

Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional
Abierta y a Distancia CASMCUNAD

Yeison Alfonso Rodríguez Campo

Asesor

Dra María del Pilar Triana Giraldo

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades

Maestría en Psicología Comunitaria

Garagoa, 2021

Resumen

El cambio del paradigma en la atención de la salud mental desde el tratamiento individual y aislado hacia la intervención en el contexto psicosocial y al interior de la comunidad es un imperativo. Razón por la cual normativas en Colombia como la Ley 1616 de 2013 y los Modelos de Desinstitucionalización del Ministerio de Salud (2013) incluyen la propuesta de crear Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria que permitan el acceso al sistema de salud de un mayor número de personas y en consecuencia una reducción de factores de riesgo y un mejoramiento en la calidad de vida de las comunidades, sin embargo, siete años después, no se han construido por falta de reglamentación. El presente trabajo contiene la creación y puesta en marcha de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), los cuales no solamente dan respuesta a la normatividad existente, sino también a las necesidades de diferentes grupos humanos de acceder a servicios de salud mental de calidad y acordes a sus contextos y particularidades.

Los CASMCUNAD durante el segundo semestre de 2020 lograron establecer la primera parte del Diagnóstico Participativo Comunitario de 53 grupos humanos, presentes en 37 municipios de 14 departamentos del país, con lo cual se beneficiaron directamente 371 personas y de manera indirecta 2640, y de esta manera se logró impactar a un total de 3011 participantes. Todo esto aporta a su objetivo general que es contribuir a la construcción de un Modelo de Salud Mental Comunitaria para Colombia.

Tabla de Contenido

Introducción	4
Planteamiento del Problema	6
Objetivos	11
Justificación	12
Marco Teórico	17
Marco Conceptual	28
Descripción del Proceso de Intervención	35
Impacto de la Intervención	45
Resultados Generales del Diagnóstico Participativo Comunitario	57
Avances Parciales	62
Recomendaciones	64
Referencias	65
Anexos	74

Introducción

La importancia de comprender la salud mental desde un contexto de interacción comunitaria, y no desde un entorno individual cerrado “manicomial”, es la diferencia entre mejorar la calidad de vida de una persona que presenta trastornos mentales, o de agudizar su trastorno afectando no solo su salud particular sino la de todo un grupo humano. Desde la década de los 60 se ha replanteado el enfoque de tratamiento en salud mental, dado que el encierro no solamente empeora este tipo de trastornos, sino que hace susceptible al paciente de abusos y vulneración de sus derechos, además de invisibilizarlo y desaparecerlo de su contexto social y cultural. La intervención psicosocial en salud mental de personas inmersas en sus comunidades ha mostrado mejores resultados, no solo a corto plazo, sino que se han logrado mantener en el tiempo (Bang, 2014).

Por lo anterior, es muy importante que se generen estrategias de trabajo de salud mental al interior de las comunidades, para determinar diagnósticos e intervenciones coherentes con las necesidades de los diferentes grupos humanos y de esta manera impactar positivamente en su desarrollo, disminuyendo factores de riesgo y mejorando la calidad de vida. Por esta razón, en Colombia existe la Ley 1616 de 2013 en la cual se establece la necesidad de crear los Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria, que se encargarían de realizar este trabajo al interior de las comunidades, prestando una atención adecuada, contextualizada y además descongestionando significativamente el sistema de salud. Sin embargo, siete años después de sancionada la norma, aun no existe una reglamentación clara al respecto, y por lo tanto ninguno de estos centros ha sido construido.

El presente proyecto aplicado de desarrollo comunitario responde a la necesidad de implementar estos centros de atención, con la propuesta de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD – CASMCUNAD, por medio de los cuales, es posible abordar a las comunidades desde sus contextos particulares y apoyar de manera adecuada y funcional sus procesos de mejoramiento. Además, teniendo en cuenta que la UNAD hace presencia en todo el país por medio de sus diferentes sedes, la implementación de los CASMCUNAD puede hacerse a lo largo del territorio nacional, no solamente desde la perspectiva de diagnóstico y acción psicosocial de comunidades específicas, sino también contribuyendo a la construcción de un Modelo de Salud Mental Comunitario para Colombia, a partir de ocho modelos regionales consistentes con las ocho zonas en las cuales la universidad ha dividido administrativamente al país.

Durante el segundo semestre del año 2020 los CASMCUNAD iniciaron la Fase 1.1 o de Diagnóstico Participativo Comunitario con la inclusión de 53 comunidades, presentes en 37 municipios de 14 departamentos del país. En el presente escrito se encuentra el desarrollo de esta estrategia y los resultados obtenidos en este periodo de trabajo.

Planteamiento del Problema

Alrededor de la década de los 60, desde diferentes disciplinas como la filosofía, la sociología, la psiquiatría, y hasta desde aquellos que habían sido declarados como “enfermos mentales”, se inician movimientos de detracción en contra de la psiquiatría clásica, cuyo objetivo era el de replantear no solamente los conceptos de enfermedad y salud mental, sino su abordaje y tratamiento (Galvin, 2009). El término antipsiquiatría propuesto por Cooper en 1978, que antes de buscar erigirse como una ciencia o conjunto doctrinal, intentaba reunir posturas críticas frente a la atención de aquellas personas que presentaban trastornos mentales, evidencia la creciente necesidad de modificar un esquema “manicomial”, como lo define Bang (2014), hacia una atención diferente al encierro, el cual, según la concepción de Foucault (1964), lejos de buscar la rehabilitación y reintegración a la comunidad, tenía la finalidad de apartar de la sociedad a aquellas personas que se consideraban anormales o “locas”, invisibilizarlas, y desaparecerlas del escenario social. El psiquiatra español Ramón García en el año 1973 (Galvin, 2009), expresaba que los hospitales psiquiátricos buscaban promover un “sutil encubrimiento de la violencia” considerada necesaria para acallar la locura de los locos, y el “espacio manicomial” se mostraba como la imagen ideal para que estas personas, en un ficticio sentido de libertad logaran la “felicidad”.

El esquema del encierro por largos periodos, o de por vida, empieza a ser reconsiderado a partir del análisis de la necesidad de “institucionalizar” o no a las personas con padecimientos mentales, reorientándose dicha atención al interior de su comunidad, con lo que se busca, no solamente intervenir en un individuo particular, sino, además, aportar a la construcción de la salud desde la perspectiva de un grupo humano específico (Bang, 2014). Las acciones en salud

mental deben estructurarse teniendo en cuenta las necesidades de una población determinada, asimismo, promover la participación activa de la comunidad, la cual, desde sus saberes y experiencia propone soluciones coherentes con sus propias y subjetivas realidades (León, 2002).

En Colombia, la necesidad de replantear la internación como paradigma incuestionable de tratamiento, resulta en un Modelo para la Desinstitucionalización de Personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria propuesto por el Ministerio de Salud, teniendo en cuenta que el abordaje de la salud mental desde la comunidad muestra mejores resultados que al hacerlo en entornos de confinamiento o diferentes a aquellos en los que se encuentra inmersa la persona (MinSalud, 2013). Para Zaraza y Hernández (2016) es más eficaz y acertada la atención de la salud mental basada en la comunidad, porque promueve una mejor calidad de vida, un menor tiempo de recuperación, permite que la persona se sienta productiva, parte de un grupo, y en algunos casos la disminución de los síntomas psicóticos en pacientes con patologías como esquizofrenia, además, tiene la capacidad de descongestionar al sistema de salud. Por otro lado, los procesos en salud mental comunitaria no se centran en las necesidades particulares de la persona que padece una patología determinada, sino en la salud mental de un grupo humano que es influenciado y afectado desde la cotidianidad. Por lo cual, fenómenos como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, la marginación del adulto mayor, entre otros, pueden ser abordados desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, sin que necesariamente existan personas con diagnósticos de trastorno mental (Bang, 2014. Larban, 2010). En el año 2013, El Congreso de la República expide la ley 1616 o de Salud Mental, en la cual se establece la necesidad de generar modalidades y servicios de atención integral e integrada de salud mental, para lo cual, la red integral de prestadores de servicios de salud debe incluir los

Centros de Salud Mental Comunitarios, establecimientos que a pesar de la existencia de la norma no se han materializado, teniendo en cuenta que para el primer semestre del 2021, siete años después de sancionada la Ley 1616, no hay una reglamentación clara al respecto, pero que se consideran de importante y necesaria implementación, tanto en esta Ley, como en el Modelo para la Desinstitucionalización de personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria del año 2016.

El Ministerio de Salud publicó en el año 2018 el Boletín de Salud Mental: Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio, el cual contiene estadísticas de eventos como suicidios, lesiones autoinflingidas intencionalmente, atenciones, hospitalizaciones y muertes por trastornos mentales y del comportamiento. En el año 2017 la tasa de intentos de suicidio fue de 52,4 por 100.000 habitantes con tasas significativamente más altas en los departamentos de Vaupés (128,1), Putumayo (96,3), Caldas (94,8), Huila (86,5), Arauca (83,6), Quindío (83,1), Antioquia (71,8) y Nariño (67,7). Para el año 2016 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 5.07 por 100.000 habitantes, con una tendencia mayor en los departamentos de Arauca (11,67) y Vaupés (12,21). La tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento fue de 1,53 por 100.000 habitantes, con una tendencia mayor en los departamentos de Valle del Cauca (2,73), Huila (2,51) y Meta (2,45). Durante el año 2015 la tasa de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento fue de 2.42%, según lo afirma el mismo boletín, estos últimos se entienden como eventos prevenibles “en la medida en que se brinden las atenciones necesarias para mantener a los pacientes compensados y evitar las agudizaciones del cuadro clínico” (Minsalud, 2018). En el tema de violencia intrafamiliar para el año 2019 se presentaron 73.309 casos en el país (INMLCF, 2019), y para el periodo comprendido entre enero y abril del

año 2020, se presentaron 18.064 casos en el territorio nacional, la mayoría de ellos contra mujeres, niños, niñas y adolescentes (INMLCF, 2020). La propuesta actual es la desinstitucionalización de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, la atención en el medio social, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Minsalud, 2018), procesos que pueden ser desarrollados y atendidos de manera adecuada desde los modelos de salud mental comunitaria por medio de los Centros de Salud Mental Comunitarios, propuestos en la ley 1616 de 2013. Sumado a las anteriores problemáticas sociales, están las diferentes afectaciones mentales producto del confinamiento y demás situaciones relacionadas con el SARS Cov 2, producida por el Covid 19. Hawryluk, et al (2004) basados en la epidemia de SARS del 2003, establecieron que la cuarentena y el confinamiento fueron determinantes para la presentación de angustia psicológica trastorno de estrés postraumático y depresión, además de los síntomas de ansiedad producto del temor que generaba el riesgo de contagio, los cuales no desaparecieron una vez fueron levantadas las medidas de protección, sino que permanecieron de manera posterior al desconfinamiento. Balluerka et al (2020) determinaron en un estudio realizado en España, entre los meses de marzo y mayo del año 2020, que tanto la pandemia como el confinamiento han afectado significativamente la estabilidad emocional y conductual no solamente de las personas que se han aislado de manera drástica, sino también de quienes realizan trabajos y oficios que por su naturaleza impliquen la atención masiva de personas y, por lo tanto, un riesgo alto de contagio.

Todo lo anterior plantea claramente la necesidad de priorizar la atención funcional y adecuada de la salud mental en entornos comunitarios, con el objetivo no solamente de disminuir la posibilidad de convertir en crónicas patologías de base, sino de abordar con criterios de

participación activa las diferentes problemáticas dentro de una población, permitiendo el concurso de todos los actores, estableciendo estrategias cualitativa con un enfoque de apropiación social del conocimiento, y fundamentado en metodologías como la Investigación Acción Participativa por medio de la cual, la construcción comunitaria es quien define y estructura rutas de acción. Es en este espacio en donde los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) no solamente podrían responder pertinentemente a las necesidades en atención de las problemáticas sociales, sino que, en cumplimiento de la ley 1616 de 2013, promoverían el acceso a la salud de una mayor cantidad de personas, descongestionarían significativamente el sistema de salud y mejorarían la calidad de vida de las comunidades.

Objetivos CASMCUNAD

Objetivo General:

Contribuir a la construcción un Modelo de Salud Mental Comunitaria para Colombia a partir de la implementación de ocho modelos zonales, formulados desde la estrategia de Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD).

Objetivos específicos

Establecer ocho diagnósticos comunitarios participativos para cada una de las regiones en las cuales se desarrolle la estrategia CASMCUNAD.

Diseñar estrategias construidas y concertadas con las diferentes comunidades, que permitan el abordaje adecuado de las problemáticas evidenciadas en el diagnóstico comunitario participativo.

Implementar las estrategias de intervención concertadas con las diferentes comunidades en las cuales se desarrolle la estrategia CASMCUNAD.

Evaluar los resultados de la implementación de las estrategias de intervención con los actores de las diferentes comunidades.

Objetivo Fase 1. Diagnóstico Participativo Comunitario.

Construir el diagnóstico participativo comunitario de cada uno de los grupos humanos que hacen parte de la estrategia CASMCUNAD.

Justificación

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó para el año 2019 un total de 73.309 casos de violencia intrafamiliar, y 2550 suicidios (INMLCF, 2019), y en el periodo comprendido entre los meses de enero a abril del año 2020, 18.064 casos de violencia intrafamiliar y 729 suicidios (INMLCF, 2020). Esto, sumado a los datos reportados por el Ministerio de Salud en el Boletín de Salud Mental de abril del 2018, en el cual se registra que en Colombia para el año 2017 existía una tasa de 52,4 intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes, para el año 2016 una tasa de mortalidad por suicidio de 5,07 por cada 100.000 habitantes, de mortalidad para el mismo año por trastornos mentales y del comportamiento de 1,53 casos por cada 100.000 habitantes, y para el año 2015, el porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento fue de 2.42% (MinSalud, 2018). Adicional a esto, el peligro global de SARS Cov 2 producto del Covid 19, aumenta el riesgo de afectación de la salud mental a nivel mundial, condición que debe ser afrontada de manera adecuada, teniendo en cuenta los recursos existentes, y enfocada desde y hacia las comunidades. Un estudio realizado por Hawryluk, et al (2004) en Toronto (Canadá) en el cual se analizó la cuarentena frente al virus que producía el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en el año 2003, determinó que los periodos de confinamiento y encierro prolongados se asociaron a la presencia de angustia psicológica, depresión y estrés postraumático. Cano et al (2004) afirman que situaciones como catástrofes y desastres pueden desembocar en tres síndromes similares pero de curso diferente, el síndrome de estrés postraumático, síndrome de aflicción por catástrofe, y el síndrome del superviviente, en los cuales, las personas que salieron más o menos ilesas de un desastre, muestran tristeza, ansiedad, preocupación obsesiva, sensación prolongada de pesadumbre, conductas regresivas, dependencia, agresividad, irritabilidad, ira y desórdenes

psicofisiológicos (hipertensión, cefaleas, y trastornos gastrointestinales). Ramírez et al (2020) basados en epidemias anteriores afirman, que las consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario van desde síntomas aislados, hasta trastornos complejos con marcados deterioros en la funcionalidad de aquellos que las padecen. Balluerka, et al (2020) en un estudio realizado en poblaciones españolas entre los meses de marzo y abril de 2020, encontraron que tanto la pandemia como el confinamiento asociado (por el Covid 19) afectaron significativamente la estabilidad emocional y conductual de diferentes grupos poblacionales. Los resultados mostraron un aumento significativo en el malestar psicológico, en factores como la incertidumbre, la preocupación por padecer o contraer la enfermedad, y la preocupación por perder seres queridos. En lo referente a variables del espectro depresivo se evidenció un aumento en los sentimientos pesimistas y de desesperanza. Estas tendencias aumentan en las mujeres, en personas que han tenido un resultado positivo para Covid 19, las que se encuentran solas durante el confinamiento, y se incrementan a menor nivel socioeconómico y mayor riesgo de inestabilidad laboral. Los sentimientos de confianza y optimismo disminuyeron, en especial en las mujeres, las personas afectadas en su situación laboral y aquellas que han tenido resultado positivo en la prueba de Covid 19 sin y con sintomatología. Los sentimientos de vitalidad y energía muestran un empeoramiento, y en general se observa un aumento en la irritabilidad, la ansiedad y la depresión. Desde luego, las comunidades presentan problemáticas diferentes a las anteriores que no solamente incrementan su intensidad de manera recíproca, sino que también deben ser entendidas e intervenidas desde un enfoque en salud mental, fenómenos como la violencia en sus diferentes formas, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas legales, el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, la pobreza, las conductas sexuales de riesgo, la atención de

grupos especialmente vulnerables y situaciones que afectan a grupos humanos que no son atendidas por el sistema de salud desde su percepción convencional.

Todo lo anterior requiere de un abordaje desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, teniendo en cuenta que el modelo clínico no es aplicable de manera funcional a este tipo de situaciones, los procesos actuales de atención en salud mental buscan la desinstitucionalización (Zaraza y Hernández, 2016, Larban, 2010, Bang, 2004, León, 2002), y el sistema de salud no puede responder de manera adecuada a estas necesidades. El modelo comunitario, no solo permite establecer un diagnóstico desde la perspectiva de la población, sino que requiere de una participación activa de la misma, haciéndolos actores responsables en la transformación de su propia realidad, dicho cambio, es el objeto central de todo un proceso sensible, capaz de aproximarse a comprensiones subjetivas y así lograr también un fortalecimiento grupal (Montero, 2010). Este abordaje no debe hacerse solamente desde lo teórico, sino también desde lo práctico, fundamentado en la normatividad vigente que requiere la creación de Centros de Salud Mental Comunitarios (Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental), en la percepción del Estado en que el “tratamiento en comunidad de las personas con trastornos mentales, en comparación con la estancia hospitalaria prolongada, es más costo-efectivo, costo-eficiente y costo-eficaz; favorece su incorporación a la sociedad y mejora su funcionalidad en la vida diaria, lo que sin duda impacta de forma positiva en el pronóstico” (Hobbs, Newton, Tennant, Rosen, & Tribe, 2002; Reinhartz, Lesage, & Contandriopoulos, 2000 citados por MinSalud, 2013) y en la necesidad de que la entidad que pretenda la atención de estas problemáticas cuente con los recursos necesarios para realizar de manera apropiada esta labor.

Por lo anterior, desde el programa de Maestría en Psicología Comunitaria se plantea la implementación de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), los cuales, basados en procesos de abordaje y atención en el marco de la salud mental comunitaria, pueden generar estrategias y procesos de intervención adecuados para la atención de problemáticas psicosociales de diferentes poblaciones y comunidades en el territorio nacional. Los CASMCUNAD buscan contribuir a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental dentro las comunidades en las cuales desarrollen su labor, teniendo en cuenta el marco teórico propio de la psicología comunitaria, la participación y construcción desde lo social y el enfoque de la apropiación social del conocimiento. La Universidad cuenta en la actualidad con 8 zonas, de las cuales hacen parte 64 sedes distribuidas en todo el territorio colombiano, lo que implica que el impacto de los CASMCUNAD será relevante a nivel nacional en la atención de problemáticas psicosociales asociadas a la salud mental. Estos centros abordan la salud mental y sus problemáticas desde la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP), que permite una construcción continua en el reconocimiento de realidades y contextos desde perspectivas particulares y grupales, permitiendo y promoviendo la apropiación social del conocimiento. La IAP se entiende como un proceso de construcción comunitaria, en el cual los miembros de un grupo comprenden su realidad, la analizan, reconocen sus problemáticas y actúan con el objetivo de transformarse (Balcazar, 2003). Por esta razón, la salud mental es una construcción colectiva que debe ser comprendida desde la percepción misma de la comunidad y su búsqueda activa de transformación y avance (Colmenares, 2012). La estrategia CASMCUNAD estará coordinada desde la Maestría en Psicología Comunitaria de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y humanidades, y será implementada en las ocho zonas en las cuales tiene influencia la Universidad Nacional Abierta y

a Distancia. Vinculará de manera permanente a docentes, estudiantes de pregrado y posgrado en especial de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH).

Marco Teórico:

La Organización Mundial de la Salud en el año 1948 define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006), con lo cual, establece tres esferas importantes en el desarrollo humano, la física que se entiende como lo orgánico, la mental que contiene los aspectos emocionales, y la social que abarca lo relacional, es decir, no es posible hablar acerca de la salud, si se excluye una de estas tres esferas, por lo tanto, la enfermedad sería por definición la afectación significativa de alguna de dichas áreas, y su consecuente perjuicio directo o indirecto a las otras dos. Conceptos anteriores de salud excluían lo mental y lo social, y reducían el término a la capacidad de un individuo de funcionar (sobrevivir) y ser apto para trabajar (Herrero, 2016). En el año de 1974, Marc Lalonde implementa en Canadá el modelo holístico de Laframboise, en el cual, la salud es el resultado de la interacción de cuatro grupos determinantes, los estilos de vida (conductas de salud), el medio ambiente, la biología humana y el sistema de asistencia sanitaria, lo que refuerza el concepto de salud como una integración de diferentes elementos, y no como exclusivamente el correcto crecimiento, desarrollo y funcionamiento de células, tejidos y órganos, dando relevancia a lo relacional (Lalonde, 1981). Al considerar lo mental y lo social, se comprende al hombre como parte de un sistema que le es mayor (Velez, et al, 2017), y cuya adaptación al mismo puede resultar en un nivel de satisfacción adecuado y por lo tanto, en la salud. Sin embargo, esta adaptación al medio no sería totalmente posible, y en consecuencia, la no adaptación, o desadaptación serían anormales y requerirían la atención de un especialista que ayudara a que este individuo nuevamente haga parte productiva de la sociedad. Este modelo fue al que Foucault (1964) hizo fuertes críticas, ya que, quien se separaba de lo

normal, se convertía en “anormal” o en “loco” y en consecuencia debía ser encerrado en un “manicomio” para que la sociedad no se afectara por su “enfermedad” y también para que se “recuperara”, situación que lejos de beneficiar al “paciente” que realmente padecía algún trastorno mental, lo alejaba de su comunidad empeorando su condición, agudizando los síntomas, y haciendo que se mantuviera más tiempo recluido en un eterno ciclo de empeoramiento de síntomas y de mayor tiempo de encierro. El modelo “manicomial” no lograba cumplir sus objetivos de atención y rehabilitación, por el contrario, empeoraba la situación de los pacientes, y los tratamientos frecuentemente vulneraban los derechos humanos (Galvin, 2009).

Fue necesario replantear el encierro como forma de tratamiento e incluir lo social como elemento fundamental de intervención y rehabilitación, además de entender que no solamente los trastornos mentales hacen parte de la salud mental, sino que existen múltiples factores que afectan a la comunidad en su área emocional sin que esto implique la existencia de una patología, por lo cual, un grupo humano puede y debe definir su propio concepto de salud y trabajar activamente para lograr sus objetivos en este campo (Bang, 2004, León, 2002). lo que implica procesos de desinstitucionalización o deshospitización entendiendo, que la institucionalización no muestra la efectividad y los resultados esperados, en cambio, el abordaje desde el modelo comunitario en salud promueve una mejor calidad de vida y la rehabilitación en un medio conocido que genera seguridad y bienestar. (Zaraza y Hernández, 2016). Se comprende entonces la importancia de lo comunitario en la salud mental, no solamente de aquellas personas que pueden presentar patologías, sino en todos los miembros de una población determinada, producto de su interacción en la cotidianidad. Las relaciones sociales, las redes de apoyo, la integración, el aislamiento y la adaptación al medio social se consideran determinantes en la presentación de problemas de salud, lo grupal no solamente incide en el bienestar general,

sino también en lo individual (Fernández, 2005). Lo anterior hace necesario no solamente un modelo de salud mental desde lo individual, lo clínico, la diada médica (psiquiatra, psicólogo) – paciente y lo hospitalario, sino que debe incluir lo social y lo relacional.

Los modelos de salud mental comunitaria responden a esta necesidad, ya que conciben la salud mental como una construcción grupal, muchas veces subjetiva y fundamentada en particulares grupales y poblacionales, y no solamente desde paradigmas positivistas que generalizan atenciones, comprensiones y abordajes de la realidad. Para Larban (2010) El modelo comunitario de atención en salud mental tiene como características las siguientes, el ser público desde su control, análisis e implementación, con esto no se excluye a entidades privadas, pero de participar, lo hacen bajo estas condiciones. Es comunitario, lo que significa que nace de las necesidades de la comunidad, se aborda desde la perspectiva de este grupo humano, y se implementa con la participación de todos los actores. Es racional, es decir, responde a las necesidades de la población y no a la oferta de servicios existente. Es equitativo, proporcional a los grados de necesidad, y a las problemáticas existentes. Es de atención integral, por lo cual se deben conformar equipos inter y multidisciplinarios, que aborden las situaciones desde diferentes perspectivas, teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos para prestar servicios de calidad. Es de coordinación, el trabajo se desarrolla en equipo con programas y dispositivos en salud presentes en la comunidad, no los ignora o compite con ellos, sino que los integra al trabajo social. Es de inserción socio laboral, promoviendo el desarrollo individual, la movilidad social y el mejoramiento de la calidad de vida. Hace parte del sistema sanitario general, con quien coordina acciones para mejorar las posibilidades de atención de la población.

Por otro lado, León (2002), contempla que el modelo comunitario debe incluir tres perfiles básicos, el clínico, el epidemiológico, y el social, dado que brinda atención en acciones curativas y rehabilitatorias. Epidemiológico para lograr un diagnóstico en salud para establecer grupos de riesgo, evaluando poblaciones, y social porque debe ser participativo y de elaboraciones y construcciones conjuntas. Dentro de los principios básicos están: La atención integral y continuada, teniendo en cuenta al ser humano como una unidad que posee elementos biológicos, psicológicos y sociales, además de una historia y un contexto de vida que no pueden ser abordados en un solo espacio de tiempo, sino teniendo en cuenta principios de continuidad.

Diagnóstico comunitario y evaluación de las necesidades sociales de la salud mental, dado que se centra en conocer los principales problemas de salud y las necesidades de una población específica, no es posible que tome modelos de otros grupos humanos para ser implementados, sino que deben establecerse acciones teniendo en cuenta sus particularidades y singularidades.

Equipo de Atención Primaria de Salud (Médico y Enfermera de la Familia) y comunidad como ejes fundamentales del modelo, centrando su acción en equipos de atención primaria en salud que conozcan las necesidades de los grupos en los cuales desarrollen su labor. Descentralización de los recursos materiales y humanos, distribuyendo responsabilidades entre los dispositivos de salud, las redes de salud, los equipos interdisciplinarios y la comunidad. La coordinación e integración funcional de los diferentes niveles del sistema de salud, promueve la integración entre los diferentes sistemas y subsistemas para la realización de un trabajo coordinado.

Estratificación de acciones, se deben asignar acciones a los diferentes niveles del sistema y redes de salud para un trabajo coherente, armónico y organizado. La coordinación intersectorial, en el modelo de atención comunitaria es fundamental la participación organizada de diferentes sectores de la sociedad, no solamente de las entidades de salud. Participación social, los procesos

parten de la comunidad, se desarrollan en la comunidad, requieren de su participación activa, y los resultados son producto del trabajo conjunto. Integración de la prevención y la asistencia con la investigación, busca la prevención priorizada sobre la atención, aunque sin descuidar esta última, y la investigación para reconocer los problemas de salud locales. Capacitación y transferencia de tecnología, debe permitir la generación de conocimiento centrado en el grupo humano y no en los profesionales de salud, teniendo en cuenta que el trabajo debe desarrollarse de manera permanente y abordando los nuevos retos, basados en saberes anteriores adquiridos en la historia de trabajo con la comunidad. Hornazabal y Riquelme (2009) afirman que el modelo comunitario es más pragmático que teórico, muestra claros beneficios terapéuticos, modifica esquemas como el de atención dentro de la comunidad, el abordaje desde centros comunitarios y no desde hospitales, de respeto de las diferencias y observancia de los derechos humanos, reconoce a la comunidad como sujeto- objeto de estrategias en el campo de la salud tanto física como mental, entiende la existencia de sistemas y suprasistemas que no solo interactúan entre sí, sino que deben su existencia los unos a los otros. Por otro lado, los modelos de salud mental comunitaria no se limitan a la atención de pacientes con trastornos mentales, sino que abordan diferentes problemáticas como el consumo abusivo de sustancias psicoactivas legales, el consumo de sustancias psicoactivas no legales, los diferentes tipos de violencia, la pobreza, la desigualdad social, el abandono del adulto mayor, la baja calidad en la educación, entre otros. Velazquez y Valdez (2012) proponen que el modelo de salud mental comunitario responde de manera suficiente para abordar problemáticas de violencia social en poblaciones marginadas, fortaleciendo los recursos comunitarios, generando procesos desde el grupo mismo que tengan como resultado acciones colectivas para el buen trato y la convivencia.

En Colombia El Modelo para la Desinstitucionalización de Personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria establecido por MinSalud en el año 2013 determina dentro de sus elementos conceptuales que los equipos de salud mental con enfoque comunitario deben brindar atención a las personas con trastornos mentales y larga estancia en el contexto de territorios y poblaciones concretas. Deben tener un enfoque rehabilitador que busque la autonomía personal y la funcionalidad social, respetando las individualidades y las particularidades, incluyendo aspectos preventivos y rehabilitadores. La organización debe sustentarse en la Red de Prestación de Servicios de salud mental en coordinación en el sistema de salud social. El funcionamiento debe hacerse con énfasis en el trabajo participativo en red y en equipo, incluyendo familias, profesionales entre otros grupos sociales. Las prestaciones que se ofrecen deben ser adaptables a las necesidades. individuales y grupales y accesibles para la comunidad, este tipo de atenciones se deben hacer en su mayoría de manera extrahospitalaria (MinSalud, 2013).

El modelo de atención en salud mental comunitaria, que fundamenta los Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria para Colombia (CASMCCO) debe estar estructurado sobre la base de un marco teórico que permita el cumplimiento de sus objetivos, desde la participación y construcción social hasta la transformación de realidades. Este marco teórico lo proporciona la Investigación Acción Participativa (IAP), en la cual, la comunidad no actúa como un objeto pasivo, que es observado y es receptor de estrategias y procedimientos desde los sujetos que lo analizan y estudian, sino que, tiene la capacidad de observarse a sí misma, y de construir caminos de transformación y desarrollo.

Para Guadamuz (1991) la IAP propende por establecer una nueva forma de generar conocimiento, modificando el paradigma sujeto que observa – objeto que es observado, por una interacción sujeto – sujeto, en la cual, no existe una parte pasiva y otra activa, sino varias partes activas que interactúan entre sí con el objetivo de transformar la realidad. La IAP se despliega dentro de los grupos que tienen sus propias historias, creencias, cosmovisiones y formas de percibir y explicar la realidad, que no pueden ser afectadas por aquel quien intenta observarlos, sino que, por el contrario, el investigador debe buscar aproximarse a la comprensión de la realidad desde una visión diferente, y a partir de allí, promoverá acciones que generen cambios en el sentido en el cual la comunidad lo desee y lo permita. El investigador – interventor deja de ser el centro del absoluto conocimiento, y actúa como mediador entre el colectivo, sus deseos y perspectivas de desarrollo. Balcazar, F. (2003) afirma que la IAP promueve la participación continua de los miembros de una comunidad para comprender su propia realidad, identificar los problemas asociados a ella y establecer estrategias de cambio. Esta debe generar conciencia sociopolítica entre los diferentes participantes y actores, de tal manera que se conciban como responsables de sus acciones y de los procesos que se establezcan para mejorar. Dentro de las actividades centrales de la IAP están: Primero la investigación, entendida como la capacidad de analizar de forma sistemática las condiciones actuales de una comunidad identificando las necesidades percibidas de esta manera por las personas. Segundo, la educación, en la cual los participantes aprenden a aprender, desarrollan una conciencia crítica que les permite entender sus propias problemáticas, establecer las causas de estas y diseñar estrategias de solución, mejoramiento y transformación. Y tercero, la acción, en la cual los participantes, implementan las estrategias de mejoramiento. Estas tres actividades no son lineales, sino que forman un ciclo que se reinicia indefinidamente para mejorar la calidad de vida del colectivo. Latorre (2007)

señala que la IAP se diferencia de otros modelos en que requiere de la acción como parte fundamental del mismo proceso de investigación, no busca exclusivamente explicar un fenómeno, sino mejorar unas condiciones comunitarias, es cíclica dado que tienden a repetirse pasos en secuencias similares, es participativa, teniendo en cuenta que aquellos quienes son investigados se convierten en investigadores, es cualitativa, ya que promueve el conocimiento de lo subjetivo, particular y no generalizable, y es reflexiva, ya que permite analizar críticamente situaciones, procesos y resultados. Colmenares (2012) describe tres fases dentro de la IAP, la primera, el diagnóstico o reconocimiento de la comunidad desde su propia visión, es una aproximación y no una construcción unilateral. La segunda, la construcción de planes de acción, en los cuales el investigador no es el dueño de los saberes, y se muestra más como un catalizador o un medio para la materialización de ideas, conceptos y procesos, y finalmente, la tercera fase, que es la ejecución de los planes de acción por la comunidad, quienes hacen una reflexión permanente, lo que permite reorientar las acciones que sean necesarias y fortalecer aquellas que tengan buenos resultados. Al culminar algunos de los procesos, son los involucrados quienes se entienden como los protagonistas y no el investigador.

La metodología propia de la IAP es coherente con el enfoque de Apropiación Social de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación propuesto por MinCiencias, teniendo en cuenta que es un proceso de construcción conjunta entre diferentes grupos sociales que generan conocimiento. No se trata de imponer teorías o metodologías de unos sobre otros, o de aquellos que ostenten formación superior o en investigación sobre quienes no la tienen, sino que todas las comunidades y colectivos poseen saberes relevantes, fundamentales e importantes que pueden responder de manera adecuada y suficiente a las necesidades de cambio y transformación social de un grupo

humano. Sin embargo, esta construcción conjunta de saberes debe tener unos criterios para realizarse, y son, la organización y la intencionalidad del proceso, la participación de diferentes actores con habilidades y formaciones diversas, deben empoderar a la sociedad civil, y permite el acoplamiento o ensamble entre relaciones asimétricas. Por otro lado, plantea que la generación del conocimiento no es exclusiva de élites académicas, sino que es propia de todo grupo humano, quien lo transfiere a sus generaciones y les permite comprender el mundo que los rodea e intervenir en él (Minciencias, 2010).

Estado del Arte:

Los centros de atención en salud mental con enfoque comunitario parten del principio de reestructuración de conceptos como el de salud mental y el del papel de la comunidad en la atención, acompañamiento y rehabilitación de las personas que padecen este tipo de trastornos, además de comprender que la salud es una construcción grupal, en la que participan todos los miembros de una comunidad, y cuyos resultados influyen en la población en general.

En el año 1990 la declaración de Caracas establece la necesidad de replantear los modelos de atención e intervención en salud mental, teniendo en cuenta que los procesos llevados a cabo hasta ese momento desde el paradigma del “hospital psiquiátrico” generaban mayor discapacidad al asilar a la persona enferma de su contexto social y vulneraba los derechos humanos. Por lo cual, es fundamental “que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria” (OPS - OMS, 1990), con lo cual, dicha declaración se erigió como un hito para el abordaje de la salud mental en Suramérica al aceptar la transformación de un modelo médico hacia uno social.

En Cuba, desde el año 1959 se crea el Sistema Nacional de Salud, el cual permite brindar cobertura en salud asistencial a toda la población, además de replantear la atención en salud mental de lo intrahospitalario, a lo comunitario. Se establecieron servicios de psiquiatría en los hospitales generales y servicios de atención ambulatoria, los equipos de salud mental comenzaron a proyectarse a la comunidad. Desarrollaron un modelo de atención psiquiátrica desde los perfiles clínico, epidemiológico y social. “El perfil social está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, la comunidad participa activamente” (León, 2002). En 1972 en Chile tuvo lugar la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud Pública del Hemisferio y se elaboró el Plan Decenal de Salud para las Américas, con orientaciones específicas en el área de salud mental, entre las que se destacan la atención ambulatoria y en comunidad, el empleo de técnicas colectivas, la creación de organismos técnicos de salud mental en los Ministerios de Salud y el fomento de la investigación epidemiológica, y la necesidad de definir por cada uno de los países políticas claras de salud mental (León, 1976). En Argentina, a partir del año 1980 se inician procesos de reestructuración de los servicios de salud mental en hospitales generales, inicialmente explicitando este tipo de atenciones, y posteriormente con la conformación de equipos interdisciplinarios que privilegiaban la restauración de los lazos sociales. Este tipo de apertura hacia la comunidad significó la creación de Centros de salud Comunitarios, Hospitales de día y programas residenciales y ocupacionales (López, 2011).

En Ecuador desde el año 2007 se han realizado esfuerzos desde el Estado para implementar el modelo de salud mental comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), con el

fin de sustituir el enfoque médico- biologicista- asistencial, por otro que promueva la salud en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Un avance significativo fue el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015–2017 que plantea la sustitución del modelo de atención hospitalaria, por un modelo de atención comunitaria, sin embargo, a pesar de la existencia de la normatividad, la implementación no ha sido posible por la carencia de recursos (Camas, 2018).

En Colombia, teniendo como base la Ley 100 de 1993 se han formulado propuestas de deshospitalización y desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales, sin embargo, en la práctica no se han logrado los resultados esperados dado que ha sido muy difícil modificar el paradigma existente en cuanto a la atención en salud mental desde el contexto comunitario, “siendo aún la clínica o el hospital psiquiátrico el eje de la atención de estas, mientras que las alternativas de atención y rehabilitación en comunidad son pocas”. (MinSalud, 2013). Por otra parte, en el año 1998 emergen los Dispositivos Comunitarios en respuesta principalmente a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y como enlace entre los servicios de salud formales y los no formales, y de esta manera permitir el acceso a una mayor población. Entre los años 2002 y 2005 el Ministerio de Salud y Protección Social configuró dispositivos comunitarios como Centros de Escucha y Centros de Orientación y Acogida Comunitaria. Para el 2009 se implementan Dispositivos Comunitarios como las Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU). Para el 2011 en la Ley estatutaria 1438, se plantean disposiciones para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS con énfasis en Atención Primaria en Salud. En el año 2013, la Ley 1616 de Salud Mental establece la necesidad de implementar Centros de Salud Mental

Comunitarios en todo el territorio nacional, además, en el mismo año, se formula el “Modelo para la Desinstitucionalización de Personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria” del Ministerio de Salud (Minsalud, 2013). El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 en su dimensión de Convivencia y Salud Mental, establece la importancia de los dispositivos comunitarios como alternativas de acción en salud mental comunitaria. En el 2015 El Plan de Intervenciones Colectivas –PIC- Resolución 518 de 2015, adopta formalmente los dispositivos comunitarios como una tecnología clave para la acción del sector salud. Además, la Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015, en reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y por ende de los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como centro de la atención en salud, deriva en la apuesta que hace la Política de Atención Integral en Salud – PAIS. Para el año 2018 se formula la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) en articulación con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019). Finalmente, para el año 2020 El Ministerio de Salud emite los Lineamientos para la Implementación de Dispositivos Comunitarios en Salud.

Marco Conceptual:

Salud mental comunitaria: “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS, 2006)

Comunidad: En el desarrollo teórico para la implementación de los CASMCUNAD, se formula el siguiente concepto de comunidad, fundamentado en los aportes que en la materia han realizado Erazo, et al (2014), Bang (2014), Zambrano, et al (2012), Montero (2010, 2004), Sánchez (2002), y Krause (2001).

La comunidad puede entenderse como un organismo vivo, con historia propia, en constante desarrollo y transformación, conformado por individuos que comparten un territorio común (incluyendo lo que podría definirse como “territorios virtuales” u “organizaciones sociales”), que se agrupan alrededor de aspiraciones, intereses, necesidades, objetivos, y cuyas relaciones internas se fundamentan primordialmente desde lo afectivo, en un reconocimiento del “otro”, sobre lo meramente productivo. Los miembros de una comunidad tienen consciencia de su existencia como un colectivo (sentido de comunidad), de pertenencia al mismo y de lo identitario correspondiente, se benefician y benefician a los demás a partir de sus constantes interrelaciones y del apoyo social, desempeñan roles, observan el cumplimiento de normas tanto explícitas como tácitas (propias de este grupo) para su interacción y la realización de acciones conjuntas.

Del anterior concepto surgen cuatro divisiones de los grupos humanos en los cuales trabajan los CASMCUNAD, cuyas características son:

ASPECTO	COMUNIDAD INDIGENA	COMUNIDAD DE BASE	ORGANIZACIONES SOCIALES	ORGANIZACIONES FORMALES
Filosofía de vida, doctrina o cosmovisión sustentante.	Comparten cosmovisión, usos y costumbres.	No necesariamente comparten una misma cosmovisión, aunque pueden compartir	Comparten filosofías de vida, doctrinas o cosmovisiones que definen las dinámicas de la organización.	No es necesario compartir una cosmovisión o una filosofía de vida.

		algunos usos y costumbres.		
Territorialidad	Comparten el arraigo a un territorio específico. Territorios Indígenas.	Comparten un territorio con sus potencialidades y necesidades	No necesariamente comparten territorios físicos, dado que pueden compartir territorios virtuales, o pertenecer al grupo humano y provenir de muy diferentes territorios.	No necesariamente comparten territorios físicos, dado que pueden compartir territorios virtuales, o pertenecer a la organización y provenir de diferentes territorios.
Ejercicio de la autoridad	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.	El liderazgo es emergente y no necesariamente representativo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.
Pertenencia	Las personas nacen al interior de la comunidad - no voluntaria	Está generalmente condicionada a factores externos - no voluntaria.	Es generalmente voluntaria.	Vinculación generalmente laboral.

Categorías de Análisis: Para el desarrollo de los procesos de diagnóstico y acción psicosocial se definieron cinco categorías de análisis:

- a. **Afrontamiento comunitario:** Capacidad de abordaje de situaciones o problemáticas que realiza un grupo humano en conjunto, que demandan el uso de diferentes recursos, y que al no resolverse amenazan la integridad de la comunidad. El afrontamiento comunitario implica “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes” (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Macías, et al 2013)

- b.** Inclusión social: La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) define la inclusión social como el “proceso por el cual se alcanza la igualdad, y como un proceso para cerrar las brechas en cuanto a la productividad, a las capacidades (educación) y el empleo, la segmentación laboral, y la informalidad, que resultan ser las principales causas de la inequidad” (CEPAL, 2014, citado por Muñoz, et al, 2016). Por su parte el Banco Mundial la define como el “proceso de empoderamiento de personas y grupos para que participen en la sociedad y aprovechen sus oportunidades. Da voz a las personas en las decisiones que influyen en su vida a fin de que puedan gozar de igual acceso a los mercados, los servicios y los espacios políticos, sociales y físicos” (Banco Mundial 2014, citado por Muñoz, 2014).
- c.** Sentido de comunidad: Sarason (1974, citado por Maya, 2012) define el sentido de comunidad como la experiencia subjetiva que tiene el individuo de pertenecer a una colectividad mayor, generando redes relacionales de apoyo y confianza mutua. Establece unos elementos básicos que le dan forma, la percepción de similitud con otros, el reconocimiento de interdependencia, la voluntad de mantener esta interdependencia con acciones recíprocas, y el sentimiento de ser parte de una estructura mayor, más amplia y estable.
- d.** Resiliencia: Rutter (1985) define la resiliencia como la capacidad de algunas personas que, aunque nacen o viven en entornos y situaciones amenazantes y de alto riesgo, pueden desarrollarse emocional y psicológicamente sanos y exitosos, no se trata de negar una realidad, sino por el contrario afrontarla y desarrollar habilidades para aprender de ella.

- e. Bienestar humano: Para Amartya Sen (Urquijo, 2014) el bienestar humano es un estado en el cual el individuo puede llevar una vida enfocada en motivos para valorarla, y esta capacidad está ligada a una diversidad de libertades instrumentales, como seguridad personal y ambiental, acceso a bienes materiales, una vida digna, buena salud y buenas relaciones sociales, lo que subyace a la libertad de tomar decisiones y actuar.

Consideraciones éticas:

En la implementación de Los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) participarán grupos humanos inmersos en sus comunidades, razón por la cual se tendrá en cuenta la normatividad vigente, Constitución Nacional, Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Ley 1581 de 2012, entre otras.

Teniendo en cuenta que se recolectará información de la comunidad asociada a temas de salud mental, la misma se mantendrá bajo criterios de secreto profesional y confidencialidad, y hará parte de análisis estadísticos y disciplinares generales, y conocidos desde el principio del proceso por cada uno de los participantes. Los datos generados a nivel individual se mantendrán bajo reserva y no serán comunicados ni a los demás participantes, ni a las demás entidades o instituciones que hagan parte de los procesos. Toda la información recolectada se utilizará para obtener conclusiones generales y de ninguna manera permitirá la identificación de personas o grupos particulares.

Todos los participantes expresarán de manera escrita su libre deseo de participar de la estrategia, conociendo con anterioridad la naturaleza del trabajo a desarrollar, el derecho a la confidencialidad y a retirarse en el momento en que lo consideren pertinente sin recibir presión de ningún tipo para continuar, al igual que para los niños, niñas, adolescentes (Menores de edad según la legislación colombiana) y personas con limitaciones intelectuales severas que participen de los diferentes procesos tanto de diagnóstico como de intervención, serán sus representantes legales quienes expresarán de manera escrita su libre deseo de participar.

Durante el desarrollo de las actividades propias de los CASMCUNAD se realizarán fotografías, grabaciones en video y audio, las cuales solo se llevarán a cabo previa autorización escrita de los participantes para ser publicados y compartidos dentro de comunidades científicas o académicas. De ninguna manera se harán fotografías, filmaciones o grabaciones en video o audio sin el consentimiento de quienes en ellas participen. Cuando, a pesar de la autorización de los participantes de ser grabados en video, en audio o de ser fotografiados, los contenidos pongan en riesgo la seguridad o integridad de la comunidad, los mismos se mantendrán bajo criterios de confidencialidad. Cuando las fotografías, grabaciones en audio y video se hagan incluyendo niños, niñas, adolescentes (Menores de edad según la legislación colombiana) y personas con limitaciones intelectuales severas, serán los representantes legales quienes autoricen por escrito o no este tipo de actividades.

Los CASMCUNAD ni buscan someter, ni someterán a los participantes a situaciones ajenas a su entorno, como tampoco a situaciones de estrés extremo, engaños, manipulación, administración de sustancias o medicamentos, situaciones que vulneren sus derechos o presenten

riesgos para su salud física y mental. Sin embargo, si en el desarrollo de las actividades se presenta el riesgo de afectación a nivel individual o grupal dentro de una comunidad, se suspenderán todas las actividades temporal o definitivamente según sea el caso. Para el momento de la formulación de los CASMCUNAD no existen conflictos de intereses ni particulares, ni institucionales, como tampoco derivados de los derechos de autor.

Descripción del Proceso de Intervención

Los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), surgen de la necesidad de un abordaje contextualizado, regional, funcional y adecuado de las condiciones y situaciones en salud mental de las comunidades y poblaciones en este país. Responden además a disposiciones propias de la Ley 100 de 1993 y la Ley 1616 de 2013, además del Modelo para la Desinstitucionalización de Personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria, en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Protección Social en Colombia del Ministerio de Salud, establecido en el año 2013. Por otro lado, los CASMCUNAD buscan un impacto nacional, teniendo en cuenta la capacidad de abordaje e intervención de la UNAD en salud mental comunitaria, tanto por los programas de pregrado en psicología y maestría en psicología comunitaria, como por las ocho zonas del país, y los 64 centros en los que hace presencia.

La ejecución de los CASMCUNAD se realizará en cinco fases, para desarrollarse en un periodo de 3 años.

El proyecto prevé su desarrollo en un tiempo no inferior a los 3 años, teniendo en cuenta el alto nivel de complejidad que exige el trabajo con comunidades, la comprensión de sus realidades, la implementación de estrategias y el impacto esperado. En cada una de las fases se establece realizar la sistematización de la información recolectada y un informe que contenga los resultados y avances.

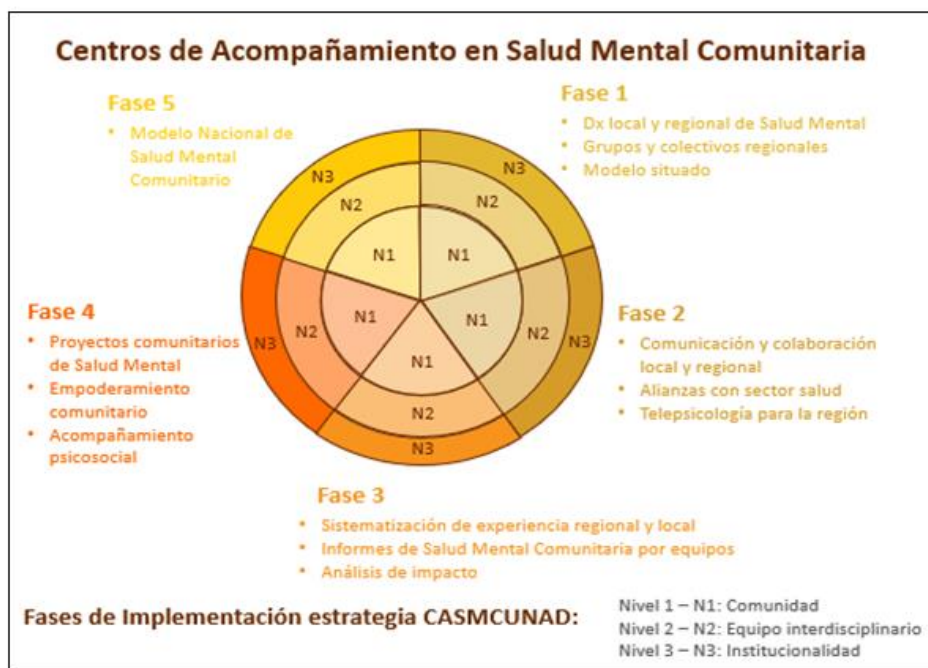


Gráfico No 1: Fases implementación Modelo CMASCUNAD. Fuente: ESCAH - UNAD (María del Pilar Triana)

Fase 1. Diagnóstico Participativo Comunitario:

Tiempo de duración: Un año

Consiste en la construcción de un diagnóstico de la comunidad, en el cual los diferentes actores participan activamente y permiten un abordaje de la realidad desde su propia cosmovisión, se establecen los principales problemas y necesidades del grupo en el ámbito de la salud mental

Esta primera fase se subdivide a su vez en dos fases (Mori, 2008):

Subfase 1: Evaluación Preliminar:

En la cual se establecen criterios de abordaje inicial de la comunidad, se analiza la información previa a la que se tenga acceso, y posteriormente se plantea el trabajo a realizar. En esta fase se fundamentan los parámetros de interacción con la población y su sensibilización frente a las acciones a llevar a cabo y de esta manera la existencia de unas normas para tenerse en cuenta durante todo el tiempo de ejecución.

Subfase 2: Diagnóstico Participativo:

Con el concurso de la comunidad, se elabora un diagnóstico participativo comunitario en el cual reconocen las necesidades y problemas asociados a la salud mental, desde la perspectiva misma de este grupo humano, se establecen qué actividades son necesarias y si los miembros de la comunidad aceptan las acciones propuestas por el personal externo donde “el marco referencial del diagnóstico” examinará las acciones y condiciones para el desarrollo de los procesos de prevención, promoción y atención.

Este diagnóstico se configura como el primer insumo del que parte el proyecto, donde a través de los diálogos con las instituciones de salud de cada región se configure una apuesta integrada para un modelo situado de Centro de Salud Mental Comunitario, el cual estará como referente en cada uno de los centros de la UNAD y acompañado por los programas de: Psicología, Sociología, Artes Visuales, Música, Gestión Deportiva, Comunicación Social, Maestría en Psicología Comunitaria, Maestría en Comunicación y Maestría en desarrollo Alternativo,

Sostenible y Solidario, además de los programas tanto tecnológicos como profesionales que puedan aportar para mejorar las condiciones de cada comunidad.

Fase 2. Intervención, Comunicación y Colaboración Regional:

Tiempo de duración: Un año (Inicia en el primer año y continúa durante el segundo año)

Con base en el diagnóstico participativo comunitario, se establecen estrategias situadas de promoción, prevención, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental concertadas con la población. El trabajo conjunto con la comunidad permitirá empoderarla dentro de sus propias necesidades para que uno de los impactos más importantes sea el de reconocer realidades, potenciar aquello que consideren adecuado como grupo humano, y prevenir y mitigar aquello que consideren nocivo.

Por otro lado, el diagnóstico participativo comunitario permitirá reconocer las necesidades que deben ser atendidas desde diferentes estamentos, entidades e instituciones, como la red de salud, las secretarías de educación, las secretarías de desarrollo, entre otras, lo que conlleva a crear redes y equipos de trabajo interinstitucional e interdisciplinariamente aumentando el impacto en la ejecución del proyecto. La UNAD además implementará estrategias de telepsicología para un mejor y mayor abordaje en temas de salud mental.

Es importante comprender la salud mental comunitaria como un proceso de participación de diferentes actores en muy diversas áreas, por lo tanto, el trabajo en red no solamente permitirá la

atención desde profesionales en psicología, sino que vinculará diferentes programas de la UNAD.

Fase 3: Sistematización y Análisis de Impacto

Tiempo de duración: Un año (Inicia en el primer año y continúa durante el segundo año)

El proceso de sistematización responde a paradigmas tanto cualitativos como cuantitativos, y será desarrollado gradualmente a medida que se recopile información, se evalúe el cumplimiento de los objetivos y el impacto generado dentro de la comunidad.

Los resultados, teniendo en cuenta la normatividad vigente de confidencialidad y tratamiento de datos, serán, exceptuando aquello que debe ser conservado bajo reserva, de conocimiento de la comunidad y de dominio público, y evidenciarán el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Fase de Intervención, Comunicación y Colaboración Regional. La sistematización permitirá realizar una evaluación del impacto desde tres grupos de actores, el primero, la comunidad, el segundo, la UNAD, y el tercero, la población en general.

Fase 4. Modelos Regionales de Salud Mental Comunitaria.

Tiempo de duración: Un año (Inicia el segundo año y continúa durante el tercer año)

El trabajo regional permitirá que los equipos de cada uno de los centros de la UNAD establezcan Modelos Regionales de Salud Mental Comunitaria, coherentes y consistentes con las realidades y necesidades locales. Estableciendo parámetros de investigación, abordaje, intervención y seguimiento. Estos Modelos Regionales de Salud Mental Comunitaria serán expuestos y dados a conocer en un evento nacional, y harán parte de una publicación que incluye el aporte todos los actores involucrados.

Fase 5. Modelo Nacional de Salud Mental Comunitario.

Tiempo de duración: nueve meses (Inicia en el tercer año)

Los Modelos Regionales de Salud Mental Comunitaria, una vez revisados en todas sus fases, permitirán la formulación de un Modelo Nacional de Salud Mental Comunitario, el que permitirá que diferentes entidades tanto nacionales como regionales diseñen políticas públicas acordes a las necesidades reales de la población.

Relación de las Fases y el tiempo de ejecución:

Fase 1. Diagnóstico Participativo Comunitario: Un año

Fase 2. Intervención, Comunicación y Colaboración Regional: Un año (año uno y dos)

Fase 3: Sistematización y Análisis de Impacto: Un año (año uno y dos)

Fase 4. Modelos Regionales de Salud Mental Comunitaria. Un año (año dos y tres)

Fase 5. Modelo Nacional de Salud Mental Comunitario. Nueve meses (año tres).

FASE 1												
FASE 2												
FASE 3												
FASE 4												
FASE 5												
AÑO	AÑO 1				AÑO 2				AÑO 3			

Gráfico No 2: Fases implementación Modelo CASMCUNAD. Fuente: El autor.

Talento Humano (Staff):

Para el desarrollo de la estrategia CASMCUNAD es necesario contar con el siguiente Talento Humano:

1. Comunidad: Grupos humanos que permitan la implementación de la estrategia CASMCUNAD durante tres años consecutivos.
2. Coordinadores de programa: Hacen parte permanente de la estrategia CASMCUNAD la líder del Programa de Maestría en Psicología Comunitaria y la líder del Programa de Psicología de la Universidad.
3. Docente de prácticas de la maestría en psicología comunitaria: Teniendo en cuenta que algunos de los estudiantes maestrantes se encuentran desarrollando el curso de prácticas, también harán parte de la implementación de la estrategia los docentes que orienten este curso dentro del programa de posgrado.
4. Docentes de prácticas del programa de psicología: Serán los encargados de orientar y supervisar el proceso de prácticas de los estudiantes del Programa de pregrado en Psicología para los escenarios 1 y 2.
5. Estudiantes del curso de práctica de la maestría en psicología comunitaria: Los estudiantes del programa de posgrado en Psicología Comunitaria asumirán el rol de

tutores dentro del proceso, por lo tanto, coordinarán junto con los monitores (docentes del pregrado en psicología) las diferentes acciones que se llevarán a cabo para la implementación de la estrategia.

6. Estudiantes del curso de práctica escenario dos del pregrado en psicología: Los estudiantes del pregrado en Psicología estarán desarrollando sus prácticas profesionales tanto del escenario 1 como del escenario 2 y estarán encargadas del trabajo directo con las comunidades.
7. Invitados nacionales e internacionales: Profesionales y académicos expertos en la implementación de intervenciones psicosociales en comunidades, cuya misión será evaluar los diferentes procesos y aportar para su mejoramiento.

Alcances

Los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) buscan responder a las necesidades en salud mental comunitaria de las poblaciones en las cuales realizarán su labor. Además, se encargarán de coordinar el trabajo interinstitucional para su promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación, lo que permitirá intervenir en diferentes temas como bienestar, violencias, salud, educación, pobreza, seguridad alimentaria, comunicación y desarrollo entre otros.

Teniendo en cuenta las diferentes zonas en las cuales la UNAD hace presencia, el impacto del proyecto tiene la posibilidad de ser nacional, alcanzando a muy diversas comunidades en toda Colombia.

Los resultados esperados serán los siguientes:

Primero: Construcción de un diagnóstico participativo comunitario de cada una de las comunidades en las cuales se desarrolla el trabajo.

Segundo: Propuesta e implementación de la intervención con el objetivo de abordar problemáticas y necesidades en salud mental de la comunidad.

Tercero: Sistematizar los resultados de las intervenciones para evaluar el impacto de la estrategia en cada una de las comunidades.

Cuarto: Formulación de modelos regionales y nacional de salud mental comunitaria, que permitan diseñar políticas públicas, y el concurso de diferentes actores institucionales tanto públicos como privados, de manera coherente con las necesidades de las comunidades.

Los productos serán los siguientes:

Primero: Documento de diagnóstico participativo comunitario, por cada una de las comunidades que hacen parte de la estrategia.

Segundo: Documento de sistematización de la información y evaluación del impacto por cada una de las comunidades que hacen parte de la estrategia.

Tercero: Ocho (8) documentos de Modelos Regionales de Salud Mental Comunitaria, uno por cada una de las zonas de la UNAD en las cuales se está implementando la estrategia, incluyendo el impacto de las diferentes estrategias implementadas en campo.

Cuarto: Un (1) documento en el cual se incluirán los seis (6) Modelos Regionales de Salud Mental Comunitaria.

Quinto: Un documento del Modelo Nacional de Salud Mental Comunitaria.

Impacto de la Intervención

Teniendo en cuenta que el proceso de implementación inicial para la estrategia CASMCUNAD tiene una duración de tres años consecutivos, y que la Fase 1 de Diagnóstico Participativo Comunitario requiere de un año de trabajo, en el presente informe, se incluirá únicamente lo que se ha denominado Fase 1.1 que es el avance en el diagnóstico participativo comunitario llevado a cabo durante el segundo semestre del año 2020.

Talento Humano

1. Comunidades: 52 grupos humanos hicieron parte de la estrategia durante el segundo semestre del año 2020.
2. Coordinadores de Programa: Participaron activamente la líder del Programa de Maestría en Psicología Comunitaria y la líder del Programa de Psicología de la Universidad.
3. Docente de prácticas de la Maestría en Psicología Comunitaria: Un docente de prácticas de la maestría en Psicología Comunitaria.
4. Docentes de prácticas del programa de Psicología: 25 docentes del programa de psicología en calidad de monitores.
5. Estudiantes del curso de práctica de la Maestría en Psicología Comunitaria: 5 estudiantes de prácticas del programa de Maestría en Psicología Comunitaria.
6. Estudiantes del curso de práctica escenario dos del pregrado en Psicología: 59 estudiantes del programa de pregrado en psicología.

En total, el talento humano aportado por la UNAD fue de 92 participantes entre estudiantes y docentes, quienes abordaron un total de 52 comunidades en la primera fase de diagnóstico.

Procedimiento:

1. Presentación del talento Humano: Durante el mes de agosto de 2020 se incorporaron a la estrategia CASMCUNAD los docentes de pregrado en psicología, los estudiantes practicantes del posgrado en Maestría en Psicología Comunitaria y los estudiantes de pregrado en Psicología.
2. Capacitación: La capacitación fue un proceso constante, inicia en el mes de agosto de 2020 socializando la estrategia CASMCUNAD a cada uno de los participantes, sus objetivos y las responsabilidades y actividades de cada uno de los actores.
3. Incorporación de las Comunidades: Cada uno de los estudiantes de prácticas del pregrado en psicología realizó acciones de aproximación a diferentes comunidades, de tal manera que se logró establecer contacto con 52 de ellas, tal como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1: Relación de Talento Humano y Comunidades. Fuente: El autor.

No	TUTOR ASIGNADO	NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE	CENTRO - ESTUDIANTE	MONITOR ASIGNADO	No	GRUPO HUMANO
1	Yeison Alfonso Rodríguez Campo	Reina Isabel Boneth Quintero	Valledupar	Magda Pinto Torres	1	PARROQUIA SAN FRANCISCO DE ASIS
2		Darwin Elías Vega Suarez	Valledupar	Magda Pinto Torres	2	CORREGIMIENTO DE CASACARA
3		Virginia De Hoz San Martin	Valledupar	Magda Pinto Torres	3	IGLESIA ADVENTISTA
4		Karen Dayana Batista Barrio	Curumaní	Floralba Ortega	4	MFA - BARRIO VILLA CERA
5		Ruby Del Carmen Funes Ramos	Puerto Colombia	Karina Vides	5	BARRIO VIÑA DEL REY

6	Berta Moreno Rojas	Puerto Colombia	Clarena Troncoso	6	PARROQUIA CRISTO REDENTOR
7	Nilson Hernández Fajardo	Puerto Colombia	Clarena Troncoso	7	PARROQUIA SAN AGUSTIN
8	Hans Rogelio Otero Pardo	Puerto Colombia	Zenith Vides	8	IGLESIA CRISTIANA CUADRANGULAR
9	Jessica Alexandra Marin Carmona	Tunja	José Gregorio Ortiz	9	POLICIA NACIONAL SIJIN - METUN
10	Sandra Milena Joya León	Sogamoso	Maribel Tejedor	10	BARRIO SAN JOSE BOLIVAR
11	Alba Luz Oliveros Gómez	Duitama	Marco Orlando Vargas	11	EQUIPO DE TRABAJO CLINICA BOYACA
12	Inés Adriana Suarez Illescas	José Acevedo Y Gómez (Jag)	Edna Rodríguez	12	EJERCITO NACIONAL BRIGADA CONTRA LA MINERIA ILEGAL
13	María Alejandra Romero Baquero	José Acevedo Y Gómez (Jag)			
14	German Alberto Castro Solano	Gachetá	Marisol Zuluaga Marín	13	VEREDA CUARTO DE FATIMA
15	Natalia Andrea Pérez Mesa	Bucaramanga	Luz Yanira Quintero	14	SCOUT - MANADA
16	Karen Lizeth Bayona Rodríguez	Bucaramanga	Laura Pérez	15	SCOUT - ROVER
17	Daniel Alfonso Fletcher Brinez	Bucaramanga	Laura Pérez	16	SCOUT - DIRIGENTES
18	Jesline Rincón Villegas	Bucaramanga	Luz Yanira Quintero	17	SCOUT - TROPA
19	Liliana Sánchez Gómez	Bucaramanga	Luz Yanira Quintero	18	SCOUT - ROVER
20	Yadi Evelcy Duque Anacona	Pitalito	Adriana Marcela Quintero	19	COMUNIDAD INDIGENA YANACONA YACHAY
21	Marisela Méndez Sánchez	San Vicente Del Caguán	Edna Fuentes	20	JUNTA DE VIVIENDA COMUNITARIA BARRIO CIUDAD BOLIVAR

22		María Elena Morales González	Florencia	Martha Yanet González	21	MADRES LIDERES MFA
23		Lizeth Castaño Pareja	Florencia	Martha Yanet González	22	MADRES LIDERES MFA
24		María Doris Martínez Guerrero	Bucaramanga	Laura Pérez	23	FUNDACION SEMILLAS DE FE Y ESPERANZA - ADULTO MAYOR
25		Zulma Yolive Jurado Muñoz	Popayán	Edna Fuentes	24	CDI ESPERANZAS DEL PLATA
26		Pastora Del Carmen Velásquez Alegría	Popayán	Edna Fuentes	25	MADRES COMUNITARIAS ASOCIACION PATIA
27	Karen Isabel Suarez Albor	Leida Yojana Casadiegos Mandon	Bucaramanga	Luz Yanira Quintero	26	FUNDACION UN PASO A LA LIBERTAD
28		Albidia Pabón Contreras	Bucaramanga			
29		Diana Margarita Reales Camargo	Bucaramanga	Luz Yanira Quintero	27	FUNDACION HEROES Y VALIENTES - BARRIO TEJADITOS
30		Yuri Catherine Dueñez Gómez	Bucaramanga	Luz Yanira Quintero		
31		July Angelica Ortiz Caballero	Bucaramanga	Luz Yanira Quintero		
32		Mary Soleida Acosta Liévano	Acacias	Dorian López Bejarano	28	BARRIO LA NOHORA
33		Diana Marcela Dueñas Velásquez	Cumaral	Jairo Nicolás Lozano Diaz		
34		Nelson Sinisterra Grueso	Medellín	Segundo Mena	29	FUNDACION HOGAR
35		Diana Amparo Gómez Ocampo	Medellín	Segundo Mena	30	VEREDA EL CRUCE
36		Ana Isabel Bolaños	Tame	Marco Orlando Vargas	31	BARRIO 20 DE JULIO

37		Ana María López Pulido	Medellín	Segundo Mena	32	PRACTICAS PSICOLOGIA UNAD
38		Wilson Parra	Quibdó	Heyleen Soad Lemus	33	AGRUPACION SAN ANTONIO DE PADUA
39	Hilaria Patricia Durán Castañeda	Danna Valentina Rey Sánchez	Florencia	Angela Patricia Lara	34	BARRIO 5 DE JUNIO
40		Jeferson Adrian Ortiz Vásquez	Florencia	Angela Patricia Lara	35	BARRIO VILLA LAURA
41		Derly Muñoz Motta	Florencia	Diana María Ramírez	36	BARRIIO LA FLORESTA
42		Amparo Artunduaga Llanos	Florencia	Angela Patricia Lara	37	BARRIO GUAMAL
43		Betzaida Manjarrez Guerra	Valledupar	Magda Pinto Torres	38	BARRIO PARAISO
44		Yoleida Toro Martínez	Valledupar	Magda Pinto Torres	39	BARRIO JUAN RAMON
45		Yanith Karine Brito Romero	Valledupar	Magda Pinto Torres		
46		Yelena Linan Rumbo	Valledupar	Magda Pinto Torres	40	BARRIO 16 DE ABRIL
47		Nini Johanna Lozano Martínez	Florencia	Martha Yanet González	41	BARRIO LAS CABAÑAS
48		Angie Melizza Muneton Cubillos	Florencia	Angela Patricia Lara	42	BARRIO EL TIMMY
49		Arnul Steven Quijano Vargas	Florencia	Angela Patricia Lara	43	FUNDACION FUMULIEMPU
50	Leticia Eugenia Ramirez	Blanca Azucena Bejarano	Gachetá	Diana Carolina Fernández Montaño	44	HOGAR GERIATRICO AÑOS DORADOS
51		Luz Dary Edilsa León Chala	Gachetá	Diana Carolina Fernández Montaño	45	SECTOR SANTA LUCIA
52		Lina Fernanda Viafara Velasco	Palmira	Luisa Maria Gutiérrez	46	COMUNIDAD NEGRA CHUCHEROS ENSENADA EL TIGRE

53	Leidy Liliana Bejarano Calderón	Gachetá	Diana Carolina Fernández Montaña	47	VEREDA SANTA BARBARA
54	Maria Elisa Venegas Lugo	Gachetá	Diana Carolina Fernández Montaña		
55	Rocío Amparo Rodríguez Benavides	Gachetá	Diana Carolina Fernández Montaña	48	ASOEMPRESER
56	Maria Cristina Melgarejo Rodríguez	Boavita	Ligia Mojica Marín	49	SECTOR SAN BERNARDO BAJO TOTUMO
57	Maritza Yesmin Corredor Quintana	Boavita	Ligia Mojica Marín	50	VEREDA PARROQUITA
58	Leidy Tatiana Castaño Paredes	Gachetá	Sandra Cantor Saldaña	51	BARRIO HATOCHICO
59	Viky Ximena Gutiérrez Clavijo	Gachetá	Sandra Cantor Saldaña	52	VEREDA BARRONEGRO

4. Consentimiento Informado: Cada uno de los miembros de los diferentes grupos humanos diligenció un consentimiento informado (Anexo 1), y de esta forma aceptó el proceso que se realizó por parte de los CASMCUNAD, además de comprometerse a colaborar durante los siguientes tres años.
5. Proceso de Caracterización de cada Grupo Humano: Los estudiantes de pregrado, bajo la dirección de los monitores y tutores iniciaron un proceso de caracterización de cada uno de los grupos humanos que hace parte de la estrategia implementando la Guía de Caracterización de las Comunidades y de las Organizaciones (Anexo 2), y obteniendo los siguientes resultados en cuanto a clasificación de los grupos humanos y ubicación geográfica (Tabla 2 y Gráfico 2). Las comunidades indígenas y de base en un número de 30, organizaciones sociales, un total de 20 y organizaciones formales 3, para un total de

53 grupos humanos en 14 departamentos y 37 municipios. Entre la Tabla 1 y la Tabla 2 hay diferencia de un grupo, el que pertenece a una comunidad indígena del Chocó que fue incorporado a los resultados una vez culminó el proceso de la Fase 1.1.

Tabla 2: Tipo de Comunidades y Ubicación Geográfica. Fuente: El Autor.

No	DEPARTAMENTO	No DE MUNICIPIOS	MUNICIPIOS	COMUNIDADES	ORGANIZACIONES	
					SOCIAL	FORMAL
1	ANTIOQUIA	1	VIGIA DEL FUERTE		1	
		2	SAN LUIS	1		
2	ARAUCA	3	TAME	1		
3	ATLANTICO	4	BARRANQUILLA		1	
		5	SABANALARGA		2	
		6	SOLEDAD	1		
4	BOYACÁ	7	TUNJA			1
		8	DUITAMA			1
		9	SOGAMOSO	1		
		10	LA UVITA	1		
		11	CHITA	1		
5	CAQUETA	12	FLORENCIA	3		
		13	SAN VICENTE DEL CAGUAN	1		
		14	PUERTO RICO	3	1	
		15	CARTAGENA DEL CHAIRA	1		
		16	PAUJIL	1		
6	CAUCA	17	PATIA		2	
7	CESAR	18	VALLEDUPAR	1	1	
		19	MANAURE		1	
		20	CASACARA	1		
		21	ASTREA	1		
		22	JAGUA DE IBIRICO	1		
8	CHOCÓ	23	QUIBDO	1		
9	CUNDINAMARCA	24	BOGOTA	1	1	1
		25	GACHETA	1		
		26	GACHALA	1	2	
		27	JUNIN	1		

6. Desarrollo de Cartografías: Para el desarrollo del Diagnóstico Participativo Comunitario se implementaron cartografías sociales como herramienta participativa, funcional y de aplicación sencilla en cada de las comunidades. Cada estudiante realizó cinco cartografías, una por cada categoría de análisis, en cada grupo humano (Anexo 3).
Teniendo en cuenta las dificultades que se presentaron a causa de la pandemia y del riesgo existente de contagio por Covid 19, se establecieron dos rutas de trabajo con las comunidades: la Ruta 1, en la cual se trabajaba de manera virtual con reuniones mediadas por plataformas tecnológicas, y la Ruta 2, en la cual el estudiante trabajaba directamente y de manera presencial con los grupos humanos. CASMCUNAD privilegió la Ruta 1 y todas las comunidades llevaron a cabo las actividades de manera virtual.
7. Informe Final de Cartografías: Cada una de las cartografías elaboradas por la comunidad se clasificó por categoría de análisis y se diligenció el formato de Informa Final de Cartografía diseñado por Andrea Vivianne Gómez Gómez estudiante de la Maestría en Psicología Comunitaria. (Anexo. 4).
8. Informe Final: Una vez culminado todo el proceso, cada uno de los estudiantes sintetizaba toda la información recolectada en el formato de informe final (Anexo 5), y hacía entrega de este a CASMCUNAD.

Población Beneficiada: Para los 52 grupos humanos que hicieron parte de la Fase 1.1, la población beneficiada directamente fue de 371 personas, la beneficiada indirectamente fue de 2640 personas para un total de 3011 personas.

GRUPO HUMANO	No	CLASIFICACION DEL GRUPO HUMANO U ORGANIZACIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	BENEFICIARIOS DIRECTOS	BENEFICIARIOS INDIRECTOS
PARROQUIA SAN FRANCISCO DE ASIS	1	SOCIAL	VALLEDUPAR	CESAR	5	28
CORREGIMIENTO DE CASACARA	2	COMUNIDAD	CASACARA	CESAR	5	33
IGLESIA ADVENTISTA	3	SOCIAL	MANAURE	CESAR	5	41
MFA - BARRIO VILLA CERA	4	COMUNIDAD	ASTREA	CESAR	6	35
BARRIO VIÑA DEL REY	5	COMUNIDAD	SOLEDAD	ATLANTICO	6	80
PARROQUIA CRISTO REDENTOR	6	SOCIAL	SABANALARGA	ATLANTICO	5	45
PARROQUIA SAN AGUSTIN	7	SOCIAL	SABANALARGA	ATLANTICO	5	42
IGLESIA CRISTIANA CUADRANGULAR	8	SOCIAL	BARANQUILLA	ATLANTICO	5	22
POLICIA NACIONAL SIJIN - METUN	9	FORMAL	TUNJA	BOYACA	6	12
BARRIO SAN JOSE BOLIVAR	10	COMUNIDAD	SOGAMOSO	BOYACA	6	25
EQUIPO DE TRABAJO CLINICA BOYACA	11	FORMAL	DUITAMA	BOYACA	7	7
EJERCITO NACIONAL BRIGADA CONTRA LA MINERIA ILEGAL	12	FORMAL	BOGOTA	CUNDINAMARCA	7	30
VEREDA CUARTO DE FATIMA	13	COMUNIDAD	GACHETA	CUNDINAMARCA	6	35
SCOUT - MANADA	14	SOCIAL	BUCARAMANGA	SANTANDER	40	123
SCOUT - ROVER	15	SOCIAL	BUCARAMANGA	SANTANDER		
SCOUT - DIRIGENTES	16	SOCIAL	BUCARAMANGA	SANTANDER		
SCOUT - TROPA	17	SOCIAL	BUCARAMANGA	SANTANDER		
SCOUT - ROVER 02	18	SOCIAL	BUCARAMANGA	SANTANDER		
COMUNIDAD INDIGENA YANACONA YACHAY	19	COMUNIDAD	MOCOA	PUTUMAYO	20	300

JUNTA DE VIVIENDA COMUNITARIA BARRIO CIUDAD BOLIVAR	20	COMUNIDAD	SAN VICENTE DEL CAGUAN	CAQUETA	12	50
MADRES LIDERES MFA	21	COMUNIDAD	PUERTO RICO	CAQUETA	11	20
MADRES LIDERES MFA	22	COMUNIDAD	PUERTO RICO	CAQUETA	12	20
FUNDACION SEMILLAS DE FE Y ESPERANZA - ADULTO MAYOR	23	SOCIAL	SIMACOTA	SANTANDER	11	30
CDI ESPERANZAS DEL PATIA	24	SOCIAL	PATIA	CAUCA	11	20
MADRES COMUNITARIAS ASOCIACION PATIA	25	SOCIAL	PATIA	CAUCA	12	50
FUNDACION UN PASO A LA LIBERTAD	26	SOCIAL	FLORIDABLANCA	SANTANDER	7	12
FUNDACION HEROES Y VALIENTES - BARRIO TEJADITOS	27	COMUNIDAD	PIE DE CUESTA	SANTANDER	8	30
BARRIO LA NOHORA	28	COMUNIDAD	VILLAVICENCIO	META	8	55
FUNDACION HOGAR	29	SOCIAL	CALI	VALLE DEL CAUCA	10	150
VEREDA EL CRUCE	30	COMUNIDAD	SAN LUIS	ANTIOQUIA	7	12
BARRIO 20 DE JULIO	31	COMUNIDAD	TAME	ARAUCA	7	8
PRACTICAS PSICOLOGIA UNAD	32	SOCIAL	BOGOTA	CUNDINAMARCA	7	7
AGRUPACION SAN ANTONIO DE PADUA	33	SOCIAL	VIGIA DEL FUERTE	ANTIOQUIA	7	10
BARRIO 5 DE JUNIO	34	COMUNIDAD	CARTAGENA DEL CHAIRA	CAQUETA	4	80
BARRIO VILLA LAURA	35	COMUNIDAD	PUERTO RICO	CAQUETA	7	80
BARRIO LA FLORESTA	36	COMUNIDAD	FLORENCIA	CAQUETA	5	90
BARRIO GUAMAL	37	COMUNIDAD	FLORENCIA	CAQUETA	4	80
BARRIO PARAISO	38	COMUNIDAD	VALLEDUPAR	CESAR	6	90
BARRIO JUAN RAMON	39	COMUNIDAD	JAGUA DE IBIRICO	CESAR	6	150

BARRIO 16 DE ABRIL	40	COMUNIDAD	URUMITA	GUAJIRA	5	140
BARRIO LAS CABAÑAS	41	COMUNIDAD	PAUJIL	CAQUETA	5	130
BARRIO EL TIMMY	42	COMUNIDAD	FLORENCIA	CAQUETA	6	130
FUNDACION FUMULIEMPU	43	SOCIAL	PUERTO RICO	CAQUETA	6	23
HOGAR GERIATRICO AÑOS DORADOS	44	SOCIAL	GACHALA	CUNDINAMARCA	5	20
SECTOR SANTA LUCIA	45	COMUNIDAD	JUNIN	CUNDINAMARCA	6	50
COMUNIDAD NEGRA CHUCHEROS ENSENADA EL TIGRE	46	COMUNIDAD	BUENAVENTURA	VALLE DEL CAUCA	8	12
VEREDA SANTA BARBARA	47	COMUNIDAD	GACHALA	CUNDINAMARCA	6	40
ASOEMPRESER	48	SOCIAL	GACHALA	CUNDINAMARCA	8	10
SECTOR SAN BERNARDO BAJO TOTUMO	49	COMUNIDAD	LA UVITA	BOYACA	6	36
VEREDA PARROQUITA	50	COMUNIDAD	CHITA	BOYACA	4	52
BARRIO HATOCHICO	51	COMUNIDAD	BOGOTA	CUNDINAMARCA	4	60
VEREDA BARRONEGRO	52	COMUNIDAD	CHOACHI	CUNDINAMARCA	6	35
BENEFICIARIOS					371	2640
TOTAL DE BENEFICIARIOS					3011	

Resultados Generales del Diagnóstico Participativo Comunitario

Aspectos Generales:

COMUNIDAD (NO INCLUYE COMUNIDADES INDIGENAS)	ORGANIZACIÓN SOCIAL	ORGANIZACIÓN FORMAL
Tienen objetivos y metas comunes, sin embargo, no necesariamente comparten una filosofía, doctrina o cosmovisión particular, es más, pueden tener percepciones y creencias muy diversas y aun así pertenecer al grupo.	Tienen objetivos y metas comunes, los cuales se ven fundamentados en una filosofía, doctrina o cosmovisión particular que es aceptada y compartida por todos los miembros del grupo., y que permite interpretar la realidad de una manera particular.	No necesariamente comparten metas y objetivos, más allá del cumplimiento de una labor o acción específica. Tampoco tienen en común formas de interpretar la realidad, cosmovisiones o creencias. No
El liderazgo surge por lo general de manera espontánea y es ejercido por la aprobación de un grupo no necesariamente mayoritario, lo que resulta en que no siempre sea representativo.	El liderazgo está estructurado y organizado previamente a la inclusión de nuevos miembros, con posibilidades de ascenso en la escala social para todos los integrantes del grupo previo cumplimiento de requisitos que se desarrollan durante su convivencia dentro de la organización.	Existe la jefatura, dirección o coordinación, la que ha sido delegada a una persona, y que no necesariamente es producto de todo un proceso o de aceptación del grupo. Esta forma de liderazgo no resulta necesariamente en el cumplimiento de los objetivos.
Los miembros de la comunidad pertenecen al grupo de manera por lo general circunstancial y no necesariamente voluntaria.	La pertenencia al grupo se hace de manera voluntaria, al compartir cosmovisión o filosofía de vida.	Por lo general no se pertenece al grupo de manera voluntaria sino condicionada. Algunos miembros del grupo desertarían al presentarse condiciones mejores en otras organizaciones.
CATEGORIA: AFRONTAMIENTO COMUNITARIO		
COMUNIDAD (NO INCLUYE COMUNIDADES INDIGENAS)	ORGANIZACION SOCIAL	ORGANIZACIÓN FORMAL

<p>Por lo general permite la interacción de los diferentes miembros para el abordaje de problemas generales.</p>	<p>Provee de una filosofía, doctrina o cosmovisión que enmarca las acciones de respuesta de los integrantes a las necesidades propias de la cotidianidad.</p>	<p>No necesariamente aporta a las miembros herramientas para afrontar las necesidades cotidianas, como tampoco muestra interés en apoyar a sus integrantes en el abordaje de crisis y problemas.</p>
<p>Promueve la generación de algunas redes de apoyo social que permiten mitigar medianamente fenómenos como el consumo de sustancias psicoactivas, la enfermedad mental, el suicidio, el acoso escolar, la violencia entre otros, aunque en algunas ocasiones carece de esfuerzos mantenidos y en consecuencia de resultados. Sin embargo, estas redes pueden sectorizarse de manera marcada resultando en alianzas y coaliciones dañinas para el grupo humano.</p>	<p>Establece estrategias organizadas y fundamentadas para el abordaje de diferentes problemáticas, lo que permite seguimiento y resultados. La cohesión producto de cosmovisiones y filosofías de vida aporta al afrontamiento de las necesidades cotidianas.</p>	<p>Existen áreas dedicadas a la convivencia que promueven actividades para mejorar aspectos como el clima organizacional, sin embargo, este tipo de actividades están prioritariamente enfocadas al aumento de la productividad.</p>
<p>No obstante, lo anterior, se presentan problemas de consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, abuso sexual, suicidio, acoso y conflictos en los procesos de convivencia.</p>	<p>Promueve las redes de apoyo social en las que intenta incluir al mayor número de personas posible para que todas logren beneficiarse.</p>	<p>Presentan herramientas de convivencia formales y normatizadas que permiten unos mínimos procesos de convivencia.</p>
<p>Muestra generalmente problemas de convivencia y salud mental que requieren de herramientas de afrontamiento de las que por lo general carecen.</p>	<p>Promueve la salud mental desde sus diferentes acciones, actividades, enfoques y áreas, en diferentes ocasiones permite procesos de reestructuración de proyecto de vida y cambios sostenidos en el tiempo.</p>	

Aunque presentan algunas herramientas que permiten el afrontamiento de problemáticas y de crisis, la manera en que se abordan las diferentes situaciones puede generar mayores conflictos y divisiones.	Las herramientas de afrontamiento parecen tener resultados a corto mediano y largo plazo para mejorar la salud mental y prevenir fenómenos como el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, entre otras.	Las herramientas de afrontamiento son fundamentalmente organizacionales enfocadas a la productividad laboral, por lo cual pueden mejorar el rendimiento del equipo, pero no abordan situaciones de salud mental personales.
---	--	---

CATEGORIA: INCLUSION SOCIAL

COMUNIDAD (NO INCLUYE COMUNIDADES INDIGENAS)	ORGANIZACION SOCIAL	ORGANIZACIÓN FORMAL
La inclusión social es percibida como un proceso de ayuda a la persona en condición de discapacidad frente a la imposibilidad de esta de lograr las cosas por sí mismo (invalidez).	Entiende la inclusión social como un proceso en el cual se hace partícipe a todos los miembros del grupo del sentido de existencia, de la cosmovisión, de las creencias o de la filosofía de vida que sustenta al colectivo.	Existen parámetros para la conformación de equipos de trabajo y de acciones. El resultado se prioriza sobre el proceso y sobre las necesidades individuales de los miembros equipo.
Se generan subgrupos que generalmente se excluyen entre sí, impidiendo el avance de toda la comunidad.	Aunque se generan subgrupos, la existencia de un liderazgo definido y sustentado en la experiencia permite que se mitiguen los efectos de la exclusión social.	Existen subgrupos que la organización permite siempre y cuando las relaciones entre los mismos no impidan el logro de los objetivos organizacionales.

CATEGORIA: SENTIDO DE COMUNIDAD

COMUNIDAD (NO INCLUYE COMUNIDADES INDIGENAS)	ORGANIZACION SOCIAL	ORGANIZACIÓN FORMAL
Existe un sentido de comunidad y de pertenencia a un grupo definido. Sin embargo, esto no significa que no exista el deseo de desertar.	Existe un claro sentido de comunidad y de pertenencia a un grupo definido, el cual permite, teniendo en cuenta normas tácitas y explícitas, diferenciarse claramente de otros colectivos.	No necesariamente existe un sentido de comunidad, sin embargo, existe una noción de equipo, área o departamento, y de unos objetivos que cumplir y productos que entregar.

No necesariamente el sentido de comunidad promueve el trabajo en equipo.	El sentido de comunidad fundamentado en una filosofía, cosmovisión o pensamiento particular permite trazar objetivos específicos que son apoyados por el grupo.	No necesariamente existen objetivos de desarrollo comunes más allá del cumplimiento de las tareas o labores asignadas.
CATEGORIA: RESILIENCIA		
COMUNIDAD (NO INCLUYE COMUNIDADES INDIGENAS)	ORGANIZACION SOCIAL	ORGANIZACIÓN FORMAL
Provee medianamente de herramientas que permitan afrontar conflictos y situaciones de la cotidianidad.	Promueve herramientas asociadas a la resiliencia fundamentadas en la filosofía propia de la organización.	El equipo de trabajo ha desarrollado cualidades resilientes a partir de las diferentes situaciones propias del entorno organizacional. Este tipo de herramientas no necesariamente se comparten con los demás miembros de la comunidad.
Aunque provee apoyo en algunos casos tanto material como emocional, no necesariamente este resulta en el mejoramiento de la calidad de vida.	Provee de redes de apoyo social que permiten afrontar las diferentes problemáticas tanto a nivel individual como grupal.	Los miembros de las organizaciones identifican su capacidad de abordaje de las problemáticas, en especial en situaciones de trabajo bajo presión y altos grados de estrés.
Las comunidades identificaron que poseen herramientas asociadas a la resiliencia, que les han permitido superar diferentes situaciones y que pueden potenciarse en cada una de ellas	El afrontamiento de las diferentes problemáticas muestra resultados positivos y mantenidos en el tiempo.	Las herramientas de afrontamiento se generan de manera individual y no necesariamente producto de la interacción de los miembros de la organización.
CATEGORIA: BIENESTAR HUMANO		

COMUNIDAD (NO INCLUYE COMUNIDADES INDIGENAS)	ORGANIZACION SOCIAL	ORGANIZACIÓN FORMAL
Se percibe el bienestar humano como una situación particular, pero condicionada por el entorno inmediato.	Se percibe el bienestar humano como una situación particular, pero condicionada por el entorno inmediato. Sin embargo, existen posibilidades de compartir experiencias y herramientas de bienestar con el grupo.	Se percibe el bienestar humano como una situación particular, pero condicionada por el entorno inmediato.
Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.	Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.	Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.
Aporta a los diferentes aspectos del bienestar humano como la construcción de identidad, de grupos de apoyo, amistades, sin embargo, también promueve la exclusión social y puede fomentar hábitos asociados a las adicciones.	Teniendo en cuenta la filosofía que sustenta a la organización, suma cada una de ellas criterios de bienestar humano propios de su cosmovisión.	Promueve el bienestar humano desde servicios de psicología tanto en el ámbito de la terapia como desde el ámbito organizacional, enfocado especialmente en la productividad y el logro de los objetivos organizacionales.
	Promueven el bienestar humano desde sus diferentes esferas, apoyando el desarrollo personal y grupal.	

Avances Parciales

Para CASMCUNAD el desarrollo de un concepto de comunidad que trasciende de lo territorial geográfico hacia lo territorial virtual, la comunidad como una organización de adhesión voluntaria, o las diferentes percepciones y cosmovisiones conjugadas en grupos confinados por lo laboral, permitió comprender la salud mental comunitaria desde escenarios muy diversos, no solamente desde las comunidades ancestrales o armonías espirituales, sino ingresando a lugares, grupos y colectivos carentes de sentido de pertenencia o de cohesión interna pero cuyas dinámicas se asemejan a las de otros grupos humanos, con mayores o menores necesidades y afectaciones en diferentes áreas de su salud, lo que implica la necesidad de entender la salud mental comunitaria desde muy diferentes perspectivas, observaciones y observadores.

Comprender la territorialidad sin territorio propio o común, es otro de los avances empíricos de los CASMCUNAD, dado que existen grupos humanos y organizaciones que funcionan como comunidades, pero que carecen de un arraigo territorial, es más, carecen de espacios físicos de interacción, pero presentan muchas veces sentidos de pertenencia con mayor intensidad que algunas comunidades de base.

La comunidad como aquel grupo humano marginal con grandes necesidades para su supervivencia y a quien se debe asistir dadas sus incapacidades fue un hallazgo dentro de las representaciones sociales que del concepto tenían una gran mayoría de los participantes. Parte del trabajo de los CASMCUNAD fue ayudar a reestructurar esta representación social en dos

sentidos, el primero en cuanto al concepto mismo de comunidad, y el segundo en lo referente a la acción psicosocial diferenciándola del asistencialismo social.

La implementación de diferentes herramientas de diagnóstico participativo comunitario a través de mediaciones virtuales fueron un avance, producto de la pandemia, pero que permitieron generar competencias para la aproximación a las comunidades y el abordaje de la acción psicosocial de estas.

Recomendaciones

Aunque CASMCUNAD tiene definidos y subdivididos los grupos humanos en cuatro categorías es importante explorar nuevas formas de agrupación social, de colectivos y de comunidades que puedan mostrar de manera complementaria las diferentes dinámicas de salud mental comunitaria.

Explorar de manera sistemática los conceptos de comunidad virtual y comprender las dinámicas de salud mental comunitaria que promueven, así su extensión sea mayor a la de Colombia, teniendo en cuenta las fronteras invisibles que existen en estas nuevas territorialidades.

Explorar los diferentes conceptos de comunidad tanto en lo conceptual como en lo pragmático que tienen los diferentes grupos humanos es otra área de trabajo importante para los CASMCUNAD, teniendo en cuenta que este tipo de conceptos los definen y pueden condicionar su desarrollo futuro.

Continuar con la implementación de herramientas en entornos virtuales que permitan el acceso a diversas comunidades sin las barreras que pueden implicar las distancias. Además de generar sus propias herramientas de diagnóstico y acción psicosocial por mediaciones virtuales.

Referencias

- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 5, 980-1000.
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., Zambrano, J., (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *psicología desde el caribe issn 0123-417x* (impreso) issn 2011-7485 (on line) Vol. 30, n.º 1, enero-abril 2013 Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>
- Balcazar, F. (2003) Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, vol. IV, núm. 7-8, 2003, pp. 59-77 Universidad Nacional de San Luis San Luis, Argentina. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf>
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo M., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J., Santed, G. (2020) Las Consecuencias Psicológicas de la Covid-19 y el Confinamiento. Informe de Investigación. Universidad del País Vasco, Universidad de Barcelona, Universidad de Murcia, Universidad Miguel Hernández, Universidad de Granada, Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de:
https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Universidad de Buenos

Aires; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Psicoperspectivas vol 13 no 2 Valparaiso. Mayo de 2014. Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200011

Bosco, S. (2011). Maneras colectivas de enfrentar problemas: ¿Mejor muchos que uno? (Tesis de Máster no publicada). Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

Camas, V. (2018) Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385624/>

Cano, J., Gala, F. Lupiani, M., Guillén, C., Roa, J., Lupiani, N. (2004) Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome del estrés postraumático. Rev. Psiquis, 2004, 25 (1):4-11.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Gala/publication/28172195_Consecuencias_psicopatologicas_de_las_catastrofes_y_desastres_el_sindrome_del_estres_postraumatico/links/564b63de08aeab8ed5e749ec/Consecuencias-psicopatologicas-de-las-catastrofes-y-desastres-el-sindrome-del-estres-postraumatico.pdf

Castro, J. (2017). Ponencia 7º simposio internacional de psicología comunitaria. “RESILIENCIA, El trascender de la experiencia · Estrategias psicosociales para la potenciación individuo – comunidad”. Bucaramanga Santander. Noviembre 2017

Colmenares, A. (2012) Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Recuperado de:

[file:///C:/Users/Yeison/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Yeison/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20(2).pdf)

Fernandez, R. (2005) Redes sociales, apoyo social y salud. Revista de recerca i investigació en antropologia. Perifèria Número 3, Diciembre 2005. Recuperado de:

<https://ddd.uab.cat/pub/periferia/18858996n3/18858996n3a4.pdf>

Foucault, M. (1964) Historia de la locura en la época clásica I. biblioteca.d2g.com. Versión segunda reimpresión en español. Recuperado de:

<https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>

Galvan, V. (2009) La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXIX, núm. 104, 2009, pp. 485-500 Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid, España. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019649014.pdf>

Guadamuz, E. (1991) La investigación-acción participativa: Sus bases conceptuales y metodológicas, Revista ABRA. [Vol. 11, N°. 15-16, 1991](#). Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4792234>

Gubbins V. (2012) Dilemas Intervención Psicosocial ¿Qué y Cómo Hacerlo? Researchgate. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/330509915_Dilemas_Intervencion_Psicosocial_Que_y_Como_hacerlo

- Hawryluck, L., Gold, w., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., Rima, S. (2004) SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canadá. Emerging Infectious Diseases. 2004 Jul; 10(7): 1206–1212. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/>
- Herazo, I. Moreno, B. (2014) Sentido de Comunidad en un Pueblo Originario: Santa Martha Acatitla (Entre los Carrizos). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Herrera, M. (2010) ABC del Diagnóstico Rápido Participativo. Visión Consultores. Recuperado de: https://www.academia.edu/26928675/ABC_DEL_DIAGNOSTICO_RAPIDO_PARTICIPATIVO
- Herrero, S. (2016) Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. vol.10 no.2 Santa Cruz de La Palma ago. 2016. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006
- Hormazábal, N., Riquelme, C. (2009) Modelo comunitario en salud mental y psiquiatría como modelo tecnológico. Rev GPU 2009; 5; 2: 245-249 Recuperado de: http://revistagpu.cl/2009/GPU_junio_2009_PDF/PARANOIA%20Y%20CEREBRO%20SOCIAL.pdf
- INMLCF (2020) Boletín Estadístico mensual. Abril. Subdirección de Servicios Forenses Centro de referencia nacional Sobre Violencia – CRNV. Recuperado de: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/494197/Boletin-abril-2020.pdf/f0da11c1-355a-687b-2ded-911cf6817a87>

INMLCF (2019) Boletín Estadístico mensual. Diciembre. Subdirección de Servicios Forenses Centro de referencia nacional Sobre Violencia – CRNV. Recuperado de:

<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/349426/diciembre-2019.pdf/320ad04c-7c85-287f-804a-a49b1031d9f3>

Krause, M. (2001) Hacia Una Definición Del Concepto De Comunidad – Cuatro Ejes Para Un Análisis Crítico Y Una Propuesta. Revista de Psicología Vol X. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Lalonde, M. (1981). A New Perspective on the Health of Canadians. Minister of Supply and Services, Canadá. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

Larban, J. (2010) El Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental “Continente y Contenido” Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2010; 49. Recuperado De: <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/modelo-comunitario-atencion-salud-mental.pdf>

Latorre, A. (2007). La investigación- acción. Conocer y cambiar la práctica educativa. Barcelona, España: Grao. Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2019/07/La-investigacion-accion-conocer-y-cambiar-la-practica-educativa.pdf>

León, M. (2002) La atención comunitaria en salud mental. Revista Cubana de Medicina General Integral v.18 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2002 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500009

León, C. (1976) Perspectivas de La Salud Mental Comunitaria En Latinoamérica. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana Agosto de 1976. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17545/v81n2p122.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López, C. (2011) Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria, Revista Salud Mental y Comunidad. Ediciones UNLA. Universidad Nacional de Lanús. Argentina. p. 77-84.

Marín, E. (2013) Una mirada sobre la Inclusión Social. UNAD. (no publicado). Recuperado de:

http://datateca.unad.edu.co/contenidos/40004/Una_mirada_sobre_la_inclusion_social.pdf

Maya, I. (2012) Sentido de Comunidad y Potenciación Comunitaria. Universidad de Sevilla Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/28098336_Sentido_de_comunidad_y_potenciacion_comunitaria

MinCiencias (2010) Estrategia Nacional de Apropriación Social de la Ciencia la Tecnología y la Innovación. Recuperado de:

<https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/paginas/estrategianacional-ascti.pdf>

MinSalud (2018) Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental abril de 2018. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>

Minsalud (2013) Modelo para la Desinstitucionalización de Personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria, en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Protección Social en Colombia Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-desinstitucionalizacion-trastorno-mental.pdf>

Montero, M. (2010) Fortalecimiento de la Ciudadanía y Transformación Social: Área de Encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria. Psykhe v.19 n.2 Santiago nov. 2010

Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282010000200006

Montero, M. (2004) Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Ed.

Paidós Tramas Sociales. Recuperado de: <http://www.catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>

Mori, M. (2008) Una Propuesta Metodológica Para La Intervención Comunitaria. Universidad San Martín de Porres. Perú. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a10v14n14.pdf>

Muñoz, B., Barrantes, A. (2016) Equidad e Inclusión Social: Superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas. Organización de los Estados Americanos. Recuperado de:

http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/equidad_e_inclusio%CC%81n_social-entrega.pdf

OMS (2006) Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Recuperado de:

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

OPS – OMS (1990) Declaración de Caracas. Venezuela 14 de Noviembre de 1990. Recuperado de:

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

- Páez, D., Vázquez, C. y Echeburúa, E. (2012). Trauma Social, Afrontamiento Comunitario y Crecimiento Postraumático Colectivo. En M.J. Carrasco y B. Charro (Eds.) Crisis, vulnerabilidad y superación. Madrid: Eds. Universidad de Comillas. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/285580393_Trauma_Social_Afrontamiento_Comunitario_y_Crecimiento_Postrumatico_Colectivo
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., Escobar, F. (2020) Consecuencias de la Pandemia Covid-19 en la Salud Mental Asociadas al Aislamiento Social. Universidad Nacional de Colombia.
Recuperado de: <file:///C:/Users/Yeison/Downloads/303-Preprint%20Text-344-1-10-20200502.pdf>
- RedE América. (2014). Guía de Diagnósticos Participativos y Desarrollo de Base. Recuperado de:
<https://www.redeamerica.org/Portals/0/Portafolio/ForosRondas/Diagnosticosydesarrollobase.pdf?ver=2016-01-29-164318-147>.
- Rojas, B. (2020) OVI UNIDAD No 1. El Diagnóstico Participativo Comunitario. Maestría en Psicología Comunitaria. ECSAH. UNAD.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of psychiatry*. 147. 598-611
- Sánchez, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. USA: Prentice Hall.
- Urquijo, M. (2014) La Teoría De Las Capacidades En Amartya Sen. *EDETANIA* 46. Diciembre 2014], 63-80, ISSN: 0214-856. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5010857.pdf>

- Velazquez, T., VALDEZ, R. (2012) Una propuesta de salud mental comunitaria frente a la violencia social. Pontificia Universidad Católica de Perú. Revista de Ciencias Sociales p. 130-143.
- Velez, N., Soto, J., Vizcarrondo, M., Vega, S., García, S. (2017) Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision: Moving Culture From the Macro Into the Micro. Perspectives on Psychological Science Vol. 12(5) 900–910. University of Puerto Rico and Albizu University.
- Villagrán, Loreto, Reyes, Carlos, Wlodarczyk, Anna, & Páez, Darío. (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia psicológica*, 32(3), 243-254. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300007>
- Zambrano, A., Berroeta, H. (2012) Teoría y práctica de la acción comunitaria: aportes desde la psicología comunitaria. Santiago de Chile, CL: RIL editores. Recuperado de https://books.google.com.co/books/about/Teor%C3%ADa_y_pr%C3%A1ctica_de_la_acci%C3%B3n_comuni.html?id=BQOLBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Zaraza, D., Hernández, D. (2016) Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.21 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2016. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n8/2607-2618>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES
MAESTRIA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA
(Autor Yeison Alfonso Rodríguez Campo)**

CASMCUNAD

CENTROS DE ATENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA DE LA UNAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad: _____

Localidad/Barrio: _____

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, en nombre propio y/o en representación de la comunidad _____ ubicada en el Municipio de _____ en el Departamento de _____, con mi firma al final del presente documento certifico que he recibido la información que se detalla a continuación, he realizado todas la preguntas que he considerado pertinentes sobre la estrategia CASMCUNAD, las que han sido respondidas de manera suficiente y satisfactoria, cumpliendo adecuadamente con mis expectativas. Y fundamentado en lo anterior, he decidido de manera libre y voluntaria, hacer parte en nombre propio y en el de la comunidad que represento de las investigaciones, trabajo de campo, intervenciones, acciones y demás actividades que realice el Centro de Atención en Salud Mental Comunitario (CASMCUNAD).

INFORMACION GENERAL CENTROS DE ATENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA DE LA UNAD – CASMCUNAD

Primero: Los CASMCUNAD fundamentan su trabajo en la relación entre la comunidad y la academia, el trabajo conjunto, el reconocimiento de realidades comunitarias y regionales, y la búsqueda constante de transformación social orientada al desarrollo de los diferentes grupos humanos

Segundo: Los CASMCUNAD realizan un trabajo tanto de investigación como de intervención en las comunidades en las que hacen presencia, siempre bajo criterios éticos coherentes con la normatividad vigente en Colombia para la investigación y el trabajo con comunidades.

Tercero: Los CASMCUNAD son una estrategia diseñada desde la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD, programa de Maestría en Psicología Comunitaria y programa de Psicología, lo que implica que su implementación se basa en el desarrollo científico y técnico dentro de disciplinas específicas del conocimiento humano.

Cuarto: Los CASMCUNAD comprenden cinco fases, de las cuales, la comunidad participará de la primera que se denomina diagnóstico participativo comunitario, y de la segunda que es la intervención de la comunidad, la comunicación de los resultados y la colaboración regional. Las tres fases siguientes, de sistematización y análisis de resultados, y de establecimientos de un modelo salud mental comunitario regional y nacional serán función del equipo interdisciplinario. La duración de estas primeras dos fases será de tres (3) años.

FASE 1: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMUNITARIO:

Consiste en la construcción de un diagnóstico de la comunidad, en el cual, los diferentes actores participan activamente y permiten un abordaje de la realidad desde su propia cosmovisión, se establecen los principales problemas y necesidades del grupo en el ámbito de la salud mental. Las diferentes acciones realizadas por los CASMCUNAD se enmarcan en la normatividad vigente para el trabajo con personas inmersas en sus comunidades, Constitución Nacional, Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, Ley 1090 de 2006. Ley 1098 de 2006 y Ley 1581 de 2012, entre otras.

Las condiciones para la participación de las comunidades y personas en el proceso del Diagnóstico Participativo Comunitario (DPC) son:

1. La participación tanto de las personas a nivel individual como de las comunidades es libre y voluntaria. Tanto las personas individualmente, como la comunidad podrán retirarse en el momento en que lo consideren pertinente, sin recibir presión de ninguna clase para continuar.
2. En el caso de niños, niñas y adolescentes (Menores de edad según la legislación colombiana) y personas con limitaciones intelectuales severas que participen de los diferentes procesos tanto de diagnóstico como de intervención, serán sus representantes legales quienes expresarán de manera escrita su libre y voluntario deseo de participar (Ley 1098 de 2006).
3. El proceso de investigación busca aproximarse a la comprensión de la realidad que tiene una comunidad. Por lo tanto, no se establecen parámetros de evaluación, como tampoco se emitirán juicios de valor.
4. Los datos generados a nivel individual y grupal se mantendrán bajo reserva, enmarcada en criterios de secreto profesional y confidencialidad según el artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006, y no serán comunicados a los demás participantes, grupos humanos, entidades que apoyan o instituciones que hagan parte de los procesos. La única excepción a esta condición sucede si alguna autoridad judicial competente solicita a los investigadores el acceso a la información, o si hay inminencia de riesgo al bienestar físico o mental del participante o de la comunidad. Tanto los participantes de manera individual como la comunidad podrán acceder a la propia información previa solicitud por escrito, en ningún caso se suministrará información de un participante a otro o de una comunidad a otra.
5. Durante el desarrollo de las actividades se realizarán fotografías, grabaciones en video y audio, las cuales se llevarán a cabo para ser publicados y compartidos dentro de comunidades científicas o académicas. De ninguna manera se harán fotografías, filmaciones o grabaciones en video o audio sin el consentimiento de quienes en ellas participen. Cuando, a pesar de la autorización de los participantes de ser grabados en video, en audio o de ser fotografiados, los contenidos pongan en riesgo la seguridad o integridad de la comunidad, los mismos se mantendrán bajo criterios de

confidencialidad. Cuando las fotografías, grabaciones en audio y video se hagan incluyendo niños, niñas, adolescentes (Menores de edad según la legislación colombiana) y personas con limitaciones intelectuales severas, serán los representantes legales quienes autoricen por escrito o no este tipo de actividades.

6. Los CASMCUNAD ni buscan someter, ni someterán a los participantes a situaciones ajenas a su entorno, como tampoco a situaciones de estrés extremo, engaños, manipulación, administración de sustancias o medicamentos, situaciones que vulneren sus derechos o presenten riesgos para su salud física y mental. Sin embargo, si en el desarrollo de las actividades se presenta el riesgo de afectación a nivel individual o grupal dentro de una comunidad, se suspenderán todas las actividades temporal o definitivamente según sea el caso.
7. La participación en la elaboración del Diagnóstico Participativo Comunitario se entiende como un acompañamiento en una actividad psicosocial de orden comunitario y académico, por lo tanto, no generará pagos en dinero ni en especie para ninguno de los participantes, o de las comunidades, como tampoco se entiende como un contrato o vinculación laboral.
8. La estrategia CASMCUNAD no representa ni representará orientaciones de orden político, ni religioso, como tampoco realizará proselitismo a favor de causa, idea, doctrina, creencia o persona alguna. Su trabajo se limita a lo académico y a lo científico.

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, en nombre propio y/o en representación de la comunidad _____ ubicada en el Municipio de _____ en el Departamento de _____, certifico con mi firma que me fue socializado el objetivo y fines de la estrategia CASMCUNAD, así como el uso de los datos e información individual y grupal, y los beneficios y riesgos asociados; de igual manera, certifico que mi participación y la de la comunidad que represento, sucede de manera libre y voluntaria, y estoy de acuerdo con ésta.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

IDENTIFICACION: _____

Anexo 2: Guía de Caracterización de las Comunidades y de las Organizaciones

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA - UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES
MAESTRIA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA
ESTRATEGIA CASMCUNAD
(Autor Yeison Alfonso Rodríguez Campo)

CENTROS DE ATENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA DE LA UNAD

GUIA DE CARACTERIZACION DE LA COMUNIDADES Y ORGANIZACIONES

Cada comunidad, colectivo u organización social presentan características que las definen y las diferencian de otros grupos humanos, por lo cual, para poder aproximarse a la comprensión de su interpretación de la cotidianidad y de la realidad, es fundamental determinar aquello que “le es propio” y de esta forma, también, lo que puede diferenciarla de otras.

El presente documento contiene elementos básicos para realizar el proceso de caracterización de una comunidad o una organización en el contexto de los Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), el psicólogo en formación (practicante) o el monitor pueden complementar esta información teniendo en cuenta las particularidades de los colectivos con quienes se desarrolle el trabajo.

Los siguientes son los aspectos mínimos a tener en cuenta:

- 1. HISTORIA:** Es importante conocer la historia de la comunidad, cómo se conformó, quiénes la conformaron y las razones para que este grupo de personas se reuniera. Cuando el colectivo pertenece a organizaciones de mayor tamaño (e.g. una iglesia que pertenezca a una denominación más grande) es muy importante hacer énfasis en la historia del grupo humano que se está abordando (en el mismo e.g. anterior, la iglesia puede pertenecer a una denominación mayor, y si bien es importante reconocer los principales fundamentos doctrinales, se hará énfasis en la historia de la misma congregación pero en el entorno en el cual se realice el trabajo, el barrio, el sector en donde el psicólogo practicante se haya aproximado a la comunidad).

Dentro de la historia también es importante indagar sobre las acciones o situaciones que son relevantes para la comunidad (e.g migraciones, construcciones, movilizaciones, entre otras.)

- 2. CARACTERISTICAS FISICAS Y DE INFRAESTRUCTURA**

Reconocer el territorio en el cual la comunidad vive lo cotidiano, y dentro del mismo, su tamaño, el acceso a servicios públicos, vías, medios de transporte, espacios de recreación, medios de comunicación y la calidad de cada uno de ellos. Aspectos económicos, como el comercio y la existencia de empresas.

Cuando se trata de organizaciones (e.g. agrupación scout, iglesias, departamentos o divisiones de las fuerzas armadas y de policía) indagar sobre las estructuras que les son propias, o en las cuales realizan su labor, y la interacción con las mismas.

En este apartado es importante incluir las características medioambientales como la cercanía a ríos, lagos, reservas forestales, entre otros, como también la polución, contaminación y disposición de basuras.

3. ORGANIZACIÓN DE LA POBLACION

Cómo se organiza la comunidad, quienes ejercen el liderazgo, cómo se ejerce. Existe una estructura formal reconocida por el colectivo y de no ser así, cómo logran delegar roles en el momento de realizar las diferentes acciones grupales.

Otro aspecto importante es el reconocimiento dentro de la comunidad de la existencia de “organizaciones sociales” cuyo objetivo sea el trabajo con el colectivo para el desarrollo de este. No debe confundirse con las empresas que tienen domicilio en el sector, sino aquellas agrupaciones formales que buscan apoyar procesos de transformación social ya sean privadas o del Estado. (Existen empresas que respondiendo a criterios normativos de responsabilidad social apoyan iniciativas de las comunidades, en este caso, deben ser incluidas como organizaciones que realizan una labor social).

4. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Establecer en la medida de lo posible (esto depende de tamaño de la comunidad) datos acerca del número de integrantes de la comunidad, distribución por sexo, edad, nivel educativo, ocupación, estructura familiar, acceso a servicios, ingresos.

5. PROBLEMATICAS SOCIALES

Al dialogar con los diferentes miembros de la comunidad, se preguntará acerca de las problemáticas sociales percibidas, y el nivel de gravedad de estas, además de la forma en la cual afectan al colectivo. Es importante que el psicólogo practicante comprenda que no se trata de establecer un diagnóstico objetivo en este momento, sino de reconocer la percepción de la comunidad.

6. NECESIDADES SOCIALES

Cada problemática social percibida por la comunidad puede resultar en una necesidad que se desea suplir, por lo cual, la comunidad misma debe establecer las necesidades que desde su perspectiva existen. En este apartado no se trata de orientar a la comunidad en cuanto al afrontamiento de diferentes situaciones, sino de aproximarse a la comprensión que tienen de una problemática y la forma en la cual creen, puede ser solucionada.

7. CULTURA

En este apartado se encuentran aquellos elementos socioculturales, de creencias, cosmovisión, tradiciones, folklore e idiosincrasia, que, si bien no necesariamente son exclusivas de este grupo humano, sí definen la forma en la cual abordan su cotidianidad.

Anexo al presente documento se ha enviado un archivo de Excel para ser diligenciado por cada una de las personas que van a realizar la cartografía.

Anexo 3: Documento Guía Fase 1 CASMCUNAD.

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES
MAESTRIA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA
(Autor Yeison Alfonso Rodríguez Campo)**

CASMCUNAD

CENTROS DE ATENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA DE LA UNAD

Los Centros de Atención en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), parten del principio de reestructuración de conceptos como el de salud mental y el del papel de la comunidad en la atención, acompañamiento y rehabilitación de las personas que padecen este tipo de trastornos, además de comprender que la salud es una construcción grupal, en la que participan todos los miembros de una comunidad, y cuyos resultados influyen en la población en general. Surgen de la necesidad de un abordaje contextualizado, regional, funcional y adecuado de las condiciones y situaciones en salud mental de las comunidades y poblaciones en este país. Responden además a disposiciones propias de la Ley 100 de 1993, Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 MinSalud, Ley 1122 de 2006 – Modelos de atención en salud comunitaria dentro del Plan Nacional de Salud Pública, Ley 1361 de 2009 – Ley de Protección Integral a la Familia, Ley 1438 de 2011 – Atención Primaria en Salud con orientación comunitaria, y la Ley 1616 de 2013, además del Modelo para la Desinstitucionalización de Personas con Trastorno Mental y Larga Estancia Hospitalaria, en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Protección Social en Colombia del Ministerio de Salud, establecido en el año 2013. Por otro lado, los CASMCUNAD buscan un impacto nacional, teniendo en cuenta la capacidad de abordaje e intervención de la UNAD en salud mental comunitaria, tanto por los programas de pregrado en psicología y maestría en psicología comunitaria, como por las ocho zonas del país, y los 64 centros en los que hace presencia.

La estrategia CASMCUNAD fundamenta la Acción Psicosocial en el trabajo integrado, incluyendo muy diversas perspectivas desde diferentes disciplinas, por lo tanto, no limita la atención en salud mental comunitaria a ciencias como la psicología, la psiquiatría o la medicina, sino que promueve la construcción de estrategias desde múltiples perspectivas, provenientes tanto del ámbito profesional, como de los actores de cada uno de los grupos humanos en donde realiza su labor.

CONCEPTOS BASICOS

COMUNIDAD:

La comunidad puede entenderse como un organismo vivo, con historia propia, en constante desarrollo y transformación, conformado por individuos que comparten un territorio común (incluyendo lo que podría definirse como “territorios virtuales”), que se agrupan alrededor de aspiraciones, intereses, necesidades, objetivos, y cuyas relaciones internas se fundamentan primordialmente desde lo afectivo, en un reconocimiento del “otro”, sobre lo meramente productivo. Los miembros de una comunidad tienen consciencia de su existencia como un colectivo (sentido de comunidad), de pertenencia al mismo y de lo identitario correspondiente, se benefician y benefician a los demás a partir de sus constantes interrelaciones y del apoyo social, desempeñan roles, observan el cumplimiento de normas tanto explícitas como tácitas (propias de este grupo) para su interacción y la realización de acciones conjuntas.

DIFERENCIA ENTRE INTERVENCIÓN Y ACCIÓN PSICOSOCIAL:

Existen dos formas de abordar el proceso de aproximación a una comunidad, la primera la denominada intervención psicosocial que se podría definir como “una acción intencionada y externa desde la autoridad para cambiar el funcionamiento de un colectivo o sistema social que, según algún criterio razonablemente objetivo, ha perdido su capacidad de resolver por sí mismo sus propios problemas o alcanzar metas vitales deseadas”. (Sánchez, 2002), y la otra perspectiva, la de la acción psicosocial que sería el “acompañamiento que se hace a los sujetos sociales en su proceso de comprensión y transformación de sus realidades, en sus condiciones de vida en concreto y dentro del marco de sus derechos humanos, sociales y ciudadanos”. (Montero, 2006). Las dos definiciones tienen orientaciones diferentes, la primera entiende la intervención psicosocial como un proceso donde se toman decisiones externas al contexto socio – cultural y las acciones están predefinidas. En cambio, en el segundo enfoque, la responsabilidad y el poder de la acción se sitúa en los colectivos o sujetos directamente afectados, de allí la concepción de la autoridad profesional como gestor o acompañante de los procesos. (Gubbins, 2012)

Para Sánchez (2002) existe una diferencia clara entre intervención y la acción psicosocial en que la primera requiere de un profesional que define los procesos y derroteros y la segunda es “La acción social es un proceso interno protagonizado por el propio colectivo o sistema que el interventor se limita a animar o impulsar”. Para Zambrano, et al (2012) es un proceso participativo en el “que el diseño, ejecución, y evaluación de los programas y acciones se hace explícitamente a partir del diálogo entre quienes intervienen y las personas de la comunidad involucradas en la solución de las situaciones que les interesan, ... las personas deben estar presentes activamente en todo el proceso... siendo tomadas por ellos la mayoría de las decisiones tocantes a los temas de interés”.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMUNITARIO:

Es un método – proceso para determinar, desde la perspectiva de los diferentes actores de una comunidad, “sus problemas, necesidades, potencialidades, propuestas y demandas para diseñar soluciones y lograr su desarrollo”. (RedE América, 2014). Permite a la comunidad reconocer su realidad, y en ella, aspectos que requieran de especial atención, los recursos para generar cambios y el papel de cada uno de los miembros en el logro de sus objetivos.

DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARTICIPATIVO (DRP):

Se entiende como una metodología que permite recopilar información de diferentes grupos poblacionales en un tiempo relativamente corto. Se realiza directamente con la comunidad (en terreno) enfocada a obtener información acerca de su cotidianidad, a estimular y apoyar al grupo en su autoexploración, reconocimiento de recursos, potencialidades y limitaciones, para la toma de decisiones argumentadas y adecuadas con respecto a sus proyectos (Herrera, 2010). Es un enfoque de investigación social cualitativo, que permite aproximarse a la comprensión de la realidad de una comunidad de forma rápida y adecuada. Parte desde la interacción con los colectivos para reconocer sus necesidades, y no desde el profesional o interventor (Rojas, 2020)

TÉCNICAS DE DRP:

Algunas técnicas son:

- 1.Observación directa y Participante.
- 2.Entrevista Semi Estructuradas
- 3.Mapa Parlante: Actuales, futuros, de problemas, de recursos, de organizaciones, entre otros.
- 4.Cortes transversal o perfil

- 5.Línea de Tendencia
- 6.Diagrama Causa – Efecto
- 7.Árbol de problemas, árbol de Soluciones o árbol de objetivos.
- 8.Matriz de Priorización de problemas
- 9.Matriz de Jerarquización de problemas por parejas.
- 10.Matriz FODA

GUIA PARA LA REALIZACION DE LAS CARTOGRAFIAS

La cartografía social es un método participativo de investigación colectiva que parte de una perspectiva integradora, mediante la cual, se entiende que la realidad es construida culturalmente por las personas, desde sus experiencias culturales, interpersonales y políticas, las cuales influyen en la representación mental, gráfica, subjetiva y material del contexto socio-cultural.

Según Habegger y Mancila (2006:6), la cartografía social permite conocer y construir un conocimiento integral del territorio para que se pueda elegir colectivamente una mejor manera de vivirlo, desde una mejor comprensión de la realidad territorial, de cómo se vive el territorio que se habita y cómo construye el futuro territorio que se desea. Desde esta perspectiva, entendemos la cartografía social como un proceso de planificación urbana participativa en el que los propios actores repiensen el territorio desde el mapa, poniendo en el centro el saber y la memoria de las personas que viven en él y buscando soluciones colectivas desde la participación ciudadana y el dialogo entre diferentes actores.

¿CÓMO CONSTRUIR UNA CARTOGRAFÍA SOCIAL?

Para la elaboración de una cartografía social debemos seguir algunos pasos.

PASO 1: Definir el mapa que vamos a realizar, un mapa por cada una de las categorías. Cuando se ha seleccionado la Ruta 1 de trabajo (a través de mediaciones virtuales), cada uno de los participantes (miembros de la comunidad u organización elegidos) debe realizar las cinco cartografías.

PASO 2: Preguntas que se deben responder. Por cada una de las categorías se han definido tres preguntas que orientarán la realización de los diferentes mapas. Es muy importante que las preguntas no se modifiquen o se mezclen entre las diferentes categorías.

PASO 3: Elaborar el mapa basados en las respuestas obtenidas. Una vez cada uno de los participantes ha respondido a las tres preguntas formuladas, iniciará la elaboración de su respectivo mapa. Es importante no inducir respuestas ni sugerir la inclusión de dibujos o estructuras en el mapa, por lo general, en este paso, los participantes buscan que quien orienta el ejercicio les indique cómo empezar o les evite la realización de dibujos, pero es fundamental reiterar la dinámica adecuada de la actividad.

PASO 4: Registro en el mapa de aquello que se va conversando. Aunque el participante ya haya respondido a las preguntas de manera verbal, durante la elaboración del mapa es posible repetir las preguntas y profundizar en sus respuestas (profundizar no implica modificar la pregunta u orientarla en un sentido diferente), con el objetivo de que el mapa contenga la mayor cantidad de información posible.

PASO 5: Compartir el Mapa construido y los reflexiones que trae consigo. Cada uno de los participantes tendrá la oportunidad de compartir con los demás el mapa elaborado, y el significado de cada uno de los elementos incluidos en el mismo.

Es importante recordar que no hay respuestas correctas o incorrectas, como tampoco se busca que los dibujos respondan a criterios estéticos y artísticos. Cada elemento incluido en los mapas tiene un valor y un significado acerca de los cuales se debe indagar.

PASO 6: Elaboración del informe. Cada estudiante debe elaborar un informe que contenga el significado que tienen los elementos de los mapas para el autor o autores, y adicionar los dibujos elaborados.

PROPUESTA DE DESARROLLO DE LA SESION:

1. **Actividad de Inducción (Tiempo: 5 min):** Es posible realizar una actividad de inducción "rompehielos" para iniciar la actividad. No se trata solamente de la presentación de todos los asistentes, sino de un espacio para que todos se sientan cómodos y dispuestos al desarrollo de la actividad.
2. **Socialización de las preguntas (Tiempo: 20 min):** Se comparten las tres preguntas de la categoría seleccionada y se permiten aportes de cada uno de los participantes. Es importante promover la participación de la mayoría de ellos, evitando que solo unos pocos monopolicen el diálogo.
3. **Elaboración de los mapas (Tiempo: 15 min):** Con base en las preguntas se procederá a elaborar el mapa de la categoría seleccionada por medio de dibujos (es posible la inclusión de palabras y frases cortas). No es necesario guardad estricto silencio, se puede continuar el dialogo con respecto a la temática y se pueden responder las preguntas que surjan
4. **Socialización de los mapas (Tiempo: 20 min):** Cada participante en un tiempo no mayor a 2 min explicará el mapa que ha elaborado y el significado de cada una de los elementos incluidos en él.

CATEGORIAS

Para el desarrollo de la Fase 1: Diagnóstico Participativo Comunitario, se han establecido cinco (5) categorías que permitirán por medio de la realización de cartografías, establecer un diagnóstico adecuado de la comunidad.

Las categorías son:

AFRONTAMIENTO COMUNITARIO:

Para Villagrán, Reyes, Wlodarczyk & Páez, (2014) el afrontamiento comunitario representa un proceso en el cual la evaluación y las acciones para resolver un problema se producen en el contexto de las relaciones sociales. Las personas perciben el evento estresante como "nuestro" problema, en lugar de "mi" o "su" problema. Bosco (2011) ha identificado algunos elementos que caracterizan el afrontamiento comunitario: a) Experiencia colectiva compartida; b) Evaluación compartida del hecho estresante, ya que la situación implica pensar y actuar como si el factor de estrés fuese compartido; c) La comunicación colectiva sobre el estrés, donde será necesaria la presencia de comunicación y cooperación para abordar la situación estresante; y d) La movilización de las relaciones, en que las personas deberán compartir responsabilidades y actuar colectivamente para hacer frente a la situación problemática. Para Páez, D., Vázquez, C. y Echeburúa, E. (2012), las formas comunitarias de afrontamiento son las actividades realizadas en diádas o grupos más grandes para manejar un estrés colectivo. Cuando las formas de *coping*

(afrentamiento) se hacen junto con una díada, grupo o comunidad, para afrontar un problema que afecta la identidad colectiva o un problema social compartido, se concibe como afrontamiento comunitario. En el contexto de los CASMCUNAD, el afrontamiento se entiende como el abordaje que hace la comunidad de aquellas situaciones significativas propias de la cotidianidad, las herramientas con las que se cuenta de manera grupal, y los procesos que se llevan a cabo.

Preguntas para la Implementación de la Cartografía:

1. ¿Cuáles son las situaciones significativas que se han vivido en la comunidad?
2. ¿Cómo abordaron cada una de ellas?
3. ¿Cuáles piensan que son las herramientas que posee la comunidad para enfrentarse a las situaciones cotidianas que se presentan?

INCLUSION SOCIAL:

Espinosa, E. (2013). Define el término inclusión social como un proceso que surge del contacto entre diversas estructuras de sentido, y permiten la doble posibilidad de cuestionarnos y darnos a la tarea de comprender y aprender de los demás, buscando instancias de reflexión donde la dignidad y la equidad sean puntos de inicio para pensar las interacciones sociales y los procesos de transformación de la realidad. Al definir el concepto de inclusión social no se busca limitar el mismo, es necesario que se tengan en cuenta diferentes dimensiones que influyen en las relaciones sociales con el otro, es así que, aspectos como el político, el económico, el cultural y el histórico se convierten en puntos de vista con matices que deben tenerse en cuenta para la conformación del territorio, la conformación de una comunidad y el entramado de sus relaciones con el otro desde un nosotros.

Preguntas para la Implementación de la Cartografía:

1. ¿Cómo representarías las diferencias individuales y de grupos al interior de tu comunidad?
2. ¿Cómo se integran estas diferencias individuales y de grupos dentro de tu comunidad?
3. ¿Cuáles de estas personas y grupos se integran mejor a la comunidad y cuáles no logran hacerlo?

SENTIDO DE COMUNIDAD:

Se entiende como una experiencia subjetiva de pertenencia a una colectividad mayor, formando parte de una red de relaciones de apoyo mutuo en la que se puede confiar (Sarason, 1974). Para McMillan & Chavis (1986) es “el sentimiento de pertenencia, seguridad, interdependencia, confianza mutua y compromiso de satisfacción de las necesidades, entre los miembros de una comunidad”. Dentro del mismo se pueden destacar los siguientes elementos:

1. Pertenencia: Consiste en el sentimiento de haber invertido parte de sí mismo en la comunidad, y de pertenecer a ella. Concretamente, esto conlleva (a) la delimitación de una frontera entre los miembros y los que no lo son, (b) la existencia de un sistema de símbolos compartidos, (c) la experiencia de seguridad emocional, (d) la inversión personal en la comunidad y, finalmente, (e) el sentimiento de pertenencia e identificación.

2. Influencia: Hace referencia al poder que los miembros ejercen sobre el colectivo, y recíprocamente al poder de las dinámicas del grupo sobre sus miembros. Las personas se sienten más atraídas por los grupos en los que pueden ejercer influencia. En esta línea, no es infrecuente encontrar en las comunidades una estructura centro-periferia, en la que los individuos con un sentimiento más fuerte de comunidad son los más activos en las dinámicas del grupo y se convierten en un referente para el resto de los participantes.

3. Integración y satisfacción de necesidades: Tiene que ver, en primer lugar, con los valores compartidos por los miembros del grupo. En segundo lugar, se refiere al intercambio de recursos para satisfacer las necesidades de los integrantes. (Maya, J. 1999).

4. Conexión emocional compartida: Los miembros reconocen la existencia de un lazo compartido. Este vínculo es el resultado del contacto positivo prolongado y de participar de experiencias y una historia común.

Herazo (2014) resalta que “la comunidad son un conjunto de relaciones que se encuentran vinculadas por un sentido de comunidad”. Aquí se encuentra el carácter bidireccional entre los conceptos de comunidad y sentido de comunidad, pueden verse como la detección y superación de contrapuestos en la medida en que la definición de comunidad en la que se confronta determinada concepción o tradición arraigada en las ciencias sociales, y la muestra de otro concepto como sentido de comunidad, no caen en contradicción o bifurcación si no que la correlación y comparación de estos posibilita el surgimiento de un tercer elemento a manera de síntesis y resolución. Se trata de la explicación de que hay comunidad donde se encuentra un sentido de comunidad y a su vez hay un sentido de comunidad donde hay comunidad. Así la correlación de los dos conceptos comunidad y sentido de comunidad consiste en no considerar la determinación meramente como límite u opuesto si no en producir a partir de ellos el sentido positivo relacional (Herazo, 2014).

Preguntas para la Implementación de la Cartografía:

Piense en una problemática de su comunidad

1. ¿Cuál fue la causa de esta problemática?
2. ¿De qué manera se ve reflejado el sentido de comunidad?
3. ¿Qué aspectos relevantes de sentido de comunidad existen y no existen en su comunidad?

RESILIENCIA:

La resiliencia puede entenderse como aquella fortaleza del individuo que le permite enfrentar situaciones adversas y salir de las mismas con nuevos aprendizajes. Esta construcción personal no solo puede influir en sí mismo sino proyectarse en su familia y comunidad aportando de forma significativa a un posible proceso resiliente en su contexto. En este sentido, es comprensible que esa fortaleza del ser humano potencia su entorno, y reconocer estas capacidades y recursos individuales permite que el profesional acompañante identifique herramientas metodológicas que debe potenciar.

Castro, J. (2017) define, desde consideraciones generales, que es la capacidad generalizada y tendencia inherente para crecer frente a la adversidad, representando así adicionalmente la capacidad general de adaptación que reconoce el sujeto en sí mismo, en lo referente a considerar por parte de este, que cuenta con recursos que le garanticen en mayor o menor medida, la percepción y sensación de conservación de la estabilidad personal, que se evidencia en todos los escenarios y situaciones cotidianas, y que le ayuda a regresar constantemente al estado de satisfacción previo a la presencia de cualquier evento adverso significativo. Se le considera así mismo desde esta perspectiva, como una predisposición positiva y optimista ante posibles eventos significativamente estresantes que se puedan presentar a futuro (Fletcher, & Sarkar, 2013; Aburn, Gott, & Hoare, 2016).

Aburn, Gott y Hoare (2016), destacan 5 nociones que definen luego de la revisión, análisis y compilación de un proceso investigativo.

La primera, “crecer ante la adversidad” la cual se presenta de forma explícita en la capacidad de recuperación frente a la presencia de traumas significativos, donde, el aprendizaje derivado de los procesos de interacción social se constituye en el principal recurso individual para la recuperación.

En segundo lugar, se le comprende en función de la capacidad para la adaptación y el ajuste a entorno, como una tendencia positiva para enfrentar las modificaciones negativas o presencia de estresores en el entorno.

En tercer lugar, corresponde a la presencia de la resiliencia como un atributo permanente que se expresa en las actividades cotidianas y que representa una visión optimista la cual se retroalimenta permanentemente de afrontar las situaciones que implican interacción social vista desde esa misma perspectiva positiva.

Una cuarta forma de comprenderla, corresponde a la identificación de una buena salud mental como base para el empoderamiento resiliente y que se evidencia en el poco impacto que las experiencias traumáticas significativas tienen sobre la vida de las personas, constituyéndose por lo tanto en un factor que favorece la “inmunidad” frente a las posibilidades de presencia de psicopatología.

Finalmente se encuentra la visión tradicional entendida como la capacidad de recuperarse, referida no solo a los individuos sino a los grupos, acorde a las condiciones del contexto social del que el sujeto es partícipe.

Preguntas para la Implementación de la Cartografía:

Piense en una situación adversa que se ha presentado en su comunidad durante los últimos 6 meses, y ubique en el esquema la respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿En primera instancia cómo asumió la situación la comunidad?
2. ¿Qué tipo de propuestas surgen por parte de sus miembros?
3. ¿Qué aprendizaje siente que les deja esta situación?

BIENESTAR HUMANO:

El bienestar humano es el estado en que los individuos tienen la capacidad y la posibilidad de llevar una vida que tienen motivos para valorar. La capacidad de las personas para procurarse una vida que valoren está determinada por una diversidad de libertades instrumentales. El bienestar humano implica tener seguridad personal y ambiental, acceso a bienes materiales para llevar una vida digna, buena salud y buenas relaciones sociales, todo lo cual guarda una estrecha relación con y subyace a la libertad para tomar decisiones y actuar.

Elementos del Bienestar Humano:

La salud: Es un estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad. Tener buena salud no solo significa estar fuerte y sano y sentirse bien sino también estar libre de enfermedades prevenibles, tener un entorno físico saludable y acceso a energía, agua segura y aire limpio. Lo que se puede ser y hacer supone, entre otras cosas, la capacidad para mantenerse en una buena condición física, minimizar la preocupación por la salud y garantizar el acceso a atención sanitaria.

Las necesidades materiales: Están relacionadas con el acceso a los bienes y servicios de los ecosistemas. La base material para tener una buena vida incluye medios de sustento asegurados y adecuados,

suficientes alimentos y agua limpia en todo momento, alojamiento, vestido, acceso a energía para calefacción y acondicionamiento de aire y acceso a bienes.

La seguridad: Está relacionada con la seguridad personal y ambiental. Implica el acceso a recursos naturales y de otro tipo y estar libre de violencia, actividades delictivas y guerras (motivadas por fuerzas motrices ambientales), así como seguridad frente a catástrofes naturales y provocadas por la actividad humana.

Las relaciones sociales: hacen referencia a las características positivas que definen la interacción entre los individuos, como la cohesión social, la reciprocidad, el respeto mutuo, buenas relaciones de género y familiares y la capacidad para ayudar a los demás y mantener a los hijos.

Aumentar las oportunidades reales que las personas tienen para mejorar sus vidas requiere abordar todos estos aspectos. Esto está estrechamente ligado a la calidad del medio ambiente y a la sostenibilidad de los servicios proporcionados por los ecosistemas.

Dimensiones del Bienestar Humano

Bienestar subjetivo:

1. Satisfacción: juicio o evaluación global de los diversos aspectos que una persona considera importantes en su vida.
2. Afecto positivo: resultado de una experiencia emocional placentera ante una determinada situación vital.
3. Afecto negativo: resultado de una experiencia emocional negativa ante una determinada situación vital.

Bienestar psicológico:

1. Autoaceptación: sentirse bien consigo mismo, actitudes positivas hacia uno mismo.
2. Relaciones positivas con los otros: mantenimiento de relaciones estables y confiables.
3. Autonomía: capacidad para mantener sus convicciones (autodeterminación), y su independencia y autoridad personal.
4. Dominio del entorno: habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.
5. Objetivos vitales que permitan dar sentido a la vida.
6. Crecimiento personal: empeño por desarrollar las potencialidades y seguir creciendo como persona.

Bienestar social:

1. Integración social: sentimiento de pertenencia, establecimiento de lazos sociales.
2. Aceptación social: confianza en los otros y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
3. Contribución social: sentimiento de utilidad, de ser capaces de aportar algo a la sociedad en que vivimos.

Auto-eficacia:

1. Actualización social: confianza en el futuro de la sociedad, en su capacidad para producir condiciones que favorezcan el bienestar.
2. Coherencia social: confianza en la capacidad para comprender la dinámica y el funcionamiento del mundo en el que nos ha tocado vivir.

Preguntas para la Implementación de la Cartografía:

1. ¿Qué aspectos, actividades, tradiciones, entre otras, promueven el bienestar dentro de tu comunidad?
2. ¿Cómo contribuyes con el bienestar de tu comunidad?
3. ¿Qué situaciones o aspectos afectan el bienestar humano al interior de la comunidad?

Anexo 4: Informe Final Cartografías

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA - UNAD
 Escuela de ciencias sociales, artes y humanidades
 Maestría en psicología comunitaria
 Estrategia CASMCUNAD
Centros De Atención En Salud Mental Comunitaria UNAD
 (Autor Andrea Viviann Gómez Gómez)

INFORME FINAL DE CARTOGRAFÍA

Fecha de cartografía:	
Comunidad:	
No de personas (aprox.) pertenecientes a la comunidad	
No de personas participantes:	
Categoría:	
Objetivo:	
ESQUEMA CARTOGRÁFICO	
Metodología:	
Insumos o herramientas:	
Defina los cuestionamientos propuestos para la orientación del trabajo cartográfico:	

Análisis cartográfico
Percepción profesional

Fecha de Entrega: _____

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Estudiante: _____

Nombre del Monitor: _____

Firma del Monitor: _____

Anexo 5: Formato Informe Final

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA - UNAD
Escuela de ciencias sociales, artes y humanidades
Maestría en psicología comunitaria
Estrategia CASMCUNAD
Centros De Atención En Salud Mental Comunitaria UNAD
(Autor Yeison Alfonso Rodríguez Campo)

El informe final debe ser presentado uno (1) por cada comunidad (cuando la comunidad se haya subdividido, se debe entregar un informe por cada una de las subdivisiones de esta).

El archivo debe enviarse en word, incluyendo las imágenes de cada una de las cartografías (o la herramienta utilizada), desde el correo del monitor.

1. PORTADA
2. SELECCIÓN DE LA COMUNIDAD
3. CARACTERIZACION DE LA COMUNIDAD
4. RECOLECCION DE LA INFORMACION (preguntas, respuestas, cartografías y organizadores gráficos)
5. ANALISIS CARTOGRAFICOS