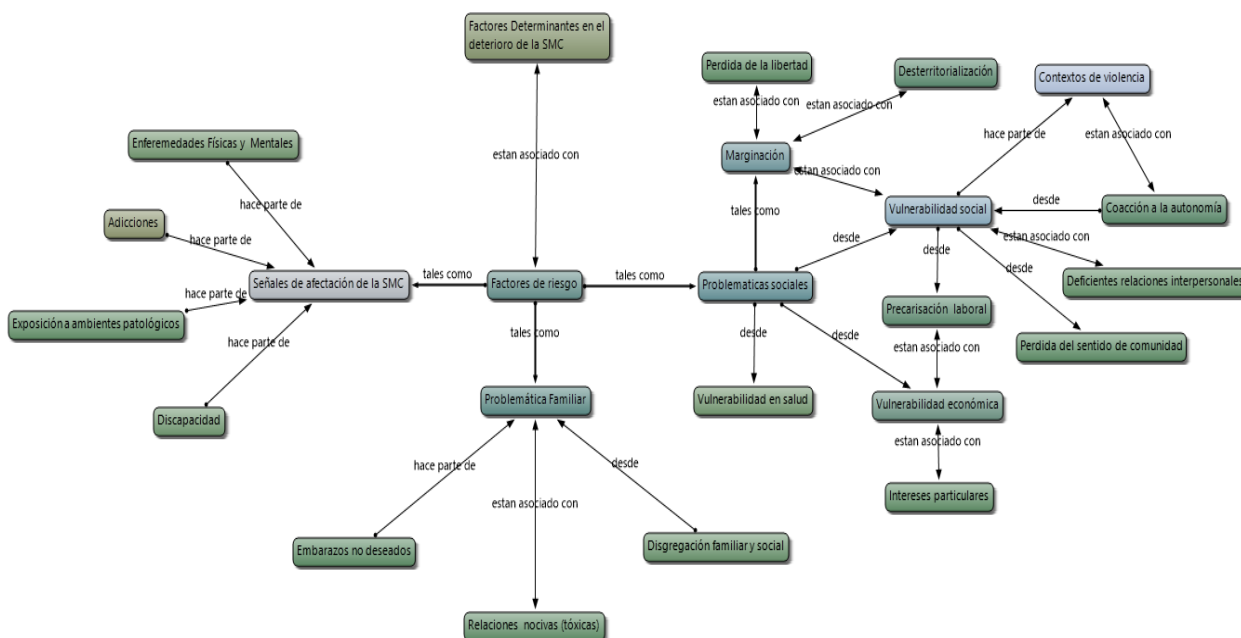


Ilustración 9. Red semántica Factores determinantes del riesgo SMC.

Esta ilustración da cuenta de la construcción de los tipos de relaciones jerárquicas que se establecen entre las categorías y subcategorías y que se explicó de manera detallada en líneas anteriores.

3. Contexto de violencia

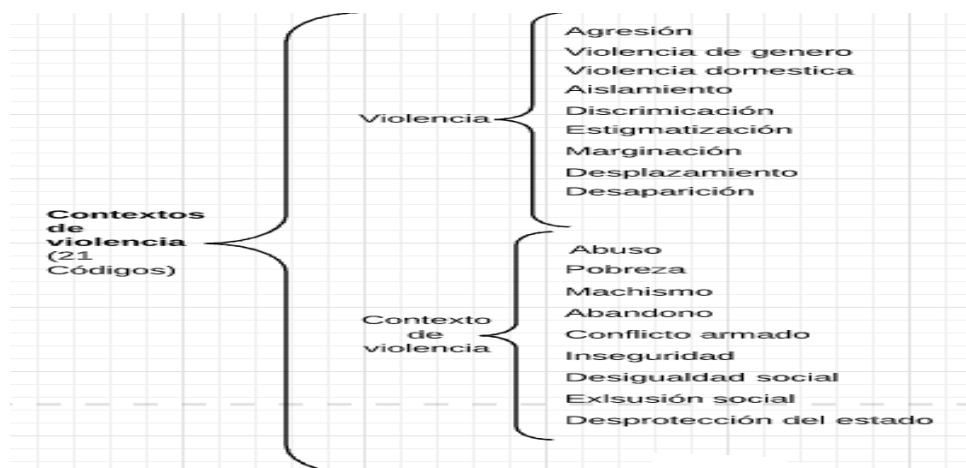


Ilustración 10. Contexto de Violencia. Fuente: elaboración propia

De acuerdo al análisis que se puede generar a partir de la revisión documental frente a la evaluación de la salud mental comunitaria en diferentes regiones del territorio Colombiano, arroja como resultado una tercera categoría de análisis muy importante que corresponde a los **contextos de violencia** los cuales están asociados a los factores del riesgo, pero que por ser el código de mayor saturación, se contempla como una categoría central y desprende dos grandes subcategorías los *contextos de violencia* y la *violencia*: el primero está relacionado con el abuso ya sea físico, sexual, emocional, psicológico, económico, de poder o autoridad, negligencia, aislamiento y por otra parte el abandono familiar, infantil, personal, social y del estado o desprotección del estado, así mismo dentro de esta familia de códigos se contempla la pobreza que refleja la carencia o necesidad económica y la no satisfacción de necesidades básicas, así como los altos índices de inseguridad que aumentan en las comunidades en este tiempo producto de la desigualdad social y la pérdida de sentido frente a las normas, principios y valores. Ahora bien, en cuanto a la variable del conflicto armado, este hace parte de la violencia y está relacionado con una serie de acciones implícitas en su escenario tales como el desplazamiento, la desaparición y el aislamiento. Todo ello se refleja en las voces de los integrantes de las comunidades en el siguiente fragmento **2: 2:68** *Los largos años de conflicto armado han dejado en el conjunto de los habitantes una huella difícil de borrar, el nivel de aficción ha sido gradual en orden al involucramiento y la clase social, siendo más afectados los más pobres en cuanto han puesto un número mayor de víctimas; este factor causante de tanto sufrimiento fue ocasionado por todos los actores amados y políticos que de una u otra manera generaron dolor y marginación. (Ver anexo Tabla 11).*

La violencia esta implícitamente relacionada con los contextos de violencia y se analiza este código desde elementos que la conducen como la agresión que es otro contexto asociado

con nuestra cultura machista, la violencia de género, la violencia doméstica, la estigmatización que contempla la discriminación, marginación y exclusión social, entre otros, muchas de ellas tan naturalizadas que la comunidad no es consciente de su existencia como problema desencadenante de la SMC. Se percibe de manera clara por los profesionales expresada así

P17: 17:10 *La violencia se constituye en un factor de riesgo para la salud mental de la comunidad, ocasionando Trastornos psiquiátricos, depresión, ansiedad, estrés postraumático, entre muchas otras secuelas que se generan por el conflicto armado (Ver anexo Tabla 11).*

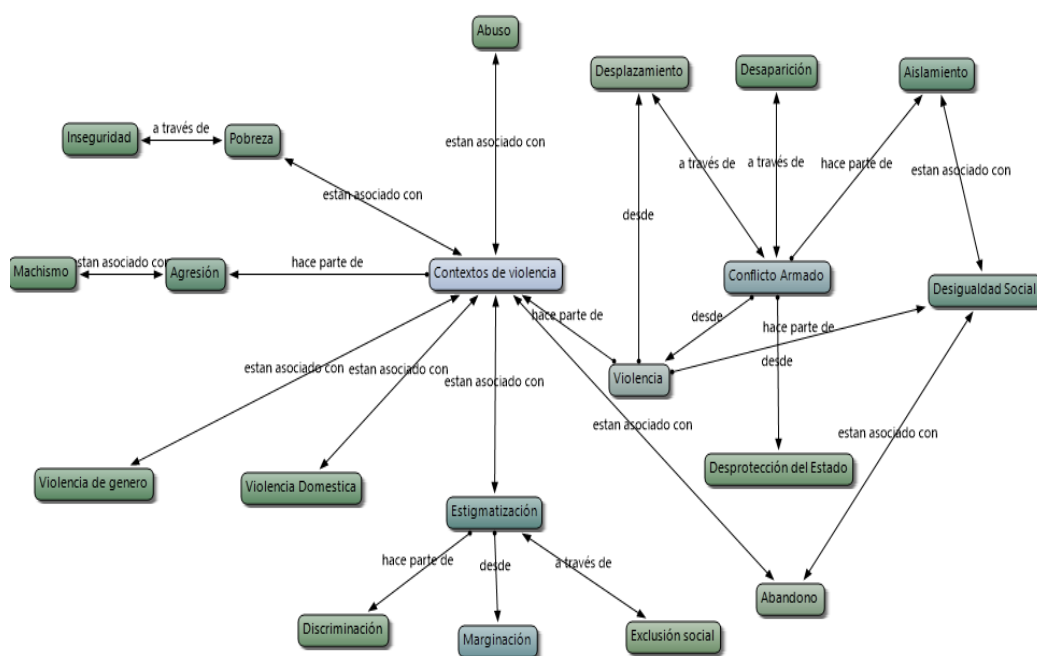


Ilustración 11. Red semántica Contextos de violencia.

Colombia es un país que se ha formado desde sus inicios bajo estructuras de guerra por el territorio, riquezas, ideologías, colores, formas de pensar, ser y actuar; en donde la violencia se ha tornado en un escenario cotidiano en niveles diferentes, al cual sus habitantes vienen

acostumbrados y naturalizados; por tanto, es necesario evidenciar y contemplar este contexto de violencia como un factor determinante de riesgo en SMC dentro de nuestras políticas públicas, para generar protocolos de actuación que atiendan a las necesidades de las comunidades desde la realidad del país, ejemplo, cuantas personas víctimas del conflicto armado, de la violencia de género y doméstica, del machismo, o por la pérdida de la economía y sus situaciones de conflicto en casa, acuden a un servicio de salud en búsqueda de apoyo y orientación porque se sienten afectados y no se puede brindar una atención oportuna y pertinente, porque no hay un plan de beneficios en salud que contemple esta variable como índice de afectación al bienestar de la persona, y no existe personal ajeno al sistema de salud que pueda apoyar con estas situaciones, o por el contrario debe encasillarse como una enfermedad o trastorno para que pueda ser catalogado, remitido y asignado a un profesional o especialista que defina su plan de tratamiento, si requiere aislamiento en hospital de reposo o psiquiátrico. Es decir, no se contemplan otras variables de atención, los recursos de la propia familia y comunidad, los centros de escucha, las redes de apoyo, la interinstitucionalización, entre otros. La misma comunidad deja impresa su opinión en el documento **P14: 14:1**... *ya que un país como Colombia en donde los problemas de desplazamiento, violencia, pobreza, drogadicción revisten atención de parte de los gobiernos (Ver anexo Tabla 11)*

He allí, la importancia de conocer la demanda de los servicios, las necesidades expresadas y sentidas por la comunidad, para identificar la prevalencia de las situaciones psicosociales que afectan la salud física y mental de la comunidad y el nivel de incidencia, y con ello equilibrar y potenciar los canales de planificación, actuación, integración y coordinación de servicios.

4. Políticas públicas en Colombia

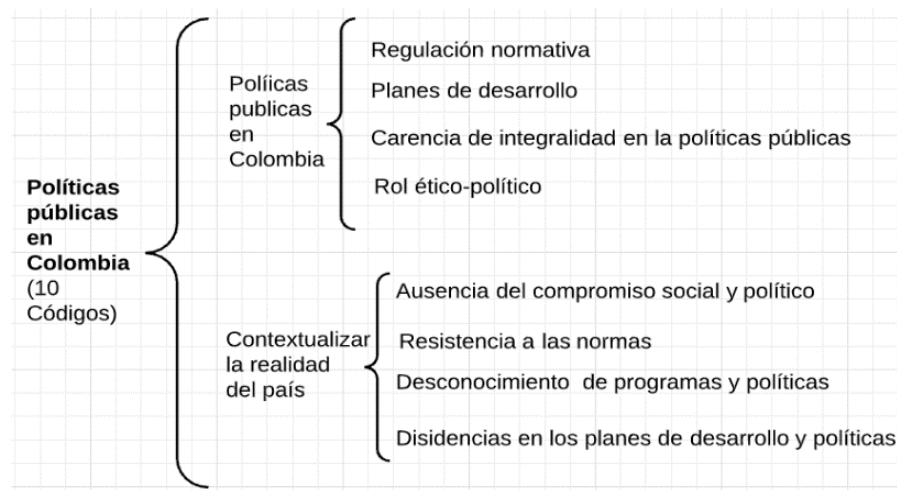


Ilustración 12. Políticas públicas en Colombia. Fuente: Creación propia.

Partiendo de esto se desprende otra de las categorías de análisis que se identificó en esta investigación y es la **Política Pública en Colombia** dada la necesidad de contextualizar la realidad social del país, puesto que se ha encontrado que en muchas de las políticas públicas y planes de desarrollo de las diferentes regiones y departamentos del país, se adaptan modelos y propuestas extranjeras que ya se vienen implementando y simplemente se aplican tal cual como están diseñados o con ajustes sin revisar y contextualizar a la realidad y las dinámicas propias del país, generando incoherencia y poca pertinencia en las propuestas planteadas a la realidad en la cual se desarrolla. Esto lo recalca la siguiente expresión **P 2: 2:102** *Debido al contexto de conflicto que vivió la región, se requiere implementar un plan de acompañamiento para los excombatientes, de los diferentes actores armados, que permita medir el nivel de afección y capacite para su abordaje (Ver anexo tabla 11)*

De allí surge la necesidad de contemplar una regulación normativa, ajustada a las necesidades propias de cada región y contexto, desde un rol ético-político, que influya positivamente en la construcción de esa Política Pública en Colombia.

Adicionalmente, al revisar los planes de desarrollo de diferentes regiones, se encontró una serie de disidencias en los planes y políticas, que termina influyendo en una respuesta de resistencia a las normas o pautas establecidas, teniendo en cuenta que no aplican o no se ajustan a las necesidades reales y las situaciones de cada región. Lo manifiesta de manera clara un integrante de la comunidad **P 2: 2:67** *El mal proceder estatal en orden a la prestación del servicio a través de terceros y la poca vigilancia sobre los recursos asignados ha llevado a la mala administración y procederes fraudulentos (Ver anexo tabla 11).*

Así mismo esa contextualización de la realidad, da cuenta de una radiografía social del país, en donde se evidencia una carencia de integralidad en las políticas públicas, un desconocimiento de programas y políticas por parte de la comunidad, las entidades y el mismo gobierno, así como la ausencia de compromiso social y político para un abordaje integral que atienda a las diferentes problemáticas que afectan las SMC en Colombia. Sustentado en una opinión reflejada en el siguiente artículo **P12: 12:3** *es importante inicialmente un posicionamiento de la Salud Mental dentro de las políticas públicas, pero no solamente como eje transversal superfluo, sino como una problemática compleja a la cual se le debe prestar atención, recursos económicos y humanos y atención de manera integral (Ver anexo tabla 11).*



Ilustración 13. Red semántica Política Pública en Colombia.

Esta ilustración da cuenta de la construcción de los tipos de relaciones jerárquicas que se establecen entre las categorías y subcategorías y que se explicó de manera detallada en líneas anteriores.

5. Actores



Ilustración 14. Actores. Fuente: Creación propia.

Los actores son un recurso fundamental en este proceso y deben ser concebidos como sujetos activos de su propio proceso de cambio, para favorecer la transformación social, estos sujetos pueden ser: Adultos, Adolescentes, Niños y Niñas, familias, la Comunidad que

contempla a todos los anteriores, las Víctimas y las Instituciones. Se observa así en el documento **P 2: 2:113** la siguiente mención: *Se evidencia la importancia del factor comunitario, llámese familia, comunidad, amigos, y todos aquellos con los que se relacionan las personas con afecciones psicosociales*, o en el documento **P 8: 8:1** *De manera que, la comunidad es el sujeto social en el cual se interviene y tiene el rol activo de la acción; lo que precisa que el trabajo de la psicología comunitaria según refiere Antonio Petrus (1998) sólo es válido cuando se realiza con, desde y para la comunidad; pues nadie mejor que ellos para conocer su realidad y así mismo identificar posibles alternativas de solución para el cambio deseado (Ver anexo tabla 11).*

Es de aclarar que las víctimas no se articulan a la comunidad, dado que no en todas las comunidades hay víctimas, pero en los casos existentes, estas personas hacen parte de la comunidad. Por tanto, se hace necesario realizar un censo en las comunidades y regiones para identificar el personal, si tiene algún tipo de formación en el campo de la salud mental, cuáles son sus habilidades, potencialidades o la necesidad de cualificación para lograr el recurso humano necesario, identificar con que instituciones cuenta y con cuales se puede articular para brindar desde el mismo territorio alternativas de solución y finalmente definir la población de mayor nivel de riesgo para dar prioridad a su atención. Nótese la apreciación de la comunidad en este párrafo **P 2: 2:35** *no se debe desconocer el trabajo de entidades y fundaciones particulares que contribuyen con dicha labor, las cuales deben estar altamente cualificadas, pero también contar con la suficiente articulación y apoyo estatal para el desarrollo de sus objetivos*

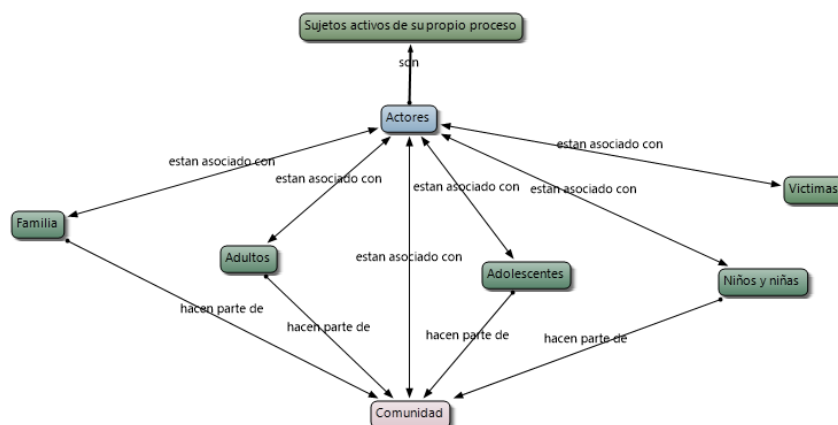


Ilustración 15. Red semántica Actores. Fuente: Creación propia.

Esta ilustración da cuenta de la construcción de los tipos de relaciones jerárquicas que se establecen entre las categorías y subcategorías y que se explicó de manera detallada en líneas anteriores.

6. Redes y vínculos

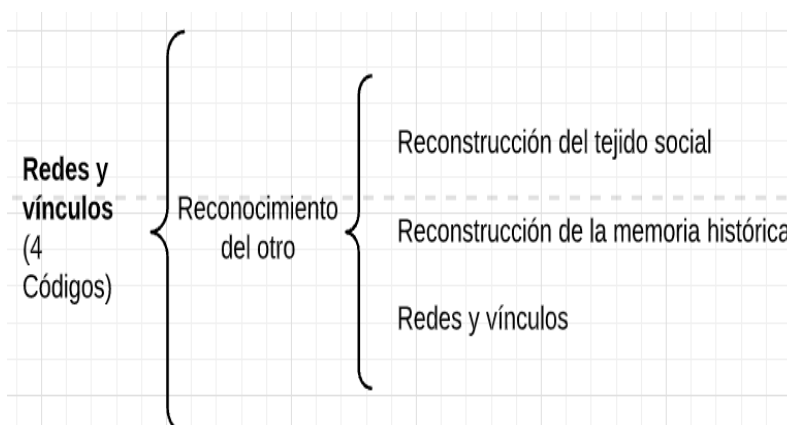


Ilustración 16. Redes y vínculos. Fuente: Creación propia.

Las **Redes y los vínculos** es otra de las categorías de análisis que trasciende y marca una pauta principal en esta investigación de Salud Mental Comunitaria. Ya que se requiere reconocer la existencia del otro como sujeto activo y parte fundamental de la comunidad, grupo

o población. Se resalta un aparte que expresa la importancia de las redes en el siguiente reporte **P19: 19:4** *las Relaciones Sociales que hacen referencia a las relaciones de los miembros de la comunidad implicando la contención de redes comunitarias. En las Relaciones Sociales debe imperar el cuidar al otro, al colectivo. Las Relaciones Sociales son heterogéneas creativas, afectivas, reconocen la capacidad humana, se tejen para aportar a soluciones concretas a través de procesos participativos desde el colectivo. A través de la Relaciones Sociales los sujetos establecen vínculos y posicionan su rol en la comunidad (Ver anexo tabla 11).*

Esa redes y vínculos son altamente eficientes en un proceso de reconstrucción del tejido social y de la memoria histórica, tan necesarios en un contexto como el nuestro, donde el conflicto y la guerra han fracturado los lazos de la sociedad colombiana y ha marcado barreras sociales entre unos y otros; por ello, se hace pertinente reconocer la diferencia dentro de nuestra propia cultura, el reconstruir nuestra historia a partir de las voces de quienes vivieron o sufrieron hechos que marcaron nuestras vidas, así como el hilar las historias de otros e identificar aquellos elementos que nos llevaron a lo que somos hoy como país, el revivir acontecimientos para perdonar y trascender, el entender la razón u origen de comportamientos e ideologías y el fortalecer los lazos y vínculos con otros; entendiendo que todos de alguna manera pueden apoyar escuchando, consolando, orientando, reconociendo similitudes y diferencias, pero sobre todo uniéndose como humanidad y promoviendo el sentido de comunidad. Montero (2004) destaca algunos aspectos importantes que los profesionales quisieron resaltar en el siguiente documento **P18: 18:3** *recreando transformaciones, resignificando las realidades y recuperando el conocimiento popular desde la comunidad misma, pues, “eso supone hacer y decir dentro de la sociedad en que vivimos; por lo tanto, tiene que ver con el tener voz y hacerla oír y con el generar espacios para que aquellos que*

han sido relegados al silencio puedan hablar y ser escuchados y se establezca el diálogo”

(Montero, 2004a, p. 49) (Ver anexo tabla 11)



Ilustración 17. Red semántica Redes- vínculos. Fuente: creación propia.

Esta ilustración da cuenta de la construcción de los tipos de relaciones jerárquicas que se establecen entre las categorías y subcategorías y que se explicó de manera detallada en líneas anteriores.

7. Estrategias o acciones de mitigación del riesgo

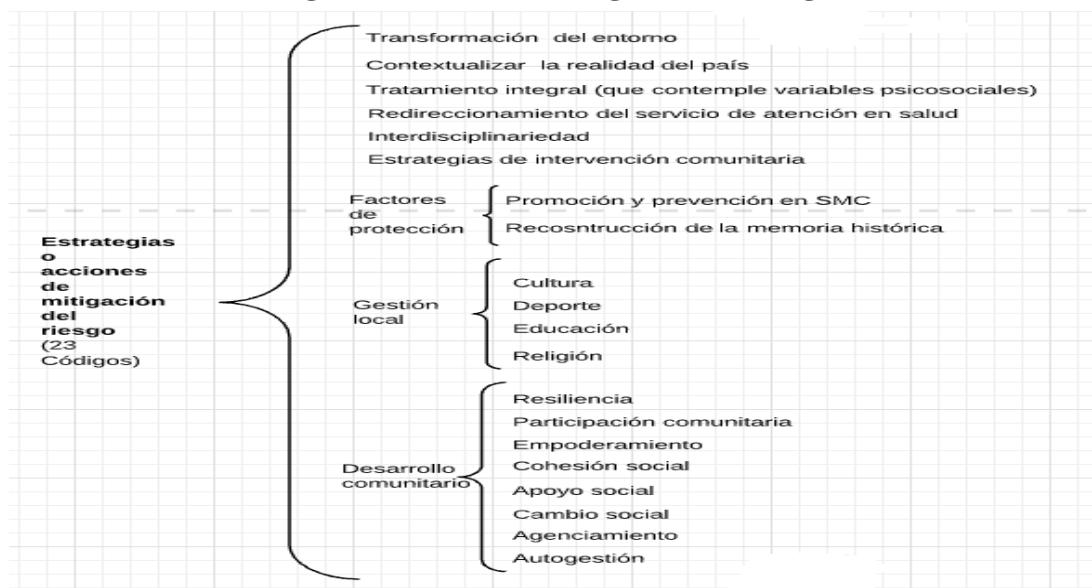


Ilustración 18. Estrategias o acciones de mitigación del riesgo.

Las acciones de mitigación del riesgo en SMC se proponen desde unas estrategias de intervención comunitaria, que permitan la transformación del entorno y el bienestar de las personas desde las mismas comunidades, partiendo de la contextualización de la realidad, sus necesidades, demandas y recursos, para que con esta información clara, en las regiones se pueda replantear y redireccionar el servicio de atención en salud, contemplando tratamientos integrales en los que se aborden aspectos biopsicosociales y sea concebido desde la interdisciplinariedad, aquí se proponen cuatro subcategorías importantes:

Promoción y Prevención: Está contemplada como una estrategia que busca aportar a las poblaciones los medios y recursos necesarios para mejorar su salud y proporcionar control sobre sí misma, pero para realizar esto requiere tener claro los factores determinantes del riesgo de la SMC y los actores que pueden incidir positiva o negativamente en ella, así mismo se hace necesario recurrir a la historia, sus memorias y el tejido social como elementos notables para generar canales a través del deporte, la educación, la cultura, la religión y la espiritualidad que permitan mitigar el impacto negativo en la salud de las personas. Estos factores de protección pretenden promover tratamientos alternativos, que generen cambio en el sistema de salud, ampliando los servicios que ofrece hacia un campo más vasto en donde juega un papel importante tanto el especialista en salud, como los vecinos, la comunidad, el docente, el líder comunal, el pastor o cura, los adultos mayores con su sabiduría popular, entre otros y las instituciones que brindan diversos servicios y así complementar tratamientos integrales y variados.

Gestión Local: Es un proceso dinámico que permite articular diferentes actores locales, públicos y privados (entre ellos líderes, comunidad, funcionarios, instituciones, organizaciones, ciudades, departamentos o regiones) alrededor de un objetivo común y es el bienestar de la población, pero cobra mayor sentido esta gestión local, cuando la acción logra vincularse en los planes integrales de desarrollo y con ello garantizar sostenibilidad en el proceso. Para el logro de la gestión local en SMC se requiere reafirmar las identidades locales, definir la capacidad de los actores internos y externos que posee la comunidad y/o región como recurso, fortalecer la interinstitucionalización, promover la participación social y comunitaria, todas estas gestiones pueden ser contempladas desde aspectos como la cultura, el deporte, la educación y la religión para mitigación el riesgo de salud mental comunitaria.

Agenciamiento: Propone un sistema de relaciones diversas y surge desde la autogestión y la capacidad que tiene la misma comunidad y los actores como sujetos protagónicos de su propio proceso de cambio, para dinamizar la transformación de sus experiencias y movilizar el desarrollo de su región, de allí la importancia de las redes de apoyo familiar y social, para facilitar el desarrollo de habilidades, capacidades, potencialidades y cualificación de la población.

Desarrollo comunitario: es una estrategia desde la cual los miembros de una comunidad se unen para realizar una acción colectiva y con ello generar soluciones a sus problemas comunes, está relacionada con otros enfoques tales como el apoyo social, la cohesión social, el empoderamiento, la participación comunitaria y la resiliencia que influyen de manera articulada para lograr el cambio social.

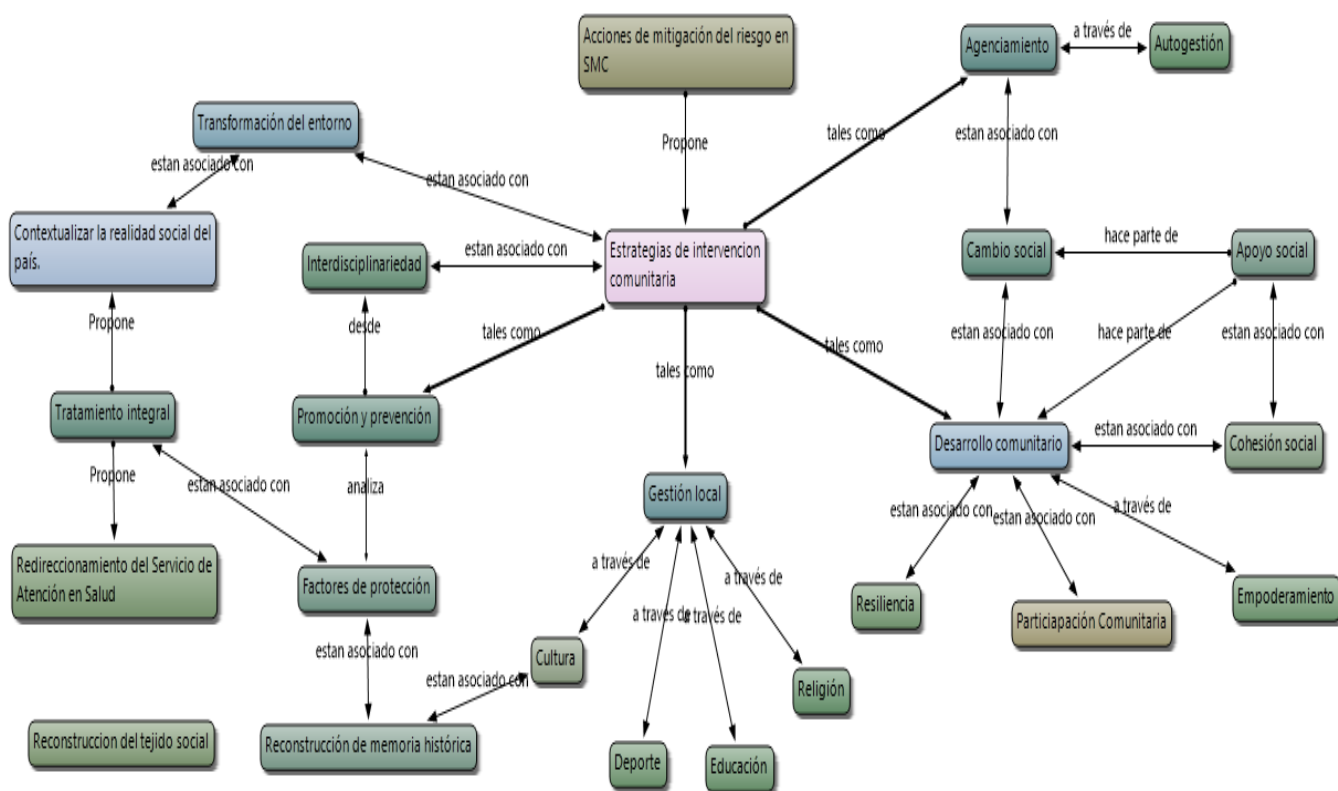


Ilustración 19. Red semántica. Estrategias de intervención comunitaria.

Esta ilustración da cuenta de la construcción de los tipos de relaciones jerárquicas que se establecen entre las categorías y subcategorías y que se explicó de manera detallada en líneas anteriores.

8. Enfoques

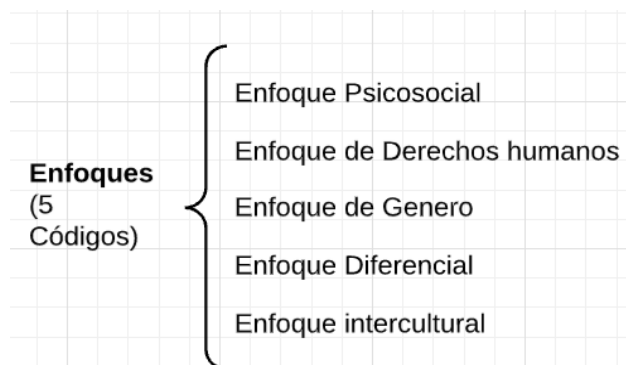


Ilustración 20. Enfoques.

Algunos enfoques desde los cuales se pueden plantear alternativas de solución y/o propuesta para abordar las situaciones, problemáticas o determinantes que afectan la salud mental comunitaria y que trascienden todos los ámbitos en los que se desarrollan las persona, son: El **Enfoque Psicosocial** que permite una mirada contextualizada, es decir, que comprende los hechos o situaciones desde un escenario cultural, político, económico, religioso y social determinado. El **Enfoque de Derechos Humanos** como su nombre lo indica da prioridad a aplicar los principios de los derechos humanos orientado hacia los segmentos más marginados o vulnerables de la población. El **Enfoque de Género** busca generar una distribución justa de los roles para una sociedad equitativa y democrática. El **Enfoque Diferencial** reconoce la diversidad en los grupos poblacionales por sus condiciones, características étnicas, de género, sexuales, o de discapacidad y del transcurrir vital como por ejemplo ser víctimas del conflicto armado, que indican mayor vulnerabilidad y requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y particularidades. El **Enfoque Intercultural** es educativo y tiene un carácter inclusivo, el cual parte del respeto y la valoración de la diversidad cultural. Todos estos enfoques se encuentran asociados y se complementan unos con otros, solo dependen del interés desde el cual se desea abordar la problemática.

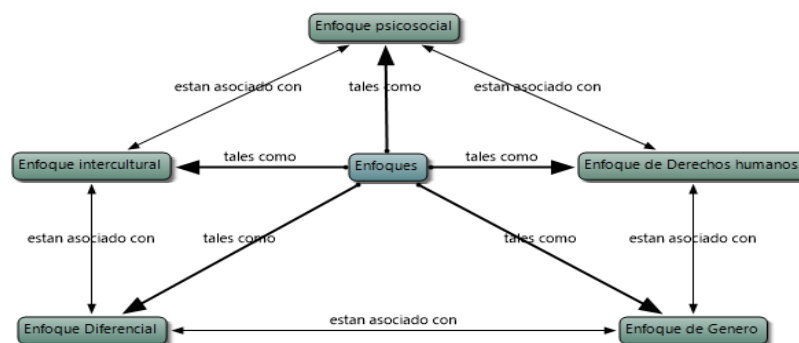


Ilustración 21. Red semántica Enfoques.

Discusión

En el proceso de análisis de la información se encontró algunas premisas importantes y que se desglosan a continuación.

1. Para trabajar la SMC de manera integral, necesariamente requiere ir más allá de los elementos salutogénico y patogénicos como única forma de comprensión y trascender hacia aspectos psicosociales del contexto, que atienda factores sociales, culturales, políticos, económicos, ambientales y administrativos, por lo tanto, requiere una ampliación en sus estrategias de abordaje que incluya acciones e intervenciones comunitarias e interdisciplinaria. (Almonte C, García R., 2003)

Esta premisa se sustenta desde autores e investigaciones que dan cuenta de la necesidad de evolucionar hacia un modelo biopsicosocial articulado desde la interdisciplinaria que complemente e integre diferentes procesos, conocimiento y estrategias de actuación, influyendo así, en la calidad y variedad de los servicios ofertados, aplicados a la demanda real del contexto. Almonte C, García R. (2003), y Ramos. S. (2014) plantean una propuesta de actualización del modelo biopsicosocial y Bang C (2014) citando a Viniste M. en Apostel y otros (op. cit., pp. 165-186), refieren que *“Para referir la importancia que tiene la interdisciplinaria en el momento de abordar la SMC, sus categorías y los modelos de intervención, donde el profesional genera un vínculo con la comunidad.*

En Colombia existen algunos avances en el tema de salud mental para contemplar factores biopsicosociales, pero son solo pasos cortos hacia una evolución, aún falta aplicarlo a otras áreas de la salud y estrategias de intervención comunitaria que sean sustentadas desde

las políticas públicas y con ello se puedan implementar en los planes y programas de desarrollo para todas las regiones del país.

Respecto a las políticas públicas se evidencio avances para contemplar dentro de la salud mental aspectos psicosociales y comunitarios como se refleja en la Resolución 4886 del 7 de noviembre de 2018, en donde resalta que se busca incidir en las capacidades psicoemocionales, mentales y comportamentales de las personas desde un abordaje social comunitario que requiere el despliegue de recursos sectoriales e intersectoriales con el objetivo de lograr una atención integral y favorecer así las habilidades psicosociales, orientar los programas y servicios de salud desde dispositivos de base comunitaria y promoción de la inclusión social.

La política nacional de la salud mental en articulación con el ministerio de salud y protección social en conjunto han logrado algunos avances enmarcados en la encuesta nacional de salud mental en la que se exponen los aspectos psicosociales y de la violencia que afectan la salud mental de la población en el año 2015 (Ministerio de Salud de Colombia, 2015), asimismo lo anterior se complementa con la propuesta de apropiación del enfoque biopsicosocial en discapacidad del año 2017, por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual nace como un modelo que comprende que el bienestar de las personas, grupos y comunidades depende de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales para su atención, tratamiento e intervención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

2. Los factores determinantes del riesgo en las comunidades analizadas están asociados a problemáticas sociales, familiares, económicas, políticas y de salud, pero resalta una característica muy particular de nuestro entorno y son los diferentes contextos de violencia.

Colombia ha estado marcada a lo largo de su historia por la violencia en distintos escenarios políticos, ideológicos, socioeconómicos trazados por las diferencias y desigualdades sociales o ausencia del estado. Zapata, Barajas, Jaramillo, Hernández (2012) en su investigación llamada Conflicto y formas expresivas de la violencia en contextos situados aproximación a cuatro territorios de Antioquia : informe de derechos humanos 2012, hacen un recorrido histórico por Colombia y sus contextos de guerra, indicando que la violencia debe ser analizada desde dos campos específicos: 1) *La violencia como fenómeno político*: Que obedecen al conflicto ideológico que permitió las guerras interpartidistas, conflicto armado, guerrillas y movimientos sociales. Y 2) *La violencia como fenómeno social*: Surge de las necesidades y las dinámicas sociales y económicas, reflejadas en expresiones como: violencia juvenil, urbana, violencia intrafamiliar, de género, criminalidad, narcotráfico, delincuencia, entre otras (Zapata *et al*, 2012)

A su vez, uno de los aspecto más importantes en este proceso de análisis de la información, fue el nivel de vulnerabilidad al que se encuentra sometida la población estudiada, desde los diferentes “Contextos de violencia” tales como: Violencia (18), Abandono (14), Desplazamiento (13), Conflicto armado (12), Exclusión social (10), y Pobreza (7). Evidencias que permiten reconocer cómo el estado de guerra y la violencia impacta a nuestra población de una manera significativa, y la carencia de políticas, programas y servicios integrales que atiendan a esta necesidad real (Zapata *et al*, 2012).

Finalmente, es claro que la violencia es una vía utilizada históricamente por la sociedad para resolver sus diferencias entre sí y estas pueden ser de tipo social, político, económico, familiar, entre otros. De otra parte, y como señal Ives Michaud (1989, p. 48, Cfr. a Bonilla & Tamayo, 2007), en la actualidad han desaparecido viejas estructuras y modos de violencia, pero

a su vez han surgido otras nuevas que la hacen visible, ocultan, evalúan, rechazan y/o legitiman, esto tiene que ver entonces con el carácter cambiante del fenómeno y con las formas del intercambio que se dan de diferente manera en cada región o contexto. Así pues, es necesario resaltar que en Colombia existe plena consciencia de la violencia política, pero no de la invisibilización y mediatización de otros tipos de violencia y esto nos lleva a un compromiso mayor en los procesos de atención e intervención que realizamos en, desde y con las comunidades.

3. Para realizar cambios en el tema de SMC, se requiere promover estas propuestas desde las políticas pública en donde se contemple la necesidad de analizar la SMC desde el contexto y la realidad de sus territorios para garantizar recursos, planes programas y servicios apropiados a las demandas existentes siendo contemplado como problema de salud pública.

Ideas como la expresada por Calderón, G (1973 y 1981) donde se identifica claramente la postura política del autor frente al tema de la Salud Mental Comunitaria:

Para incrementar los métodos preventivos en el campo de la salud mental, se requiere llegar al seno de la comunidad con los medios disponibles. Asimismo, deberán desarrollar sistemas de trabajo que, de acuerdo con sus características socioeconómicas, políticas y culturales los lleven a alcanzar la meta deseada (Calderón, 1973)

Por ello, es necesario develar las situaciones que se están presentando, comprender y entender las dinámicas propias de la vida que se dan en este contexto, convertimos en sujetos dinámicos, propositivos, protagonistas y comprometidos con los propios procesos de cambio (Alain Touraine 1997), para generar propuestas articuladas y engranadas entre la comunidad y los actores internos y externos, y así poder implementarlas dentro de las políticas públicas

para que se identifiquen como un problema de salud que afecta a la población y se le dé la importancia y pertinencia que requiere, no solo desde la letra plasmada en documentos, sino desde la vivencia real de los programas y planes que se ejecutan en las comunidades y regiones.

Es por ello que todos los actores sociales políticos, públicos y privados tanto internos como externos, son un elemento indispensable como recurso para generar un entramado relacional de redes y vínculos que permitan garantizar la sostenibilidad en el desarrollo e implementación de servicios en salud y así favorecer el progreso comunitario. Por tanto, se requiere que en las regiones y comunidades se realice un censo de esos recursos humanos, financieros, estructurales e institucionales y las habilidades, potencialidades y fortalezas que poseen como actores para dinamizar cambios, propuestas estrategias que fomenten el bienestar y la calidad de vida de las personas. (Montero, 2006)

4. Existe una gran variedad de estrategias de mitigación del riesgo en SMC que se vienen implementando en algunas comunidades y regiones de nuestro país desde “Acciones comunitarias” con impactos positivos en la salud mental de las personas y las comunidades, enmarcadas en ejercicios de prevención y promoción.

Para ello se requiere organización de la comunidad (C. Ware., 1986), la identificación tanto de los factores de protección como de riesgo (Almonte, 2003) productos de un diagnóstico participativo y el reconocimiento de los recursos con que cuenta la comunidad para generar gestiones locales desde elementos básicos como la cultura, el deporte, la educación, la religión y/o espiritualidad y con ello avanzar hacia un desarrollo comunitario (Sen, 1998 y Ander-Egg, 1987), desde canales fundamentales como lo es el empoderamiento, la participación comunitaria y social, el cambio social, el agenciamiento en donde se concibe al sujeto como actor protagónico de su propio proceso de cambio y promueve el sentido de comunidad.

Por tanto, esta investigación propone una resignificación del concepto de salud mental comunitaria.

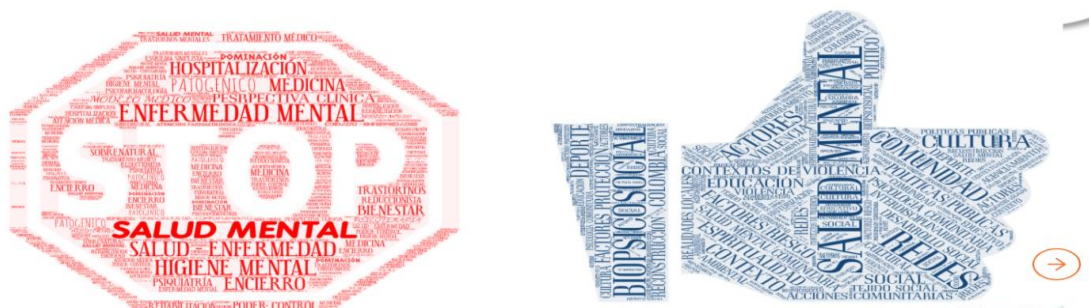


Ilustración 22. Contaste conceptos salud mental.

Entendiendo que la salud mental comunitaria ha estado direccionada desde una perspectiva nomotética salud-enfermedad que sitúa su abordaje desde un escenario individual, bajo un modelo tradicional médico. Si bien se han establecido avances por parte de la OMS (2001) en donde reconoce la SM como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, sin embargo, continúa trabajando su abordaje desde las enfermedades y los trastornos.

Por su parte esta investigación desde la teoría fundamentada propone una teoría y es la resignificación del concepto de Salud Mental desde lo comunitario que incluye aspectos fundamentales como los actores, las redes, la comunidad, los aspectos biopsicosociales, las acciones comunitarias, la cultura, la reconstrucción de tejido social y de memoria histórica, entre otros que permiten definir y comprende la Salud Mental Comunitaria como:

Un modelo de atención psicosocial que trabaja a partir de acciones comunitarias tales como el deporte, la cultura, la educación, la espiritualidad, el dialogo de saberes, entre otros; que surge como respuesta integral a los problemas de salud en atención a la complejidad biopsicosocial del ser humano y las características propias del contexto, en donde interactuaran los factores biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

Esta definición de salud mental contempla a las comunidades como actores protagónicos de sus propios procesos de cambio y que están en relación con otros, resaltando la importancia de lo comunitario para el logro de objetivos comunes como es el bienestar y el desarrollo social.

Finalmente, la Salud Mental Comunitaria debe ser concebida como un bien de interés público y sustentar sus acciones desde las políticas públicas para garantizar la salud mental de la población.



Ilustración 23. Resignificación del concepto Salud Mental comunitaria.

Capítulo 5. Recomendaciones y conclusiones

Recomendaciones

De acuerdo al análisis de la información y los resultados de la presente investigación se proponen una serie de acciones que pueden complementar este producto de conocimiento o aportar a nuevas propuestas de investigación, planes de desarrollo y lineamientos de atención e intervención en salud mental comunitaria

- Es primordial entender y comprender que los problemas psicosociales también afectan la salud mental de las personas y que el concepto de salud y bienestar están directamente relacionados con las situaciones sociales, culturales, demográficas, económicas, educativas, administrativas y políticas con las que se enfrentan en su cotidianidad las comunidades, por tanto, se requiere conocer las condiciones y circunstancias biopsicosociales de nuestra población, así como las disposiciones legales, planes y programas que se vienen desarrollando en el país y en las regiones, para tener una visión clara y panorámica de la realidad actual de la salud mental comunitaria en Colombia.

- Es indispensable que profesionales que atienden la problemática de Salud Mental Comunitaria en el país, identifiquen los recursos existentes en las comunidades, así como las necesidades propias del contexto, para partir de un diagnóstico psicosocial acertado, pero este solo se logra en la medida que se realice a partir de un ejercicio participativo e incluyente.

- Se requiere con urgencia generar estudios sociales, que permitan develar esas realidades psicosociales de las comunidades, para adoptar medidas que aporten al bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, comunidades, grupos y la sociedad en general.

- Se propone implementar abordajes con apoyo comunitario a los problemas de salud mental, en donde se contemple factores biopsicosociales que reconozca los recursos, demandas y necesidades de las comunidades y agrupe actores como escuelas, colegios, grupos vecinales o cívicos, líderes, asociaciones, instituciones y la propia comunidad; en donde cada actor se sienta participe del proceso, ejerza un rol ético-político y demuestre sentido de pertenencia a la comunidad, con injerencia en las decisiones y los tipos de servicio, esto permite que se fortalezca las capacidades y potencialidades de los actores y se logren cambios positivos y de desarrollo para la comunidad.

- Para plantear propuestas de trabajo o planes integrales de desarrollo relacionados con la salud mental de la población, se requiere entender la Salud Mental Comunitaria (SMC) desde las dinámicas propias del contexto y el territorio nacional, con el fin de lograr una caracterización real de la SMC en Colombia y las dinámicas propias de cada región, todo ello desde una perspectiva psicosocial que contemple recursos psicológicos, sociales y culturales de las comunidades. El Observatorio Nacional de Salud Mental realizó un avance e innovación en este aspecto, ya que para el año 2015 en su Encuesta nacional de salud mental, logró contemplar variables sociales y el impacto de las violencias en las comunidades, así como las experiencias de afectación social, incluidas en el indicador “problemas asociados a circunstancias psicosociales”, no obstante, se requiere continuar trabajando e investigando en el tema, recordemos que la sociedad es cambiante y las dinámicas que se entretienen también varían, por ello demanda una reflexión y revisión permanente. (Ministerio de Salud de Colombia, 2015)

- Se necesitan establecer lineamientos de atención a la SMC, desde el reconocimiento de las necesidades propias del contexto y su realidad: es decir, ampliar la mirada netamente clínica y patogénica que se tiene actualmente en los procesos de prevención e intervención y

optar por un abordaje más psicosocial y salutogenico que aporte de manera significativa a las problemáticas existentes.

Conclusiones

Finalmente con esta investigación se logra una mirada de la salud mental comunitaria desde las dinámicas propias de nuestro contexto y territorio nacional que señalan la importancia de la perspectiva psicosocial y la validez de los recursos psicológicos, sociales y culturales que poseen las comunidades como agentes transformadores de sus propias realidades.

Permitiendo con ello, entender el fenómeno de la salud mental comunitaria con el contexto social, logrando así una resignificación tanto de la mirada construccionista como del abordaje hacia un campo psicosocial y que brinde atenciones integrales, contextualizadas y ajustadas a su realidad social.

El vacío del conocimiento desde el cual se trabajó esta investigación, permitió entender que si bien la salud mental no es netamente salugenica, tampoco es totalmente patogénica, ya que contempla variables psicosociales y que cada contexto tiene unas dinámicas propias, por lo cual, no se puede establecer un parámetro fijo de atención e intervención y que estará sujetos estos lineamientos a las variables sociales y experiencias de afectación social evaluadas, para ampliar las estrategias de abordajes, factores determinantes del riesgo y señales de afectación.

Uno de los aspectos que más interés produjo en la investigadora durante el proceso de análisis de la información, es el nivel de vulnerabilidad al que se encuentra sometida la población estudiada, desde los diferentes (categoría central) “Contextos de violencia” tales como: Violencia (18), Abandono (14), Desplazamiento (13), Conflicto armado (12), Exclusión social (10), y Pobreza (7). Los cuales se nombran según su índice de fundamentación y citación

en los documentos. Esto permite reconocer cómo el estado de guerra y los diferentes tipos de violencia impacta a nuestra población de una manera significativa, y la carencia de políticas, programas y servicios integrales que atiendan a esta necesidad real.

La presente investigación permitió identificar ocho categorías de análisis de la salud mental comunitaria muy importantes. Primero comprender que para hablar de *SMC* se requiere comprender el concepto de salud mental y su evolución. Segundo se requiere conocer los **factores determinantes del riesgo** que dan cuenta de la situación y problemáticas que se deben abordar desde aspectos biopsicosociales, esto da paso a la tercera categoría que es propia de la población investigada y son los **contextos de violencia**, dada las características de la población y su transcurrir de vida; la cuarta categoría nos invita a conocer las **políticas públicas de Colombia** relacionadas al tema de *SMC*, las cuales brindan insumos, recursos, o soportes de actuación o proposición, la quinta categoría indica que es necesario reconocer los diferentes **actores** que impactan en esta problemáticas tanto internos de la comunidad como externos y con ello establecer el recurso humano e institucional con que se cuenta; así mismo la sexta categoría da cuenta de la importancia del establecimiento **de redes y vínculos** para lograr colectividad y participación social, con todos estos insumos ya es posible plantear una séptima categoría que contempla las diferentes **estrategias o acciones de mitigación del riesgo en *SMC*** y que varían según la intencionalidad del investigador, la comunidad o agente externo y finalmente se da paso a una octava categoría que complementa la anterior mencionando que se puede abordar la salud mental comunitaria desde varios **enfoques** y perspectivas que le complementan (Enfoque psicosocial, de derechos humanos, de género, diferencial e intercultural).

Referencias Bibliográficas

- Ander Egg, E. (1987). *Investigación y diagnóstico para el trabajo social*. Humanitas, Consultado el 15 de Octubre de 2019 de: https://books.google.com/books/about/Investigaci%C3%B3n_y_diagnostico_para_el_tra.html?id=SkHJpwAACAAJ.
- Almonte, C., García, R. (2003). *Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes*, Consultado el 01 de Agosto de 2020 de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500003
- American Psychological Association (APA). (2020). *Normas, estilo y referenciación*. Séptima Edición.
- Ardón, N., Cubillos, A. (2012). *La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana*. Consultado el 7 de diciembre de 2019 de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4456>
- Aztaran, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. *Colección Temas de Historia de la Medicina*. . Navarra, España: Gobierno de Navarra. Obtenido de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146494/Asistenciapsiquiatrica.pdf>
- Báez y Moreno (2010), *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*, Madrid, *REVISTA GESTIÓN DE LAS PERSONAS Y TECNOLOGÍA* – ISSN 0718-5693 – EDICIÓN No 24 – NOVIEMBRE 2015 36

- ww.revistagpt.usach.cl<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Bang, C. (2013) Arte y juego en prácticas comunitarias de promoción de salud mental: Cuando la creatividad da respuestas. *Revista Argentina de Psicología*, 51, 1-10.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/practicas_participativas.pdf
- Bonilla, J., & Tamayo Gómez, C. (2007). Violencias y medios de comunicación en América Latina: una cartografía para el análisis. *Signo Y Pensamiento*, 25(50), 211 - 231.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/view/3706>
- Borrell F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución, Consultado el 17 de julio de 2020 de: https://www.researchgate.net/profile/Francesc_BorrellCarrio/publication/256812433_El_modelo_biopsicosocial_en_evolucion/links/5b867b25299bf1d5a72ef0e7/EI-modelo
- Borrell F., Suchman A., y Epstein R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*. Consultado el 10 de Julio de 2020 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15576544/>
- Carmona, J. (2012). Foro de salud mental y salud comunitaria, Consultado el 20 de Mayo de 2020 de: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200001>
- Calderón, G. (1973). Programa Nacional Contra la Fármacodependencia. I Convención Nacional de la Salud, 16 al 20 de julio de 1973.
- Charria O, Víctor H., Sarsosa P, Kewy V., Arenas O, Felipe. Factores de riesgo psicosocial laboral: métodos e instrumentos de evaluación *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [en

línea] 2011, 29 (Diciembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 16 de noviembre de 2015]

Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021522004>> ISSN 0120-386X

Código Ético del Psicólogo. (2000). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1),209-225.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80532121>

Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley No° 1616 21 enero 2013*. Tomado de:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria de Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). *Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3992*.

Republica de Colombia . Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3992.pdf>

Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. . *Revista de Psicología Universidad de Antioquia 2010* , 2(1). Obtenido de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005

Durand, A. (2008). Comunicación personal. Tomado de:

[https://scholar.google.com.co/scholar?q=Durand,+A.+\(2008\).+Comunicaci%C3%B3n+personal&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.co/scholar?q=Durand,+A.+(2008).+Comunicaci%C3%B3n+personal&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)

Epstein R., y Borrell F. (2005). *The Biopsychosocial Model: Exploring Six Impossible Things*.

Families Systems, & Health. Consultado el 01 de Agosto de 2020 de:

https://www.academia.edu/13329278/The_biopsychosocial_model_Exploring_six_impossible_things

Engel G. (1977). The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-36.

Ferre, M. (2005). Empoderamiento, participación y sentido de comunidad. El caso de las mujeres de Cascallares II, Consultado el 5 de junio de 2020 de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/136547/TFG_2014_ferreM.pdf?sequence=1

Frankel R., Quill T., y McDaniel S., (ed.), (2003). *The Biopsychosocial Approach: Past, Present and Future*. Consultado el 15 de julio de 2020 de: <https://www.thepermanentejournal.org/files/PDF/Summer2004.pdf#page=77>

Fundación salto. (2006). *Un poco de historia* . Descriptivo . Obtenido de <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/Un-poco-de-historia.pdf>

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press. Tomado de: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

Gonzalez , U., & Levav. (1991). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica; bases conceptuales y guías para su implementación*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma-servicios-salud-mental.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, McGraw-Hill.

Itriago, M., & Itriago, M. (1999). Las redes como instrumento de transformación. social.

<http://www.lasociadadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/itriago.pdf>

Jimenez, M. (2012). Políticas de las instituciones de salud mental: sus efectos e incidencias en la

concepción de la psicosis y la condición del sujeto psicótico. *Tesis psicológica*(7 enero-junio), 102-125. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139025258011>

Krause, J. (1999). Representaciones sociales y psicología comunitaria. *Psyche*, 8, 41-47.

Tomado de

[https://scholar.google.com.co/scholar?q=Krause,+J.+\(1999\).+Representaciones+sociales+y+psicolog%C3%ADa+comunitaria.+Psyche,+8,+41-](https://scholar.google.com.co/scholar?q=Krause,+J.+(1999).+Representaciones+sociales+y+psicolog%C3%ADa+comunitaria.+Psyche,+8,+41-47&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)

[47&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.co/scholar?q=Krause,+J.+(1999).+Representaciones+sociales+y+psicolog%C3%ADa+comunitaria.+Psyche,+8,+41-47&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)

León, C. (1999). Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica, Consultado el 15

de Febrero de 2020 de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17545/v81n2p122.pdf?sequence=1>

López, E., & Costa, M. (2014). Los problemas psicológicos no son enfermedades. *Revisión de*

libros. Papeles del psicoólogo, 36(1), 77-80. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77834057002.pdf>

Malvares, S. (2011). Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería,

Consultado el 07 de Agosto de 2020 de:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27040/salud-mental-comunitaria-trayectoria-y-contribuciones-de-la-enfermeria/>

- Mebarack, M., Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud, *Psicología desde el Caribe* (23). Consultado el 20 de Junio de 2020 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- McMillan, D., & Chavis, D. (1986), Sense of community: A definition and theory. *J. Community Psychol.*, 14, 6-23. doi:10.1002/1520-6629(198601)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I
- Ministerio de la Protección Social, Fundación FES- Social. (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. República de Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20Política%20Salud%20Mental.pdf>
- Ministerio de Salud . (2018). *Boletín de Salud Mental N° 5, marzo de 2018. Análisis de indicadores en Salud Mental por territorio. Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles. Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. Gobierno de Colombia*. Gobierno de Colombia .
- Ministerio de Salud de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I*. Gobierno de Colombia, Todos por un nuevo país, paz, equidad y educación. . Obtenido de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Salud de Perú. (2006). *Salud Mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Proyecto AMARES*. Lima : Ministerio de Salud . Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/455_MINSA798.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). *Política de Atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente"*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/results.aspx?k=%20\(\(dctitle:"Política%20de%20Atención%20Integral%20en%20Salud%20Un%20sistema%20de%20salud%20al%20servicio%20de%20la%20gente"%20OR%20dcispartof:"Política%20integral%20de%20Atención%20en%20salud"](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/results.aspx?k=%20((dctitle:)

Ministerio de Salud y Protección Social . (09 de noviembre de 2017). *La salud es de todos. Boletín de prensa N° 162 de 2017*. Obtenido de Enfoque biopsicosocial, un nuevo modelo para atender la discapacidad: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Enfoque-biopsicosocial-nuevo-modelo-para-atender-la-discapacidad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018* .

Ministerio de Salud y República de Colombia. (2013), Ley 1616 de 2013 de Salud Mental. Consultado el 10 de Mayo de 2020 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Montero, M. (2006). El fortalecimiento en la comunidad. En M. Montero, *Teoría y práctica de la psicología comunitaria* (pp. 59-92). Buenos Aires: Paidós.

Murillo, F., & Hidalgo, N. (2000). Enfoques fundamentantes de la evaluación de estudiantes para la justicia social. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 8(1), 43-61.

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud. Acceso, Centro de prensa, Notas descriptivas* . doi:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2015). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020*. Organización de las Naciones Unidas . Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es

Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM). Consultado el 15 de noviembre de 2020 de: <http://onsaludmental.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

Observatorio Nacional de Salud Mental (2017). Guía Metodológica, Actualización, Recuperado de:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Observatorio Nacional de Salud Mental (2018), Boletín de salud mental. Análisis de indicadores en salud mental por territorio, Consultado 12 de diciembre de 2019 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2004), Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra. Consultado el 14 de mayo de 2020 de: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Peñas, O. (2008). Terapia ocupacional en la normatividad colombiana relacionada con conflicto armado. Universidad Nacional de Colombia, 64(4).
- Petty et al. (2012). Ready for a paradigm shift? Part 2: Introducing qualitative research methodologies and methods. *Manual Therapy. Continued as musculoskeletal Science and Practice*, 17(5), 377-486. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.math.2012.03.004>
- Ramos, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. Consultado el 01 de marzo de 2020 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000300005
- Rodriguez, S. (2000). Teoría y Práctica de la Orientación Educativa. http://www.publicacions.ub.edu/liberweb/mundo_trabajo/pdf/rodriguez_e.pdf
- Sánchez, V. (1996). Psicología comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona : EUB. ISBN 84-89607-53-2
- Salazar, M. (1999). Más que un colega, más que un investigador, más que un académico: un gran amigo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 359-362. [fecha de Consulta 3 de Octubre de 2020]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80533309>
- Sadler J., y Hulgus Y. (1992) Clinical Problem Solving and the Biopsycosocial Model. Consultado el 28 de Julio de 2020 de:

https://www.researchgate.net/publication/21625792_Clinical_problem_solving_and_the_biopsychosocial_model

Sánchez, V. (1996). *Psicología comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona : EUB. ISBN 84-89607-53-2

Schein, E. (1986). *La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica*. Plaza & Janes Editores. P.

Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa. Investigación Social*. ARFO Editores.
<https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>

Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012) *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /salud colectiva latinoamericanas*. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 23(101), 52-56

Soneira, A. J. 2006. *La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) de Glaser y Strauss*, pp. 153-173. En: I. Vasilachis. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Tizón, J. (2007). *A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia*. Consultado el 18 de Diciembre de 202 de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707708466>

Touraine, A. (1997). *Pourrons-nous vivre ensemble?*. Paris: Fayard.

Urrego, Z. (2007). *Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004*, Consultado el 18 de Enero de 2020 de:
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80636210.pdf>

- Tuñón, I. & Poy, S. (2014). Índice de cumplimiento de derechos de la infancia en la Argentina: evolución, magnitud y desigualdades sociales. En I. Tuñón, *Evolución del Desarrollo Humano y Social de la Infancia desde un enfoque de Derechos. Avances y metas pendientes en los primeros cuatro años del Bicentenario (2010-2011-2012-2013)* (pp. 24-31). Buenos Aires, Argentina: Educa
- Vidal, S. (1991). Psicología comunitaria: Origen, concepto y características. *Papeles del Psicólogo* , 50(1-6), 1-6. Obtenido de Papeles .
- Vivar, C., Aranzamendi, M., López, O., & Gordo, C. (2010), Grounded theory as a qualitative research methodology in nursing, Consultado el 24 de julio de 2020 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&tlng=en
- Wald, G. (2011). Promoción de la salud integral a través del arte con jóvenes en situación de vulnerabilidad social: Estudio comparativo de dos orquestas juveniles de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Eä. Humanidades médicas y estudios sociales de la ciencia y la tecnología*, 3(1), 1-31. <https://biblat.unam.mx/es/revista/ea-buenos-aires/articulo/promocion-de-la-salud-integral-a-traves-del-arte-con-jovenes-en-situacion-de-vulnerabilidad-social-estudio-comparativo-de-dos-orquestas-juveniles-de-la-ciudad-de-buenos-aires>
- Wachholtz, J., & Pearce, E. (2009), An Elected Upper House and Other Fallacies. *The Political Quarterly*, 80: 495-501. doi:10.1111/j.1467-923X.2009.02054.x

Zaraza, D., & Hernández, D., (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. Consultado el 7 de febrero de 2020 de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14732015>

Zapata C, Barajas D, Jaramillo G, Hernandez Y (2012). Conflicto y formas expresivas de la violencia en contextos situados: aproximación a cuatro territorios de Antioquia: Informe de Derechos Humanos 2012. Institución Popular de Capacitación. Relecturas N° 35. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ipc/20170809043503/pdf_524.pdf

Anexos

Tabla 11. Familias de código y categorías de análisis.

Categorías	Códigos	Fuentes	Citas
Salud Mental Comunitaria	Salud mental	P12: 12:1	<i>Para hablar de salud mental comunitaria es importante abordar el concepto mismo de salud mental, el cual se refiere según (Rodríguez. Yunta, 2016) al bienestar, a la prevención de trastornos mentales y al tratamiento y la rehabilitación de personas por efectos de estos trastornos.</i>
Salud Comunitaria	Salud mental comunitaria	P16: 16:3	<i>Salud Mental comunitaria de promover estilos de vida saludables de prácticas y políticas públicas que puedan favorecer el desarrollo humano en general y el bienestar psicosocial de la comunidad, buscar la generación de condiciones para que esas comunidades sean protagonistas de esas acciones sociales y políticas que les ayuden a mejorar su calidad de vida de manera organizada,</i>

Psicosociales	<p>P 4: <i>Aspectos psicosociales de cada sujeto y su reacción y adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante</i> “Está estrechamente vinculado con los procesos de cambio social, político en una localidad, región país; da cuenta de la necesidad de proponer cambios estructurales, desde una mirada que ubica lo individual en el marco de lo social, comunitario, poniendo especial énfasis en la dimensión socio cultural” (Salud mental comunitaria en el Perú, 2006)</p>
Bienestar	<p>P 3: <i>La proyección apunta a una mejor calidad y acceso a la educación pública, destacando mejores aulas de clase, programas de alimentación escolar, inclusión educativa, construcción del tejido social con cultura, recreación y deporte, y el mejoramiento y accesibilidad a la salud pública con calidad a través de la promoción y prevención, atención primaria en salud APS.</i></p>

Enfoques	<p>Enfoque psicosocial</p>	<p>P 3: <i>Psicosocial: El enfoque psicosocial contextualiza a las personas y el modo en que se relacionan de esta</i></p>
----------	----------------------------	---

manera se facilita la identificación simultánea de dificultades y recursos

Enfoque de **P14:** *Implica un paradigma alternativo al manicomial y*
derechos **14:15** *en su construcción participaron organizaciones de*
humanos *usuarios, familiares, profesionales, gremiales y*
políticas. Promueve abordajes interdisciplinarios e
intersectoriales y la modalidad de gratuidad,
equidad e igualdad frente a las desigualdades
sociales. Garantiza asistencia legal, revisión y
excepcionalidad de las internaciones prolongadas
y el consentimiento informado, así como el derecho
a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y
rehabilitación e integración en la comunidad.

Enfoque de **P 3:** *Género: Trabajar desde una perspectiva de género*
género **3:25** *en salud mental implica trabajar en pro de*
favorecer relaciones de género equitativas en una
comunidad. Supone conocer la situación de
hombres y mujeres, así como el tipo de relaciones
que se establecen entre ambos.

Enfoque **P54:** *Frente al enfoque encontrado en los planes de*
diferencial **54:8** *desarrollo, dos de ellos guardan relación directa*

con los Enfoques de: Derechos Humanos, Psicosocial, Intercultural y de Género

Enfoque intercultural **P 3:** *Intercultural: La interculturalidad como enfoque*
3:24 *visibiliza cómo se da el diálogo entre las culturas, con el objetivo de contrarrestar las relaciones de dominación política, social y económica, incluyendo procesos de cambio en relaciones cotidianas.*

Actores Sujetos activos **P 7:** *El sujeto comunitario logre desarrollar sus*
de su propio **7:2** *capacidades y posibilidades generando bienestar a*
proceso *sí mismo, su familia y referentes*

Comunidad **P17:** *Toda comunidad está compuesta por sujetos que a*
17:2 *su vez son los que integran la comunidad. Cuando existe algún daño de orden mental se afecta la*
comunidad, como menciona Baró, (citado por Neira, en DEMUS, 2010) el trastorno o los
problemas mentales no son un asunto que incumba únicamente al individuo, sino a las relaciones con
los demás...

Actores externos **P 2:** *Sobresalen otros sectores como la Junta Comunal*
2:79

		P25:	<i>Agentes externos que lideren la transformación</i>
		25:3	<i>social</i>
		P4:	<i>Trabajar en red con instituciones públicas locales,</i>
		4:30	
	Víctimas	P37:	<i>Consolidar a esta localidad como un espacio</i>
		37:6	<i>seguro y confiable para la comunidad, mediante la</i>
			<i>realización de programas y estrategias que</i>
			<i>permitan la sensibilización y construcción de una</i>
			<i>nueva cultura ciudadana proactiva y propositiva</i>
			<i>que incorpore a las personas más vulnerables como</i>
			<i>son las víctimas del conflicto armado colombiano,</i>
			<i>incrementando así el sentido de pertenencia a</i>
			<i>Bogotá y preparando la ciudad para la paz</i>
<hr/>			
Redes	y Reconocimiento	P 3:	<i>entender esta reciprocidad de influencia mutua</i>
vínculos	del otro	3:19	<i>entre individuo y sociedad</i>
			<i>Recreando transformaciones, resignificando las</i>
		P18:	<i>realidades y recuperando el conocimiento popular</i>
		18:3	<i>desde la comunidad misma, pues, “eso supone</i>
			<i>hacer y decir dentro de la sociedad en que vivimos;</i>
			<i>por lo tanto, tiene que ver con el tener voz y hacerla</i>
			<i>oír y con el generar espacios para que aquellos que</i>

han sido relegados al silencio puedan hablar y ser escuchados y se establezca el diálogo” (Montero, 2004a, p. 49)

Reconstrucción del tejido social **P 5:** *Se entiende la necesidad de la reconstrucción del tejido social, agentes protectores y ambientes seguros con la ayuda de metodologías comunitarias y participativas, fomenten la confianza en cuanto al relacionamiento con el otro, fortalezcan las relaciones interpersonales y generen procesos intrapersonales que dinamicen las microrealidades y se puedan expandir como experiencia que genere transformación social.*

Reconstrucción de la memoria histórica **P 2:** *Es necesario realizar un proceso de recuperación y sistematización histórica, como mediación para recuperar la memoria colectiva que permita a la vez ver los avances realizados en orden a momentos anteriores.*

Redes y vínculos **P53:** *Así mismo los planes de acción deben estar articulados con los entes institucionales y*

gubernamentales, identificando el conflicto y su prioridad y posteriormente a través de las organizaciones comunitarias se podrá liderar procesos que permita brindar cambios modificando ambientes o contextos reduciendo factores de riesgo e incrementando factores protectores con miras a resultados positivos hacia el mejoramiento por su SMC.

Políticas públicas Colombia	Contextualizar la en realidad del país	P53: 53:7	<i>los conceptos tienen aplicación real en contextos comunitarios como lo evidenció el grupo al definir las siguientes categorías SMC: Autoestima, relación afectiva, estrategias de afrontamiento, pautas de crianza, estilos de vida saludable, habilidades sociales, educación para la vida, formación de ciudadanos, fortalecimiento de vínculos, empoderamiento y la lúdica, identificadas mediante el trabajo comunitario con niños, niñas y adolescentes en edad escolar, con problemas a nivel de relaciones familiares y de orden legal, al igual que con madres comunitarias y población interna en contexto penitenciario, que dan cuenta</i>
-----------------------------------	---	----------------------------	--

de la necesidad de abordarlo desde un enfoque de Salud Mental Comunitario

Desconocimiento de programas y políticas **P43: 43:1** *DESCONOCIMIENTO DE AYUDAS COMUNITARIAS: Desconocimiento de rutas de atención, ¿a quién acudir en situaciones negativas?, Ignorancia de los factores que afectan la salud mental, Ausencia de concienciación sobre salud mental comunitaria, vocería o conocimiento de las acciones realizadas en la comunidad, falta de unión.*

Políticas públicas en Colombia **P 3: 3:33** *Proyecto de Ley de salud mental, su objeto es garantizar a la población el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, así como el goce efectivo de los derechos humanos de quienes padecen de enfermedad mental.*

Contextos de Abuso y violencia **P35: 35:4** *Trato inadecuado, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la prostitución infantil, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos no deseados, los antivalores, exclusión, familias*

disfuncionales, relaciones conflictivas, marginación, condiciones de dominio

- Pobreza
- P14:** ... ya que un país como Colombia en donde los
- 14:1** *problemas de desplazamiento, violencia, pobreza, drogadicción revisten atención de parte de los gobiernos.*
- P29:** *El problema de la pobreza es un evento muy*
- 29:1** *complejo que abarca varios aspectos los cuales se interrelacionan entre sí como la falta de oportunidades laborales, el bajo nivel académico, una buena atención en salud, dificultades para acceder a servicios básicos, una vivienda digna, recreación y muchos más factores que contribuyen al deterioro de nivel de vida de las personas afectada.*
- Violencia
- P17:** *La violencia se constituye en un factor de riesgo*
- 17:10** *para la salud mental de la comunidad, ocasionando Trastornos psiquiátricos, depresión, ansiedad, estrés postraumático, entre muchas otras secuelas que se generan por el conflicto armado.*

-
- Conflicto armado
- P 2:** *Los largos años de conflicto armado han dejado en el conjunto de los habitantes una huella difícil de borrar, el nivel de afección ha sido gradual en orden al Involucramiento y la clase social, siendo más afectados los más pobres en cuanto han puesto un número mayor de víctima; este factor causante de tanto sufrimiento fue ocasionado por todos los actores armados y políticos que de una u otra*
- P 2:** *manera generaron dolor y marginación.*
- 2:114** *La salud mental está caracterizada por las repercusiones que ha dejado el conflicto armado como son: no elaboración de duelos, síntomas de estrés postraumático, negación de los hechos, poca participación en comunidad, ausencia de atención médica especializada, miedo recurrente, desestructuración del núcleo familiar.*
- Desplazamiento
- P38:** *El desplazamiento forzado es una problemática*
- 38:1** *Nacional, que ha sido caracterizada como un crimen de lesa humanidad como cualquier “ataque generalizado o sistemático contra una población*

civil y con conocimiento de dicho ataque” (Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, 1998).

Contextos de **P 6:** - *condiciona a la desadaptación en las diferentes*
 violencia **6:9** *áreas del ser humano dando origen a un deterioro del sujeto, estigmatización, desempleo, desarmonía afectiva, desintegración o alteración del núcleo familiar; como la violencia intrafamiliar, abandono, rechazo, búsqueda de soportes como el consumo de sustancias psicoactivas, conductas delictivas y costos económicos que impactan en el sujeto, la familia y las instituciones de salud*

Factores determinantes del riesgo en SMC Factores de riesgo de **P35:** *Trato inadecuado, la violencia intrafamiliar, el*
35:4 *abuso sexual, la prostitución infantil, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos no deseados, los antivalores, exclusión, familias disfuncionales, relaciones conflictivas, marginación, condiciones de dominio*

Señales de **P33:** *Logrando establecer un diagnóstico social*
 afectación de la **33:4** *comunitario y una evaluación de las necesidades sociales de la salud mental, se establece un modelo,*
 SM

ejecutando acciones capaces de resolverlas y dar solución a éstas, desde la perspectiva de un trabajo interdisciplinario, brindando un liderazgo en el que la participación social contribuya al logro de los objetivos en transformación social, teniendo en cuenta la rehabilitación en salud mental con promoción y prevención.

- Enfermedades mentales y físicas **P 2:** *Irarrázabal, M. Prieto, F. Armijo, J (2016), es que las enfermedades mentales no se quedan en la esquizofrenia y los trastornos que antiguamente se asociaban a la “locura”, en la actualidad en el caso de los adultos, se relacionan con las fobias, trastorno depresivo mayor y dependencia de alcohol.*
- Adicciones **P 2:** *Consumo de marihuana, cocaína y bazuco han aumentado desde el 2008 amento el abuso y la dependencia de drogas este consumo es mayor en el estrato dos en la ciudad.*
- Contextos de violencia **P 4:** *Violencia intrafamiliar*
- violencia **4:40** *Maltrato infantil, Desplazamiento forzado, Individualismo*

	P33:	<i>La violencia intra y extra doméstica.</i>
	33:8	
	P52:	
	52:6	
Vulnerabilidad económica	P43:	<i>situaciones de rechazo, pobreza, desempleo,</i>
	43:3	<i>aislamiento social, problemas de alojamiento</i>
Factores determinantes del riesgo en SMC	P35:	<i>Por eso se indica que la salud mental comunitaria</i>
	35:3	<i>está relacionada con aspectos biológicos, emocionales, psicológicos socioculturales, eventos como trato inadecuado, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la prostitución infantil, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos no deseados, los antivalores; entre otras problemáticas son factores determinantes en los individuos para el deterioro de las relaciones de convivencia social y el incremento de factores de riesgo para desarrollar problemas de salud</i>

Estrategias o acciones de mitigación del riesgo en SMC	Estrategias de intervención comunitaria	de P 9: 9:6	<i>Acción comunitaria a partir de la participación activa: A través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud" (OMS, 1986, p. 1). Se ha planteado como centro de este proceso la posibilidad de que las comunidades adquieran la propiedad y el control de sus propias iniciativas y sus propios destinos. Las modalidades de intervención se dan desde el enfoque de APS, a través de la promoción, prevención, atención e intervención clínica con abordaje comunitario. Por lo cual se consideran indispensables los siguientes enfoques: Derechos humanos, Psicosocial, Intercultural, Género</i>
Promoción y prevención	y P20: 20:2	<i>El ámbito de promoción y prevención para la armonía de salud mental, aportando una visión compleja desde una perspectiva integral.</i>	

Reconstrucción de la memoria histórica **P26: 26:4** *Debe tener conocimiento sobre el contexto, las representaciones sociales, los elementos locales, así como un conocimiento de la cosmovisión de la población y particularmente, sobre los discursos, concepciones y construcciones alrededor del*

P 5: 5:20 *proceso de salud y enfermedad que tiene la comunidad, así como, de las prácticas locales para sanar, buscar y mantener la salud*

Martín Baró (2006) cita a Fals Borda cuando dice que “el conocimiento práctico se adquiere mediante la investigación participativa, por ende, debe encaminarse hacia el logro de un poder popular, un poder que permita a los pueblos volverse protagonistas de su propia historia y realizar aquellos cambios que hagan las sociedades latinoamericanas más justas y humanas” (p.13).

Gestión local **P 3: 3:9** *Las iniciativas de empoderamiento que provienen de la comunidad y que implican acciones a diversos niveles de poder públicos (de barrio, municipales, estatales), caracterizan el modo de entender la promoción de la salud mental, la prevención y la*

mejoría de una población y que incumben por lo tanto a muchas instancias de la sociedad, por lo que se hace necesario apostar por un abordaje integral, que nos sitúe frente a sus múltiples desafíos y demande alternativas de acción e intervención más eficaces

- Cultura **P 5:** *Encontramos ahora el Desarrollo Cultural que*
5:14 *apunta al despliegue de potencialidades a través de generar espacios y entornos saludables. El fortalecimiento de la cultura, se constituye en un factor protector para las comunidades a través del aprovechamiento del tiempo libre y de ocio. El Desarrollo Cultural debe ser una necesidad sentida por la comunidad*
- Deporte **P17:** *“a través del juego compartido, se pretende*
17:9 *generar un vínculo más cercano entre la gente y los profesionales, el cual es generalmente percibido como distante por parte de la comunidad” (Bang, 2012^a)*

-
- Educación **P 4:** *Se hace más viable promover la construcción de una posición crítica, de responsabilidad y auto gestión en la comunidad, pues es a partir de la construcción de conciencia de los sujetos relacionales en la comunidad como se puede llegar al mantenimiento y promoción de representaciones sociales que darán base a los hábitos saludables, protegidos y asumidos como propios por cada miembro de la comunidad.*
- 4:8**
- Religión **P 2:** *La iglesia católica presente de forma continua desde hace 18 años, ha tenido un papel protagónico que va desde rescate de cadáveres hasta marchas por la paz. La presencia continua permite que la comunidad tenga un lugar de encuentro y respaldo, aprovechado y valorado por la comunidad.*
- 2:80**
- Desarrollo comunitario **P53:** *Comprender los problemas que debe enfrentar una comunidad en pro de mejorar su calidad de vida y las situaciones que ponen en riesgo la Salud Mental de sus integrantes, abre las posibilidades para proponer estrategias de intervención que trascienden el concepto de lo clínico y se centren en*
- 53:2**

lo comunitario, La salud mental comunitaria (SMC) según (Marcos, 2012) “es un modelo que trasciende la mera asistencia clínica, centrada en el usuario como asiento individual de sufrimiento, para proyectarse en la comunidad; es allí donde surge el malestar del sujeto, y por tanto, donde puede ocurrir la recuperación del mismo”

Participación comunitaria **P14:** *Los procesos participativos que ponen en juego la*
14:14 *creatividad desde lo colectivo, multiplicando las*
redes de contención comunitaria, se presentan
como una vía facilitadora para la transformación
hacia una comunidad más inclusiva. Para que
personas con padecimientos mentales puedan ser
asistidas en su comunidad, ésta también debe estar
preparada. El abordaje comunitario genera aquí
grandes oportunidades y fortalezas, desde una
propuesta que trabaja no sólo con usuarios del
sistema, sino que incluye a su comunidad en el
abordaje de problemáticas psicosociales en su
complejidad, produciendo una clínica ampliada.

-
- Empoderamiento **P26:** *Debe buscar trabajar por el empoderamiento de la*
26:3 *comunidad, de tal manera que se generen*
condiciones para sus miembros de manera
organizada, para que sean estos protagonistas de
acciones políticas y sociales que contribuyan a
mejorar sus condiciones de vida
- Cambio social **P33:** *Los beneficios obtenidos están dados desde la*
33:10 *participación comunitaria, transformación social,*
en busca de bienestar común, que encierra la salud
física y mental, educación y fortalecimiento de
valores en familia dando como resultados
individuos servibles a la comunidad, auto-
cuidadores de su salud, independientes, con
prevención en riesgos que favorezcan el desarrollo
humano, bienestar y calidad de vida dentro de la
comunidad y para la comunidad, convirtiendo sus
necesidades en intereses individuales y colectivos,
logrando también una integración social.
- Agenciamiento **P 2:** *Sobresalen otros sectores como la Junta Comunal,*
2:78 *ha adelantado gestiones para pavimentadas*
algunas de sus vías, mejoras en las instalaciones
-

educativas. Un hecho simbólico resulta la organización de actividades comunitarias organizadas por la Junta, como lo son los festivales y reinados locales.

Total	Códigos: 46 con	Fuent
Categorías: 8	mayor	es: 69
	fundamentación	de las
	de los	94 555
	identificados	citas
		totales

Fuente: Origen creación propia