



Vigilada Mineducación

EL CENTRO DE ESCUCHA LABORAL CON ORIENTACIÓN PREVENTIVA Y
PREDICTIVA Y SU INFLUENCIA EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE
LA POBLACIÓN LABORAL FORMAL EN ARMENIA

The labor listening center with preventive and predictive orientation and its influence on the
improvement of the mental health of the formal labor population in Armenia

CAROLINA CARREÑO OSORIO

Tesis

Asesor

Mario Enrique Vargas Sáenz

UNIVERSIDAD EAFIT

ESCUELA DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE EMPRESAS SOCIALES PARA LA INNOVACIÓN
SOCIAL Y EL DESARROLLO LOCAL

MEDELLÍN

2023

DEDICATORIA

A Dios, por darme la sabiduría, fuerza y vida.

A mi padre, quien, desde el cielo, forjó el camino y las decisiones que he tomado.

A mi alma máter, por brindarme la educación que cambió mi vida, e hizo un antes y después en ella.

A mi bello departamento del Quindío, por el cual siento un profundo amor que me impulsa a querer mejorarlo.

A las personas que padecen enfermedades y/o trastornos mentales, quienes son mi fuente de inspiración, y por las que lucharé incansablemente de aquí en adelante.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ubicarme en el camino en donde debo estar.

A mi padre, quien dejo su semilla antes de partir, y que hoy ha germinado en mi corazón.

A la universidad EAFIT, por abrirme sus puertas, y en especial a mi director de programa, Mario Enrique Vargas Sáenz, por su sabiduría, calidez humana y especial apoyo en este proceso de aprendizaje.

A mis maestros, que lograron trascender en mi interior con sus enseñanzas, y a quienes recuerdo con profunda admiración y respeto.

A mis amigos de curso, quienes me apoyaron incondicionalmente y me brindaron un cariño y una compañía que nunca olvidaré y que siempre querré tener.

A cada empresa que me abrió sus puertas, y logró enriquecerme personal y profesionalmente con sus aportes y conocimientos.

A cada persona que me apoyo en este proceso, de forma directa o indirecta, y que, por medio de sus palabras, acciones y compañía, lograron que pudiera cumplir este sueño.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	32
OBJETIVOS	35
GENERAL	35
ESPECÍFICOS	35
MARCO TEÓRICO O MARCO CONCEPTUAL.....	36
DISEÑO METODOLÓGICO.....	66
DESARROLLO DEL TRABAJO	68
CONCLUSIONES	98
REFERENCIAS.....	100
ANEXOS	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora en Colombia	25
Figura 2 Ciclo PHVA de la acción “promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo”	28

Figura 3 Proceso de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo	29
Figura 4 Marco de implementación de los dispositivos comunitarios desde el aspecto legal con sus respectivas líneas de operación en Colombia.....	59
Figura 5 Mapeo de actores clave en el municipio de Armenia para el año 2022	80

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Composición de la población ocupada según ramas de actividad en Armenia en el año 2021	69
Tabla 2 Población ocupada según posición ocupacional en Armenia en el año 2021	69
Tabla 3 Población agrupada según el rango de edad conveniente para la intervención en salud mental de la población laboral formal en Armenia en el año 2021	70
Tabla 4 Distribución porcentual de la morbilidad asociada a la salud mental del municipio de Armenia entre el año 2009 y el 2020	72
Tabla 5 Postura de los actores involucrados con respecto a la creación de una estrategia para el mejoramiento de la salud mental de la población laboral formal en el municipio de Armenia.....	77
Tabla 6 Acciones estratégicas del centro de escucha laboral y sus diferentes alcances con la población laboral formal del municipio de Armenia	82
Tabla 7 Módulos de la metodología a trabajar para el proceso educativo con los trabajadores y trabajadoras del sector formal del municipio de Armenia	85
Tabla 8 Acciones estratégicas del centro de escucha laboral con los resultados esperados y el talento humano requerido para la población laboral formal del municipio de Armenia	96

Tabla 9 Indicadores de salud mental de trastornos mentales y del comportamiento en Colombia por departamento para el año 2020	109
---	-----

Tabla 10 Caracterización de los actores involucrados en el municipio de Armenia	112
---	-----

RESUMEN

El presente trabajo busca determinar la contribución de un centro de escucha laboral con orientación preventiva y predictiva en el mejoramiento de la salud mental de la población laboral formal en el municipio de Armenia, Quindío. La población a la que se dirige son las personas que laboran en el municipio de Armenia en el sector formal, que se encuentran en el rango de edad de 18 a 62 años. El problema de la investigación surge del preocupante estado actual de la salud mental de la población laboral del municipio de Armenia, ya que se ha demostrado que las enfermedades laborales relacionadas con la salud mental, han ido en aumento en los últimos años. Además, se suma la ineficiencia del sistema de salud en la oferta de servicios de carácter social dirigidos a la población laboral formal que puedan contribuir al mejoramiento de su salud mental.

Para la investigación se aplicó el método mixto. Como primer paso, se caracterizó a la población focalizada, desde un enfoque demográfico, empresarial y mental. Luego, se reconocieron a los actores clave del municipio de Armenia y su postura frente a una propuesta de mejoramiento de salud mental de la población laboral formal. Finalmente, se diseñó el plan operativo de creación y funcionamiento del centro de escucha laboral, el cual se reconoce como un dispositivo comunitario. El diseño de esta estrategia resulta ser una alternativa apropiada para la integración de acciones, recursos y objetivos dirigidos al manejo preventivo y predictivo en materia de salud mental.

Palabras clave: Salud mental, trabajo, dispositivo comunitario, prevención, laboral.

ABSTRACT

The present work seeks to determine the contribution of a labor listening center with preventive and predictive orientation in the improvement of the mental health of the formal labor population in the municipality of Armenia, Quindío. The target population is people working in the municipality of Armenia in the formal sector, who are in the age range of 18 to 62 years. The problem of the research arises from the worrying current state of the mental health of the labor population of the municipality of Armenia, since it has been shown that occupational diseases related to mental health have been increasing in recent years.. In addition, the inefficiency of the health system in the provision of social services aimed at the formal labor population that can contribute to the improvement of their mental health is added.

For the research, the mixed method was applied. As a first step, the targeted population was characterized, from a demographic, business and mental approach. Then, the key actors of the municipality of Armenia and their position on a proposal to improve the mental health of the formal labor population were recognized. Finally, the operational plan for the creation and operation of the labor listening center is designed, which is recognized as a community device. The design of this strategy turns out to be an appropriate alternative for the integration of actions, resources and objectives aimed at preventive and predictive management in the field of mental health.

Keywords: Mental health, work, community device, prevention, labor.

INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de los individuos,

la salud mental y la salud física son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son los conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países (OMS, 2001, p. 3).

La OMS ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como refleja la definición de salud de la Constitución de la OMS, según la cual «no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», sino «un estado de completo bienestar físico, mental y social» (OMS, 2001, p. 3).

“Los riesgos para la salud mental y el bienestar pueden proceder de diversas fuentes, algunas de ellas relacionadas con el puesto de trabajo” (Wynne et al., 2014, p. 9)

La salud mental está altamente relacionada con los determinantes sociales de la salud, los cuales “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar y que influyen en la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 23).

Dentro de estos, el trabajo se configura como un determinante intermedio, el cual puede englobar factores de riesgo que pueden perturbar la salud mental de las personas, como “los ingresos bajos, las condiciones laborales inadecuadas, la elevada exigencia del puesto, las

conductas negativas a la hora de gestionar los problemas, entre otros” (Wynne et al., 2014, p. 10).

Las repercusiones de dichos factores pueden incidir en el comportamiento, el rendimiento laboral y el bienestar laboral del individuo (Wynne et al., 2014, p. 11). Estas repercusiones “no se limitan a los efectos directos en la salud para el funcionamiento mental y afectivo, sino que también incluyen efectos para la aceptación social” (Wynne et al., 2014, p. 12).

“El estigma y la discriminación asociados a los problemas de salud mental siguen siendo un fenómeno social importante” (Wynne et al., 2014, p. 12).

El estigma genera que las personas no busquen ayuda profesional en salud mental por desconocimiento, auto estigma y discriminación para su familia, y en particular, en el entorno laboral.

Además, la tendencia a dejar la atención de la salud mental en los servicios psiquiátricos como casi única respuesta a las necesidades de la población, contribuyen o perpetúan aún más el aislamiento y rechazo.

Por tal razón, la presente investigación pretende generar una alternativa de solución a través del diseño de un dispositivo comunitario focalizado al entorno laboral, denominado centro de escucha laboral, el cual ha mostrado eficacia para prevenir y detectar tempranamente (predecir) problemas de salud mental.

La selección del dispositivo se hizo en razón al análisis de las actuales herramientas y planes en salud mental del entorno laboral, el cual señaló al dispositivo comunitario como la herramienta más apropiada, dado sus características y su visión holística del manejo de la salud mental con orientación preventiva y predictiva.

El centro de escucha laboral tendrá como objetivo generar una estrategia intersectorial que permita tener un entorno laboral que fortalezca y promueva la salud mental.

La población a la cual está dirigido son las personas que laboran en el sector formal del municipio de Armenia, y que se encuentran en el rango de edad de 18 a 62 años.

Tal iniciativa se genera tras analizar la situación de salud mental en Colombia, en donde se pudo identificar que el departamento del Quindío, y en especial su capital Armenia, presenta un panorama desfavorable y sombrío conforme a la salud mental, y al inadecuado manejo que les han dado desde una perspectiva laboral, puesto que hay una insuficiencia en el sistema de salud con respecto a los servicios de carácter preventivos y predictivos en salud mental, cuya atención se centre en la población laboral formal del municipio de Armenia.

Para la realización de la investigación, se hizo como primer paso, la caracterización de la población focalizada, desde una perspectiva demográfica, empresarial y de salud mental.

Posteriormente, se reconocieron y describieron a los principales actores clave del municipio, con la finalidad de conocer el tejido empresarial actual y saber cómo agrupar a los diferentes actores en la estrategia comunitaria laboral. Para tener una visión más completa sobre las gestiones que manejaba cada integrante de la sociedad en materia de salud mental, se implementaron entrevistas semi estructuradas, las cuales arrojaron el grado de interés, participación e influencia que cada actor tenía con respecto a la salud mental y su repercusión en la sociedad.

Finalmente, con la agrupación de los datos anteriormente mencionados, y reconociendo las condiciones poblacionales, culturales y territoriales, así como a los actores claves a involucrar, se diseñó un plan operativo de creación y funcionamiento del centro de escucha laboral.

La investigación tiene un enfoque mixto y su diseño es transversal. El abordaje de la temática tratada logra explorar el impacto de la salud mental desde la óptica laboral, el cual no ha sido estudiado con profundidad, por lo que el aporte para las áreas involucradas es vastamente útil, dado el abanico de ideas que puede generar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las distintas culturas,

los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (OMS, 2001, p. 5).

Para el 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que,

la salud mental es una parte integrante de nuestra salud y bienestar generales y un derecho humano fundamental. Significa ser más capaces de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar. La salud mental existe en un complejo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional (OMS, 2022a, p. 2).

Los determinantes de la salud mental no solo incluyen características individuales, tales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad (OMS, 2022b, p. 2).

Los riesgos para la salud mental y los factores de protección de la salud mental, a escala mundial, aumentan el riesgo para poblaciones enteras y pueden retrasar la progresión

mundial hacia una mejora del bienestar. En este contexto, las principales amenazas en la actualidad son: Las recesiones económicas y la polarización social, las emergencias de salud pública y las emergencias humanitarias generalizadas (OMS, 2022a, p. 2).

En consecuencia con lo anterior, “los marcos mundiales son fundamentales para orientar la acción en materia de salud mental y proporcionar un contexto propicio para la transformación” (OMS, 2022a, p. 6).

Pese a esto, a nivel mundial “la salud mental es una de las esferas más desatendidas de la salud, con rubros de inversión bastante bajos” (ONU, 2020, p. 7). “Los países asignan en promedio solo el 2% de sus presupuestos de salud a la salud mental” (ONU, 2020, p. 7), y a menudo se da prioridad a otras afecciones de salud, por lo que la atención de salud mental en la comunidad carece sistemáticamente de fondos suficientes (OMS, 2022a, p. 4).

“Los sistemas de salud mental cuentan en todo el mundo con importantes deficiencias y desequilibrios en materia de información e investigación, gobernanza, recursos y servicios” (OMS, 2022a, p. 4). “En consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo” (OMS, 2022b, p. 3).

En este sentido, las acciones preventivas y predictivas en salud mental son mínimas o casi nulas, y como parte de los desenlaces negativos que se presentan ante esta situación, aparecen los trastornos mentales.

Se debe entender por trastorno mental al

síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su

función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 20).

En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: Entre un 35% y un 50% (OMS, 2022b, p. 3).

Según la OMS, “los trastornos mentales son la principal causa de Años Perdidos por Discapacidad (APD), y representan uno de cada seis casos de APD en el mundo” (OMS, 2022a, p. 3) Así mismo, estima que “aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental” (OMS, 2022a, p. 3).

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) calcula que “la depresión afecta a 264 millones de personas en el mundo” (ONU, 2020, p. 6), y que “las personas con trastornos mentales graves fallecen entre 10 y 20 años antes que la población general” (ONU, 2020, p. 6).

En los países desarrollados, la mayor parte de las grandes empresas dependen de los programas de asistencia a los empleados para ayudar a abordar el tema de la salud mental y los problemas relacionados. Estos programas generalmente utilizan servicios externos brindados por psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y especialistas en rehabilitación que el empleado puede consultar sin costo alguno y de manera confidencial (OPS, 2009, p. 317).

A pesar de ello, “El problema se complica por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados” (OMS, 2022b, p. 3), además de “los bajos niveles de conocimientos sobre salud mental y la estigmatización y discriminación” (OMS, 2022a, p. 4).

En la región de las Américas, el pronóstico de salud mental no presenta buenas noticias. Los trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio (TMNS) constituyen un grupo de enfermedades y afectaciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y provocan un tercio del total de APD y un quinto del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la región (OPS, 2018, p. 33).

De los trastornos mentales, los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y de discapacidad combinada con mortalidad, representando 3,4% del total de AVAD y 7,8% del total de APD. El segundo subgrupo de mayor importancia abarca los trastornos de ansiedad, con 2,1% y 4,9%, respectivamente, del total de AVAD y APD (OPS, 2018, p. 33)

“Con respecto a la situación financiera, 73% de los países destina entre 1% y 5% del presupuesto de salud a la salud mental” (OPS, 2013, p. 64). “Un fenómeno común observado es que, donde el hospital psiquiátrico está en la base del sistema, la mayor parte de los recursos disponibles se encuentran también concentrados allí, dejando poca disponibilidad para el desarrollo de servicios en la comunidad” (OPS, 2013, p. 64).

Dentro de la región de las Américas, la situación de salud mental en Colombia presenta una dinámica desfavorable para la población en general.

Según la encuesta nacional de salud mental realizada en el año 2015, “la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población adulta es de 9,1%” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 279). Así mismo, los resultados por zona describen que en “la zona urbana hay mayor prevalencia de cualquier trastorno mental que en la zona rural” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 280) para los adultos.

“Uno de cada cinco adultos que tiene algún trastorno mental cumple criterios para dos o más de estos en toda la vida” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 280). “Este hallazgo sugiere que una proporción significativa de adultos tiene trastornos mentales más complejos en términos de su abordaje terapéutico y un posible peor pronóstico” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 280).

Por otro lado, “El porcentaje de personas que refirieron tener algún tipo de problema de salud mental en algún momento de la vida ... fue del 36,1% en los adultos (18-44 años) y del 35,6% en mayores de 44 años” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 318).

La población laboral a nivel nacional tampoco se escapa de esta realidad, ya que desde años anteriores ha presentado un deterioro en su salud mental.

En cuanto a la proporción de nuevos diagnósticos de enfermedad mental de los trabajadores y trabajadoras durante el período 2009 a 2017 reportado por la Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda), se encuentra en primer lugar los trastornos de ansiedad con el 44%, seguido por el trastorno depresivo recurrente con el 15,1%. En tercer lugar, se ubican las reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación con el 12,7%, en cuarto lugar, los trastornos mixtos de la conducta y de las emociones con el

11,1%, y en quinto lugar se encuentra el episodio depresivo con el 9,5% (Ministerio del Trabajo, 2019a).

Según Fasecolda, en 2021 “las enfermedades laborales avisadas y relacionadas con la salud mental alcanzaron las 1.249, mientras que el año anterior fueron mil, lo que indica un incremento del 9% frente a 2020” (Fasecolda, 2022a, p. 1).

“Entre 2017 y 2021, el trastorno mixto ansioso-depresivo fue la principal enfermedad con diagnóstico de origen psicosocial en Colombia” (Fasecolda, 2022a, p. 2).

Para el 2021, las tres principales enfermedades con diagnóstico de origen psicosocial en Colombia fueron, el trastorno mixto ansioso-depresivo con un 57%, seguido de la depresión con un 20%, y por último los trastornos de adaptación, con un 12% (Fasecolda, 2022b, diapositiva 62).

En comparación con el año 2020, “el trastorno mixto ansioso-depresivo y los trastornos de adaptación aumentaron 7% y 3%, respectivamente” (Fasecolda, 2022a, p. 2).

Para el 2021, el principal diagnóstico de accidente de trabajo fue la reacción de estrés agudo (57%), seguido del trastorno de estrés post traumático (26%) y del trastorno de ansiedad generalizada (12%) (Fasecolda, 2022b, diapositiva 63).

De acuerdo a las cifras anteriores, y para una mayor comprensión de la salud mental en el país, se hace necesario conocer la información pertinente por departamentos. En la Tabla 9 (anexo 1) se presentan los indicadores de trastornos mentales y del comportamiento por departamento para el año 2020.

Según los datos obtenidos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) para el año 2020, el departamento con la mayor tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento por cada 100.000 habitantes fue el Quindío (4,76), seguido de Caldas (4,14) y San Andrés, Providencia y Santa Catalina (3,53) (SISPRO, 2020).

Para la tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento por cada 100.000 habitantes, los departamentos con mayor puntuación fueron el Quindío, con una tasa de 99,19, Caldas con 90,12 y Valle del Cauca con 57,82. Para el porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento por cada 100 habitantes, el departamento con mayor valor fue Caldas (7,09%), seguido de Quindío (6,46%) y Risaralda (6,40%) (SISPRO, 2020)

Nuevamente, el Quindío lidera el porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento por cada 100 habitantes, con un 10,89%, dejando en segunda posición al departamento del Guaviare con 10,58% y en tercer lugar a Caldas con 8,40% (SISPRO, 2020)

Por último, a nivel nacional, Cundinamarca, Caldas y la ciudad de Bogotá obtuvieron los mayores porcentajes de personas en condición de discapacidad atendidas por trastornos mentales y del comportamiento por cada 100 habitantes, con valores del 21,50%, 19,50% y 18,81%, respectivamente. Los tres departamentos con mayor porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental por cada 100 habitantes, fueron Vaupés (72,63%), Nariño (59,91%) y Vichada (58,65%) (SISPRO, 2020).

Conforme a la recolección de datos, se puede evidenciar un mayor impacto negativo, derivado de la ausencia de acciones preventivas y predictivas en salud mental, en los

departamentos pertenecientes al Eje Cafetero: Caldas, Risaralda y Quindío. Para este último, el contexto en materia de salud mental está sumamente fragmentado, ya que es el departamento que más se posiciona como líder en la tabla de datos, a pesar de ser el segundo departamento menos extenso del país.

Además, es el único departamento que supera las cifras nacionales en todas las categorías, llegando a duplicar (para la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento obtuvo un valor de 4,76, cuando la nacional es de 2,19; para la tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento su cifra fue de 99,19, cuando la nacional fue de 35,60), y hasta casi triplicar la cifra del país (para el porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento, solo faltó 0,3% para superarla, puesto que su porcentaje era del 10,89%, y la nacional 3,73%), a excepción de un porcentaje, cuya diferencia es la menor en comparación con los demás departamentos.

Así pues, el Quindío se encuentra categorizado a nivel nacional, como el departamento con más priorización en el abordaje de la salud mental. Dada esta situación, es importante traer a la discusión, el panorama actual del Quindío en salud mental, y las acciones que se están implementando para la población laboral formal.

El departamento del Quindío cuenta con una secretaría de salud, la cual es la “dependencia que articula y consolida los procesos de asesoría, asistencia técnica, inspección, vigilancia y control al desarrollo del sistema integral de seguridad social en salud (aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de la salud pública)” (Gobernación del Quindío, s.f.).

En relación a las actividades que lidera para la salud mental, la administración departamental dispone de una línea telefónica para brinda acompañamiento en casos de maltrato intrafamiliar, prevención del suicidio, depresión y demás factores relacionados a la salud mental.

Si bien, esta iniciativa ha permitido la activación de las rutas de atención especializadas en salud mental, no es una medida que pueda manejar por completo, la demanda que el entorno laboral exige. Esta condición la comparten los hospitales, clínicas y centros de salud del departamento.

Por su parte, la Alcaldía de Armenia, capital del Quindío, dispone de la secretaría de salud municipal. El objetivo de esta secretaría es “promover la atención integral en salud a través de la articulación de la gestión sectorial e intersectorial de los diferentes actores responsables de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación” (Alcaldía de Armenia, s.f.).

Para esta entidad, la salud mental se maneja desde dos líneas de trabajo: desde la salud mental, en general, y desde el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

En cuanto a esto, la alcaldía dispone de un programa llamado centro escucha, el cual va dirigido a los consumidores de SPA, y cuyo propósito está enfocado en la mitigación de daños y riesgos generados por el consumo de dichas sustancias. Además de activar las rutas de atención necesarias para que los asistentes puedan reciban el tratamiento correspondiente a su adicción, esta iniciativa permite la realización de pruebas de enfermedades transmisibles (VIH, hepatitis B y C, entre otras), y el suministro de kits higiénicos de inyección.

Este centro de escucha está dirigido a una población segmentada por una afectación en salud mental específica, con un enfoque que no puede abarcar a la población laboral formal en su totalidad.

De acuerdo al actual sistema de salud del municipio de Armenia, las entidades que coordinar la salud mental de la población laboral formal son las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Las ARL tienen por ley la tarea de cuidar la salud integral de los trabajadores y trabajadoras, y de prevenir y detectar cualquier enfermedad que presenten. Por su parte, las EPS tienen la tarea de hacer prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas que requieran los servicios de salud mental, es decir, los adultos que trabajan y cotizan al sistema.

Si bien estas entidades han realizado funciones de salud mental, hay una insuficiencia en los servicios dirigidos para prevenir y detectar tempranamente (predecir) problemas de salud mental de la población laboral formal, ya que el sistema de salud no garantiza pertinencia, oportunidad y continuidad en la atención de las personas que lo requieren.

Esto lo confirma la tercera encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos laborales, en donde se asegura que el 37,3% de las empresas en el país indicaron no haber recibido por parte de la ARL, servicios relacionados con actividades para el fomento de estilos de trabajo y de vida saludables (Ministerio del Trabajo, 2021, p. 177).

En concordancia con lo anterior, y teniendo presente el estado alarmante del departamento, el municipio de Armenia carece de un servicio de salud mental con orientación preventiva y predictiva focalizado a la población laboral formal que sea fuerte y consolidado.

Dentro de este contexto, y de acuerdo con el documento CONPES 3992, se logran identificar dos problemáticas relacionadas con el deterioro en la salud mental de la población laboral formal: La primera es la “baja coordinación intersectorial en temas de salud mental”, la cual se debe a “la falta de articulación de políticas que incidan en la promoción de la salud mental” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 26).

“En términos de implementación, no se ha logrado intervenir de manera focalizada (desde el punto de vista poblacional) y articulada (en términos de oferta social), para lograr el impacto esperado” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 27).

La segunda causa son las barreras en el entorno laboral, y el “bajo desarrollo de competencias socioemocionales para afrontar situaciones adversas” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 42).

Para el entorno laboral, la

limitada comunicación entre compañeros de trabajo y superiores, la inseguridad laboral, las bajas perspectivas de promoción profesional, las actividades poco valoradas, la carencia de elementos para el trabajo, la baja remuneración económica, entre otras, pueden desencadenar en el individuo estrés laboral, siendo este último el inicio de trastornos de ansiedad o depresión (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 31).

En Colombia actualmente, la salud mental del entorno laboral se aborda desde la seguridad y salud en el trabajo, con una visión de prevención e intervención que involucra a los factores psicosociales.

En la resolución 2646 de 2008, los factores psicosociales se comprenden como “los aspectos intralaborales, los extralaborales o externos a la organización y las condiciones

individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales, en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas” (Ministerio de la Protección Social, 2008, p. 4).

Esta resolución también diferencia entre los factores de riesgo psicosocial como las “condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo”, y los factores protectores como las “condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador” (Ministerio de la Protección Social, 2008, p. 3).

La intervención de los factores psicosociales puede hacerse desde dos enfoques: desde el control de los factores de riesgo y desde el fortalecimiento de los factores protectores. Sin embargo, es también viable hacer intervención en los individuos a través del desarrollo de formas de afrontamiento que contribuyen a transformar las percepciones y las reacciones frente a las condiciones psicosociales (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 16).

Así mismo, la intervención psicosocial puede realizarse a través de acciones focalizadas en los núcleos problemáticos más importantes o en las condiciones protectoras; sin embargo, también puede plantearse como una estrategia que contempla acciones en diferentes frentes y cuyo resultado es el producto de la sinergia de acciones, y no de acciones aisladas (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 16).

“La intervención orientada a la salud tiene un enfoque que contempla acciones o estrategias, tanto de promoción de la salud como de prevención y actuación frente a la

enfermedad” (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 17) de la población trabajadora. El modelo a trabajar se puede ver en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

Figura 1

Modelo de promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora en Colombia



Nota. Adaptado de *Promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora. Guía técnica general* (p. 18), por Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015.

“La promoción de la salud y la promoción de los factores psicosociales protectores se sustenta en el fortalecimiento de los procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su salud y su ambiente psicosocial” (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 18).

La intervención primaria de los factores de riesgo psicosocial se concentra en intervenir el factor de riesgo mismo, mientras que la intervención secundaria se focaliza en acciones

sobre los individuos para dotarlos de herramientas o estrategias que les faciliten el manejo de los factores de riesgo (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 16).

“Las acciones o estrategias de prevención primaria en salud se orientan a disminuir la incidencia de una enfermedad o un efecto indeseado” (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 18), mientras que las dirigidas a la prevención secundaria “se orientan a disminuir la prevalencia de una enfermedad, reduciendo su evolución y duración e incluyen la vigilancia de la salud y la intervención sobre el desarrollo de los efectos adversos” (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 19).

Por último, “la prevención terciaria en salud pretende disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas, reduciendo las limitaciones funcionales que provocan las enfermedades, por tanto, comprenden acciones de rehabilitación y reinserción al trabajo y a la sociedad” (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2015, p. 19).

Dentro del actual modelo de promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora del país, el cual maneja diversas acciones para las necesidades particulares en el entorno laboral, hay una acción específica para la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.

Los objetivos de la acción “promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo” son: (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2016, p. 263)

- Incluir el componente de salud mental en las acciones de promoción de la salud que se desarrollan en la organización.

- Desarrollar actividades para prevenir la aparición de trastornos mentales en los trabajadores.
- Desarrollar actividades que coadyuven a la identificación precoz y tratamiento oportuno de los trastornos mentales en los trabajadores.
- Desarrollar actividades de rehabilitación de los trabajadores con trastornos mentales.

Su tipo de acción (puede ser promoción, prevención o intervención) incluye: (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2016, p. 263)

- Promoción de los factores protectores de la salud mental.
- Prevención primaria en salud mental.
- Prevención secundaria en salud mental.
- Prevención terciaria en salud mental.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

De acuerdo a su alcance, esta

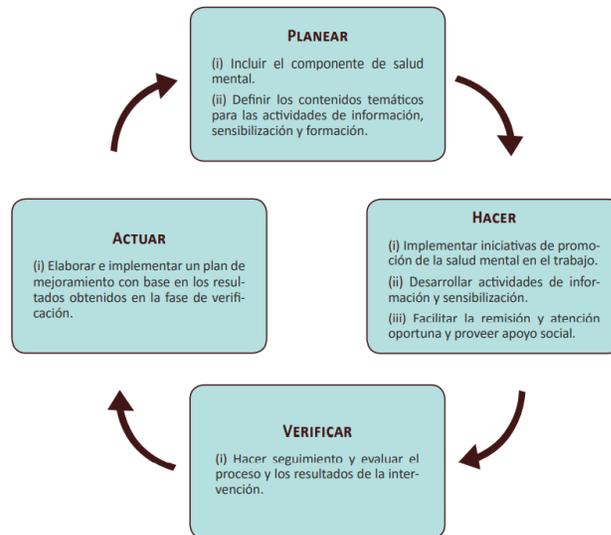
acción ofrece herramientas para mantener y fortalecer la salud mental de todos los trabajadores, y suministra información para controlar los factores de riesgo y evitar efectos en la salud mental de los trabajadores expuestos a niveles bajo, medio, alto y muy alto de riesgo psicosocial. También permite identificar precozmente signos y síntomas de trastorno mental y referir a atención especializada a fin de desarrollar actividades que apoyen la rehabilitación (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2016, p. 264).

Sin embargo, la limitación que tiene esta acción es que “no proporciona los elementos específicos para la atención especializada en salud mental” (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2016, p. 264).

Cada acción dentro del modelo descrito está estructurada en el marco del modelo de gestión basado en el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA). En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se presenta el ciclo PHVA de la acción y sus respectivas acciones.

Figura 2

Ciclo PHVA de la acción “promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo”

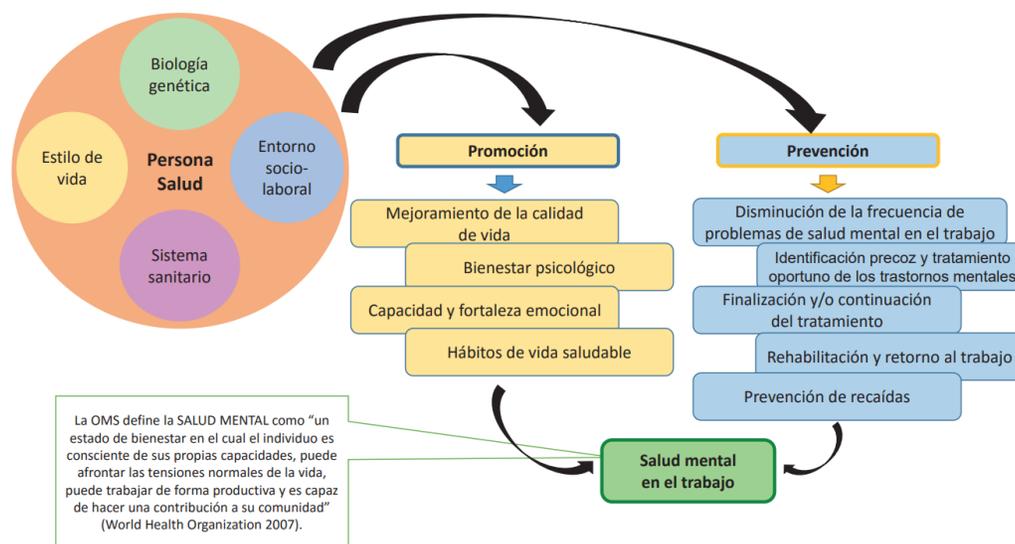


Nota. Adaptado de *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral* (p. 266), por Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2016.

La implementación de la acción de “promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el trabajo” supone el desarrollo de ciertas tareas, a cargo de profesionales idóneos según la temática. Dichas actividades se pueden ver en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

Figura 3

Proceso de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo



Nota. Adaptado de *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral* (p. 269), por Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2016.

Aunque el abordaje de la salud mental desde la perspectiva de los factores psicosociales y el ciclo PHVA ha sido de gran ayuda para los directivos y el entorno laboral, no logra tener la visión de la promoción de la salud mental que comprende la ley de salud mental (ley 1616 de 2013).

Esta visión implica que la promoción de la salud mental deber ser

una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma, en los niveles individual y colectivo (Congreso de la república, 2013, p. 2).

De acuerdo a este concepto, es necesario tener una estrategia intersectorial que pueda coadyuvar al mejoramiento de la salud mental del colectivo laboral, ya que el modelo descrito anteriormente no cuenta con una actividad que esté relacionada con la interacción intersectorial y los múltiples beneficios que trae.

Si el anterior modelo sigue en práctica, y las causas anteriormente descritas siguen deteriorando la salud mental de la población laboral formal del municipio de Armenia, las consecuencias serán cada vez más palpables.

“Entre los componentes mensurables de la carga económica se encuentran las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo y el descenso de la productividad” (OMS, 2001, p. 27). Además, “la salud mental es la responsable de un porcentaje cada vez mayor de los casos de absentismo, discapacidad y jubilación anticipada” (Wynne et al., 2014, p. 13) en el entorno laboral.

Ante la problemática identificada y sus serias consecuencias, los “dispositivos comunitarios en salud se proponen como una alternativa para la acción, que contribuye en procesos de promoción y prevención de los riesgos de la salud mental” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 6), los cuales promueven procesos sociales de salud en conjunto con

la comunidad laboral, y con fomento de la inclusión social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 3).

De igual manera, los dispositivos comunitarios en salud se posicionan como una estrategia apropiada para intervenir el entorno laboral, ya que su metodología de aplicación involucra el trabajo intersectorial entre los distintos actores que conforman la comunidad laboral, por medio de orientaciones preventivas y predictivas en salud mental.

En consecuencia, se hace necesario determinar cómo un dispositivo comunitario laboral en salud, configurado como un centro de escucha laboral con orientación preventiva y predictiva, puede contribuir al mejoramiento de la salud mental de la población laboral formal de Armenia.

JUSTIFICACIÓN

“Aunque "no hay salud sin salud mental" (World Health Organization, 2005, p. 11) es una aspiración importante, la era de "no hay desarrollo sostenible sin salud mental" ha comenzado” (Patel et al., 2018, p. 39).

El impacto que pueden generar las alteraciones en salud mental en el entorno laboral, es proporcional al grado de desenvolvimiento y desarrollo que puede tener el individuo en este espacio.

El ritmo de cambio constante e incesante que afecta a todas las empresas hoy en día, motiva cada vez más a los empleadores a ocuparse de la salud mental de su personal. Además, está pasando factura a los empleados, algunos de los cuales no logran hacer frente a los cambios y necesitan apoyo para ayudarles a evitar el bajo rendimiento y el absentismo. El mercado global está obligando a las organizaciones a mejorar su eficiencia y esto, a su vez, está animando a los empleadores a buscar formas de mejorar el rendimiento de los empleados y evitar pérdidas asociadas a la salud y la seguridad (World Health Organization & International Labour Organisation, 2000, p. 6).

Por lo anterior, y “para mejorar el diagnóstico, tratamiento y resultados, los proveedores de atención de salud deben encontrar nuevos métodos para establecer alianzas que creen una práctica más efectiva y cooperativa que se concentre en la atención del paciente” (Federación Mundial de Salud Mental, 2009, p. 4).

El bienestar y la salud mental de una persona y/o comunidad no podrá sustentarse sino se teje una red social protectora que se constituya en una alternativa al modelo de exclusión social que se cierne sobre el padeciente mental, en gran parte por los procesos de estigmatización que obran negativamente en el logro de su mayor inclusión social (Saforcada et al., 2015, p. 99).

En vista de la falta de acciones preventivas y predictivas en salud mental dirigidas al sector laboral formal, y dada la carga negativa que esto puede representar para el bienestar laboral y la productividad, se opta por analizar la construcción de una estrategia que coadyuve en el proceso de mejorar la salud mental de la población laboral formal del municipio de Armenia.

A través de esta investigación, se pretende estructurar una alternativa de solución a la problemática vivenciada, a partir del diseño de un dispositivo comunitario dirigido a la población laboral formal, conocido como centro escucha laboral.

La selección del centro de escucha laboral se hizo en base a un análisis de las actuales herramientas que buscan mejorar la salud mental de los trabajadores y trabajadoras en Colombia, el cual arrojó como opciones, el manejo de la salud mental desde la perspectiva de los factores psicosociales y el ciclo PHVA.

Debido a que esta herramienta presenta un esquema en donde no se contempla el trabajo intersectorial, se logró identificar a los dispositivos comunitarios en salud, con especial énfasis en el diseño de un centro de escucha laboral, como una estrategia que puede ser eficaz para prevenir y detectar tempranamente (predecir) problemas relacionados con salud mental, por medio del trabajo en red en el entorno laboral del municipio de Armenia.

Se han desarrollado ejercicios de sistematización que muestran como los centros de escucha logran incidir en aspectos claves como la articulación de un sistema de redes de servicios sociales para contextos en alta vulnerabilidad. Igualmente, el fortalecimiento del tejido social de la comunidad, transformando la estructura interna de la red (amplitud, densidad, centralidad). Así mismo, se ha evidenciado como se ha logrado afectar las relaciones de los actores, sus posiciones frente a los temas de la comunidad y la importancia de la participación real de los actores para que sea considerada al momento de generar acciones que estén orientadas al cambio de las condiciones críticas (UNODC et al., 2014, p. 56).

La elaboración del dispositivo contribuirá a la ampliación y profundización del tema de la salud mental y su implicación en el entorno laboral del municipio de Armenia, la cual puede ser el punto de partida teórico para la puesta en marcha de una estrategia cuyo fin sea el mismo o semejante.

Además de poder consolidar estudios a largo plazo relacionados con la problemática de salud mental, la presente investigación podrá concientizar a los diversos actores clave que conforman el tejido empresarial de Armenia, en relación al papel que tienen en la sociedad y como pueden contribuir al mejoramiento de la salud mental de forma directa o indirecta, en aras de que los trabajadores y trabajadoras puedan gozar de un entorno laboral que brinde herramientas favorecedoras para un buen estado mental.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la contribución de un centro de escucha laboral con orientación preventiva y predictiva en el mejoramiento de la salud mental de la población laboral formal en el municipio de Armenia.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la población focalizada.
2. Reconocer los actores clave del municipio de Armenia y su postura frente a una propuesta de mejoramiento de salud mental.
3. Diseñar el plan operativo de creación y funcionamiento del centro de escucha laboral.

MARCO TEÓRICO O MARCO CONCEPTUAL

Salud mental

Antecedentes

Para comprender la historia de la salud mental en Colombia, se debe remontar a sus antecedentes históricos, en donde el concepto de la salud mental no era reconocido, y en su reemplazo, se manejaba el termino de higiene mental.

La higiene mental comenzó a surgir en el país, “a partir de 1932, cuando surgió una propuesta institucional de creación de un centro de higiene física y mental en la ciudad de Medellín, por parte de Eduardo Vasco” (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 108).

“En el país, las publicaciones sobre esta materia en revistas científicas empezaron a circular a partir de la década del treinta con los aportes de Vasco en los anales de la academia de medicina de Medellín” (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 109).

De acuerdo con los anales de la academia de medicina de Medellín, para el año 1943,

La higiene mental implicaba la conservación y mejoramiento del equilibrio mental y profilaxis de las causas que pueden perturbarlo, lo que quiere decir que comprende dos aspectos: la profilaxis, que es la reunión de medidas propias para defender al hombre de la psicopatía, y la higiene mental propiamente dicha, que es la reunión de medios propios para mantener en equilibrio el psiquismo humano, para mejorarlo y para perfeccionarlo en cuanto sea posible (Vasco et al., 1943, p. 104).

La relevancia del término fue tomando bastante fuerza, y “en 1953, la sociedad de psicopatología, neurología y medicina legal de Colombia ... resolvió declarar constituida la liga de higiene mental de Colombia” (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 110).

De igual forma, en 1955, el V Congreso médico social de la confederación médica panamericana, reunido en Bogotá, incluyó entre los temas principales el de la higiene mental, en el que presentó un variado grupo de trabajos de Colombia en este campo. Asimismo, el Congreso médico nacional en 1959, programó como uno de sus temas principales el de la higiene mental (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 110).

Sin embargo, “la década de 1950 estuvo marcada por los intentos de revitalizar la higiene mental como herramienta científico-técnica de prevención de la enfermedad mental en un contexto internacional de transición hacia la salud mental que Ramón Sarró” (Campos & Novella, 2017, p. 86) impulsó.

En este orden, el comité de expertos en higiene mental en 1950, definió que la higiene mental es un procedimiento que contribuye a la salud mental, es decir, que la primera es el desarrollo de técnicas y actividades que promueven la segunda. En ese sentido, se buscó superar la ambigüedad y establecer un proceso para alcanzar el ideal de bienestar, felicidad, equilibrio, etc., que, a su vez, debía llevar a la “armonía en las relaciones humanas” (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 99), contemplada como una de las funciones de la OMS en su acta de constitución en 1946, la cual era “fomentar las actividades en el campo de la salud mental, especialmente aquellas que afectan la armonía en las relaciones humanas” (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 98).

Para ese entonces,

en Colombia no existía un movimiento social en pro de la salud mental, sino que fue producto de la gestión en instancias administrativas y ministeriales, al principio fallidas, a finales de la década del cincuenta y puestas en marcha en los años sesenta (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 100).

“En 1960, se dispuso la creación del comité colombiano para la salud mental, el cual en 1961, dio origen a la liga colombiana para la salud mental, entidad privada, afiliada a la federación mundial para la salud mental” (Gutiérrez Avendaño, 2019, p. 114).

A estas instancias le siguió la fundación de la sección de salud mental del ministerio de salud, mediante el decreto 3224 de 1963. Este fue el punto de partida para la aprobación de la resolución que estableció las “normas y reglamentación interna para unidades psiquiátricas en hospitales generales” y la creación del consejo nacional de salud mental, por decreto 3060 de 1965, el cual sentó las bases para incluir por primera vez un programa de salud mental, enmarcado en el Plan Nacional de Salud 1968-1977. Es así como, este contexto histórico y marco normativo marcaron el despliegue de la higiene mental a la salud mental en Colombia.

Situación actual

Los primeros avances en la política de salud mental iniciaron en la década de los setenta a través de los macro diagnósticos de salud mental, que eran estudios que realizaban un análisis de las patologías atendidas (las principales patologías estaban asociadas con trastornos mentales) las instituciones, y los profesionales que atendían a las personas con trastornos mentales. Se desarrollaron tres macro diagnósticos de salud mental: Un primer estudio en 1974, un segundo en 1981 y el tercero en 1986-1987 (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 12).

Gracias a los lineamientos generados por dichos estudios, “el enfoque de salud mental en términos de conceptualización y prestación de servicios en la década de los setenta y ochenta estaba centrado en la atención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 12)

A partir de la década de los noventa se dio un cambio importante en la política de salud mental. Con la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993 y a través de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se buscaba brindar protección integral en todos los niveles, desde la promoción de la salud mental, hasta la atención de problemas y trastornos mentales, que incluye el diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 12)

Dado lo anterior, “el Gobierno nacional estableció las políticas en salud pública y transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de garantizar intervenciones colectivas, lo que permitió generar acciones más allá de las instituciones de salud” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 12).

En términos de conceptualización de la salud mental, también se dio un cambio importante a partir de la década de los noventa, en la medida en que se ha venido integrando, de manera progresiva, el enfoque de salud mental positiva a la política pública. Este enfoque ha permitido abordar los temas de salud mental más allá de la enfermedad, a través de la intervención de determinantes sociales que afectan el estado de bienestar de la población, y de promover capacidades en las personas para afrontar situaciones en la vida (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 12).

Uno de los avances más significativos en salud mental fue la expedición en 1998 de la primera política nacional de salud mental, la cual incluyó directrices de la OMS sobre atención primaria y promoción de la salud emocional, desarrollo socioeconómico y calidad de vida (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 12).

Sin embargo, debido a “los problemas que surgieron en la implementación de esta política, el Ministerio de la Protección Social reformuló la política en 2005, a través de la expedición del documento lineamientos de políticas de salud mental para Colombia” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 13).

De igual forma, y con el fin de lograr avanzar en la organización institucional que requiere el desarrollo de la política de salud mental, la ley 1122 de 2007 (por la cual se hacen algunas modificaciones en el SGSSS), ordenó la inclusión de acciones orientadas a la promoción de la salud mental en los planes de salud pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial. Así mismo, incorporó estrategias para la promoción de la salud mental (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 13).

A pesar de que todos los avances logrados en materia de normatividad y políticas públicas en salud mental evidenciaron la necesidad de generar estrategias de promoción de la salud mental en diferentes sectores del Gobierno, se continuó con un abordaje desde la enfermedad, implementando acciones de promoción únicamente desde el sector salud (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 14).

En virtud de lo anterior, fue proferida la Ley 1616 de 2013, la cual estableció que, para el fortalecimiento de la salud mental en la población colombiana, sería necesaria la expedición de la política pública nacional de salud mental del sector salud y un

documento CONPES sobre salud mental con participación de actores institucionales (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 14).

Esta ley define la salud mental

como 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, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de la república, 2013, p. 1).

En concordancia con la ley anterior, en el 2018 se publica la política nacional de salud mental por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual “se rige bajo los siguientes principios orientadores” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 24): La salud mental como parte integral del derecho a la salud, el abordaje intercultural de la salud, la participación social y la política pública basada en la evidencia científica.

“Por último, en el año 2019 se expidió la política de seguridad y convivencia ciudadana, la cual desarrolla acciones para el establecimiento de entornos seguros y salud mental para la convivencia” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 15).

Si bien, el país ha logrado avances importantes en normatividad y en la adopción de un enfoque que permita abordar temas de promoción y prevención de determinantes sociales de la salud mental, aún es necesario redoblar esfuerzos para lograr mejorar la articulación intersectorial que incida en la promoción de la salud mental (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 15)

Normatividad de salud mental

A lo largo del tiempo, el diseño y puesta en marcha de diversas políticas para la salud mental, han sido fundamentales para la consolidación de un enfoque que priorice este aspecto en la sociedad colombiana. Las principales herramientas jurídicas, tanto nacionales como internacionales, han sido las siguientes:

- Constitución Política de Colombia de 1991: En el artículo 49 se expresa que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Además, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991, p. 8).
- Resolución 2358 de 1998 por la cual se adopta la política nacional de salud mental, cuyo objetivo tiene “promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, y mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases” (Ministerio de Salud, 1998, p. 32).
- “En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES), elaboraron los lineamientos de política de salud mental para Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 7), con el propósito de “facilitar el debate público sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del SGSSS y el sistema de la protección social” (Ministerio de Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 11)
- “En 2007, el Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), formularon el documento “política nacional del campo de la salud mental, documento - propuesta para discusión y acuerdos”

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 7), el cual buscaba “estructurar una versión final de la política - resultado de la contribución de todos los sectores y grupos de interés - , y convenir y establecer los compromisos para su ejecución” (Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007, p. 9).

- Ley 1616 de 2013, la cual expide la ley de salud mental, para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, y la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del SGSSS (Congreso de la república, 2013, p. 1).
- “En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Universidad Nacional de Colombia, construyeron el documento “propuesta de ajuste a la política pública de salud mental 2014 y su respectivo plan de acción 2014 – 2021” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 7), el cual toma las acciones promocionales, de prevención y de atención integral de la salud mental como áreas prioritarias, las cuales “definen las acciones a emprender en el abordaje de problemáticas” (Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2014, p. 3) prioritarias sociales y de salud.
- La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, definen que “para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad” (Naciones Unidas, 2018, p. 23). Para ello, dentro del objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) se dispusieron como metas, “reducir en un tercio la mortalidad

prematura por enfermedades no transmisibles, mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” (Naciones Unidas, 2018, p. 24).

- Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo objetivo

está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, p. 2).

Para el desarrollo de la PAIS, se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (antes conocido como el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)), adoptado mediante la resolución 2626 de 2019. Este modelo permitirá la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, a través de unas líneas de acción, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial, para alcanzar la cobertura y acceso para todas las personas, propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 1).

Dentro del modelo MAITE, se encuentra la regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), estipuladas desde la misma resolución 429 de 2016.

Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes del sector salud dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los

ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, p. 3)

- La política nacional de salud mental, determinada en la resolución 4886 de 2018, la cual busca promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 24).
- Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 – 2031: En el eje tres llamado “gestión de la atención primaria integral en salud”, se describe como elemento orientador, “la promoción y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud”. Dentro de este, se contempla como estrategia “la promoción y protección de la salud mental”.

Al enfocar la atención en el entorno laboral, resulta pertinente contextualizar la salud mental desde este entorno.

En Colombia, el abordaje en salud mental desde el trabajo inició con la resolución 2646 de 2008, cuyo objeto era

establecer disposiciones y definir las responsabilidades de los diferentes actores sociales en cuanto a la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, así como el estudio y determinación de origen de patologías presuntamente causadas por estrés ocupacional (Ministerio de la Protección Social, 2008, p. 2).

En 2012 sale la ley 1562, “por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”. Esta ley define la seguridad y salud en el trabajo como una disciplina que “tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones” (Congreso de la república, 2012, p. 1).

Para el 2013, la ley 1616 direcciona su atención al ámbito laboral, ya que en su artículo 9° expresa que

las administradoras de riesgos laborales, dentro de las actividades de promoción y prevención en salud, deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores (Congreso de la república, 2013, p. 5).

En el 2014, sale el decreto 1477 de 2014, el cual tiene por objeto expedir la tabla de enfermedades laborales, que tendrá doble entrada: i) agentes de riesgo, para facilitar la prevención de enfermedades en las actividades laborales y, ii) grupos de enfermedades, para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados (Ministerio del Trabajo, 2014, p. 1).

Para el año 2015 sale el decreto 1072 de 2015, por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo. Este decreto establece que, a través del Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST),

el empleador o contratante debe abordar la prevención de los accidentes y las enfermedades laborales y también la protección y promoción de la salud de los trabajadores y/o contratistas, a través de la implementación, mantenimiento y mejora continua de un sistema de gestión cuyos principios estén basados en el ciclo PHVA (Ministerio del Trabajo, 2015, p. 78).

Un años después, el Ministerio del Trabajo en coautoría con la Universidad Javeriana diseñan el protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral, cuyo objetivo es

guiar a los empleadores, trabajadores, instituciones de la seguridad social y prestadores de servicios en seguridad y salud en el trabajo, en la atención de los factores psicosociales a través de un conjunto de acciones de promoción de los factores protectores o positivos, así como en la intervención de los factores de riesgo y en la prevención de varios de sus efectos adversos (Ministerio del Trabajo & Pontificia Universidad Javeriana, 2016, p. 11).

Finalmente, la resolución 2404 de 2019

adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos (Ministerio del Trabajo, 2019b, p. 1)

Dispositivo comunitario

Antecedente

A través de los años, los servicios de salud mental han tenidos cambios significativos en su estructura, conforme a los replanteamientos de los modelos usados y a las necesidades de la población.

En el siglo XIX, el manicomio se legitimó como institución especializada en la atención del enfermo mental con una función de tratamiento médico y curación, pero su eficacia era escasa. Por otro lado, conservó la función de asilo en un modelo custodial, en especial para las personas con enfermedades mentales severas de larga evolución y para quienes carecían de medios o capacidad para afrontar el regreso a su comunidad (OPS, 2020, p. 3).

A partir de la década de 1960, en Europa y Estados Unidos adquirieron más fuerza diversas experiencias de reforma psiquiátrica, que tuvieron influencia en América Latina y el Caribe. La más conocida es el movimiento de la reforma psiquiátrica en Italia, pero también se desarrollaron experiencias de superación en España, Irlanda y el Reino Unido (OPS, 2020, p. 3).

La necesidad de estos cambios yace en “el estancamiento y pobreza de los tratamientos intramuros, orientados exclusivamente a la intervención farmacológica” (Saraceno, 2003, p. 11) manejados en manicomios y hospitales psiquiátricos, y que no tienen en cuenta las “variables relacionadas con los contextos microsociales (la familia y la comunidad)” (Saraceno, 2003, p. 11), las cuales están ligadas a “las dinámicas sociales, culturales y económicas que han influido en la condición de los enfermos mentales en mayor medida” (Saraceno, 2003, p. 3).

En noviembre de 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la iniciativa de la reestructuración de la atención psiquiátrica en Latinoamérica, se alcanzó el consenso regional en este tema y se aprobó la Declaración de Caracas, que marcó un hito histórico en el continente americano. La declaración se pronunció para acabar con el rol hegemónico del hospital psiquiátrico y para promover una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, y basada en derechos humanos que era imposible alcanzar en el hospital psiquiátrico (OPS, 2020, p. 3).

En 1997 y en el 2001, el consejo directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió distintas resoluciones en las que se instaba a los estados miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades (OPS, 2020, p. 3).

Gracias a esto, “la atención en la comunidad logra una mayor efectividad terapéutica, además de ser más humana. Por otro lado, los usuarios de los servicios de salud mental prefieren vivir fuera de la institución, gozando de sus derechos como ciudadanos” (OPS, 2020, p. 4).

“La desinstitucionalización implica que antes o paralelamente se desarrollen nuevas prácticas y servicios alternativos que han demostrado ser más eficientes, efectivos y humanos, que mantienen a las personas con enfermedades mentales en su comunidad y que protegen sus derechos” (OPS, 2020, p. 4).

La desinstitucionalización tiene una función en la restitución de la subjetividad del individuo en su relación con las instituciones; más precisamente, la posibilidad de recuperar la pertenencia, de poseer recursos para el intercambio social, y para la consiguiente ciudadanía social (Saraceno, 2003, p. 102).

Debido a la relevancia que tiene y el gran impacto que genera, es urgente acelerar los procesos que favorecen las condiciones para la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe, especialmente en Colombia, algo posible de acuerdo a las experiencias que han tenido diversos países de la región, tales como “Belice, Brasil, Chile, Cuba, Jamaica, Panamá, Perú y República Dominicana” (OPS, 2020, p. 6).

Cabe destacar que la desinstitucionalización no es un proceso aislado, y que se debe desarrollar en el contexto del plan nacional de salud mental y conjuntamente con otras estrategias dirigidas a reestructurar los servicios de salud mental y a implementar un modelo basado en la comunidad (OPS, 2020, p. 4).

En este sentido, una medida que

puede ser útil tanto para expandir los servicios comunitarios de salud mental como para reducir la institucionalización de la atención psiquiátrica ... es la relacionada con los servicios comunitarios de salud mental, que incluye ... los centros de salud mental comunitarios (OPS, 2020, p. 14).

Los centros de salud mental comunitarios, entre otras características, “realizan un trabajo intersectorial y con la comunidad, es decir, hacen coordinaciones para construir redes con los actores clave de la comunidad, como escuelas, iglesias o juntas de vecinos, entre otros” (OPS, 2020, p. 16)

Para el caso de Colombia, la figura de estos centros comunitarios, se acopla en gran medida con la funcionalidad de los dispositivos comunitarios de salud mental.

La incidencia de los dispositivos comunitarios como herramienta social, se ha socializado a nivel internacional, estando fuertemente asociada a la prevención y reducción del consumo de SPA, que le dio origen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 2).

De hecho,

varios de estos procesos, han sido liderados por la organización social RAISSS (Red internacional orientada a la prevención y mitigación del sufrimiento social y promoción de la inclusión social), que en el campo de los dispositivos comunitarios se promovió desde el modelo denominado ECO2, que comprende las palabras Epistemología de la Complejidad (ECO) y Ética y Comunitaria (ECO), por tanto, ECO2. Este modelo, desarrollado por organizaciones de la sociedad civil en México con réplica en varios países, hace énfasis en las redes sociales tanto para el diagnóstico, diseño, desarrollo de estrategias de intervención con objetivos de prevención, reducción de daños y riesgos problemáticos del consumo de SPA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 2).

La epistemología de la complejidad que comprende el modelo,

más que a una teoría determinada y acabada, hace referencia a un metanivel (disciplina o reflexión de segundo orden) que brinda la posibilidad de enlazar los aportes que diversas ciencias (antropología, sociología, psicología social, psicoanálisis, etc) hacen, para entender la realidad humana (las personas, los grupos, las comunidades y fenómenos como las farmacodependencias, las situaciones de calle, etc) (Machín, 2010, p. 2).

En este orden de ideas, la

“Ética y Comunitaria” apuntan a opciones de base en la intervención: La promoción de los derechos humanos, el respeto a la dignidad de las personas y las comunidades, por lo

tanto, su exigencia de buscar limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social (Machín, 2010, p. 3).

Gracias a las experiencias adquiridas por el modelo ECO2, su campo de aplicación se fue extendiendo, “rebasando el marco de las farmacodependencias y utilizándose en una gran variedad de campos de la atención de las situaciones de sufrimiento social” (Machín, 2010, p. 3), las cuales ya no eran exclusivamente asociadas al consumo de SPA (Machín, 2010, p. 6).

En vista de estas experiencias, los dispositivos comunitarios,

desde la primera década del siglo XXI, han logrado propuestas de desarrollo de capacidades en varios países latinoamericanos como Brasil, Argentina, Colombia, Bolivia, México, Haití, Costa Rica, entre otros; y en países de Asia como Afganistán y Pakistán, por mencionar algunos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 6).

Estos dispositivos,

surgen en Colombia en 1998, y se constituyen a partir de la movilización de organizaciones sociales. Progresivamente se da su apropiación e instalación en la institucionalidad estatal, con experiencias piloto en escenarios urbanos del país, seleccionados por la concentración de la problemática de consumo de SPA principalmente. Simultáneamente con estas apuestas sociales comunitarias, se promovieron a nivel estatal, nacional y territorial, otras estrategias y programas en salud basados en comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 7).

Por ejemplo,

en Bogotá, la Unidad de Atención en Salud al Indigente (UASI) “Cartucho”, dirigida por la secretaria de salud del distrito desde el hospital de la perseverancia, y que se configuró en la coyuntura previa al desmonte de la zona del cartucho en el centro de la ciudad, tuvo énfasis en salud mental comunitaria para la atención en salud a la población en situación de calle y con consumo de SPA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 7).

Entre los años 2002 y 2005, los dispositivos comunitarios se configuraron como centros de escucha y centros de orientación y acogida comunitaria, implementados con apoyo de entidades del Estado como el Ministerio de Salud. En 2009, los dispositivos hicieron énfasis en la prevención del consumo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes en los entornos educativos, denominados Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 7)

Normatividad

“Los dispositivos comunitarios se continúan implementando entre 2009 y 2011, en el marco de la Ley 1438 del 2011” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 7), la cual tiene como objeto el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable (Congreso de la república, 2011, p. 1).

Actualmente, dentro del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 – 2031, los dispositivos se proponen en uno de los seis ejes estratégicos, denominado “gestión integral del

riesgo en salud pública”, dentro de la estrategia de “adopción y adaptación de modelos para la atención integral del riesgo”.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extrasectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, p. 41).

La GIRS comprende un

conjunto de acciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 51).

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad) de un evento. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones; y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia

de una enfermedad, su evolución negativa o su complicación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 51).

La GIRS tiene un componente colectivo, con intervenciones para grupos poblacionales en cabeza de la entidad territorial, y otro individual, a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las ARL, los prestadores y las personas. Por tanto, se operativiza a través de las RIAS, del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), y del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022, p. 251).

Los dispositivos comunitarios están contemplados en las RIAS y en el PIC, de modo que, se profundizará el abordaje y las implicaciones legales que tiene cada herramienta.

Desde la visión de las RIAS, La GIRS se entiende como una estrategia transversal de la PAIS, la cual también se desarrolla bajo otras tres estrategias y enfoques (estrategia de APS, enfoque de cuidado de la salud y enfoque diferencial de derechos).

La PAIS es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad,

aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 2)

Para el desarrollo de la PAIS, se implementará el MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 3).

El MAITE “comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 4).

La primera línea se denomina “aseguramiento”, y “comprende las acciones orientadas a garantizar en los territorios, el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias legales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 4).

Dentro de esta línea, el MAITE reconoce la GIRS como una herramienta, la cual “se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, p. 3).

Las RIAS son una herramienta obligatoria, que define a los integrantes del sector salud (entidad territorial, EAPB, y prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias

para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, p. 3).

“Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: ruta de promoción y mantenimiento de la salud; rutas de grupo de riesgo; y rutas de eventos específicas de atención” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, p. 3).

“Dentro del primer tipo de ruta, la ruta de promoción de la salud mental, la identificación del riesgo, prevención de problemas y trastornos mentales y del consumo de SPA, contempla en su acción la apuesta por los dispositivos comunitarios” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 8).

Con relación a la implementación de los dispositivos comunitarios desde el PIC, se debe aclarar el término de gestión de la salud pública.

En el marco de lo previsto en el plan decenal de salud pública, la gestión de la salud pública se constituye en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 4)

Dentro de este proceso, se formula la construcción del PIC, un plan

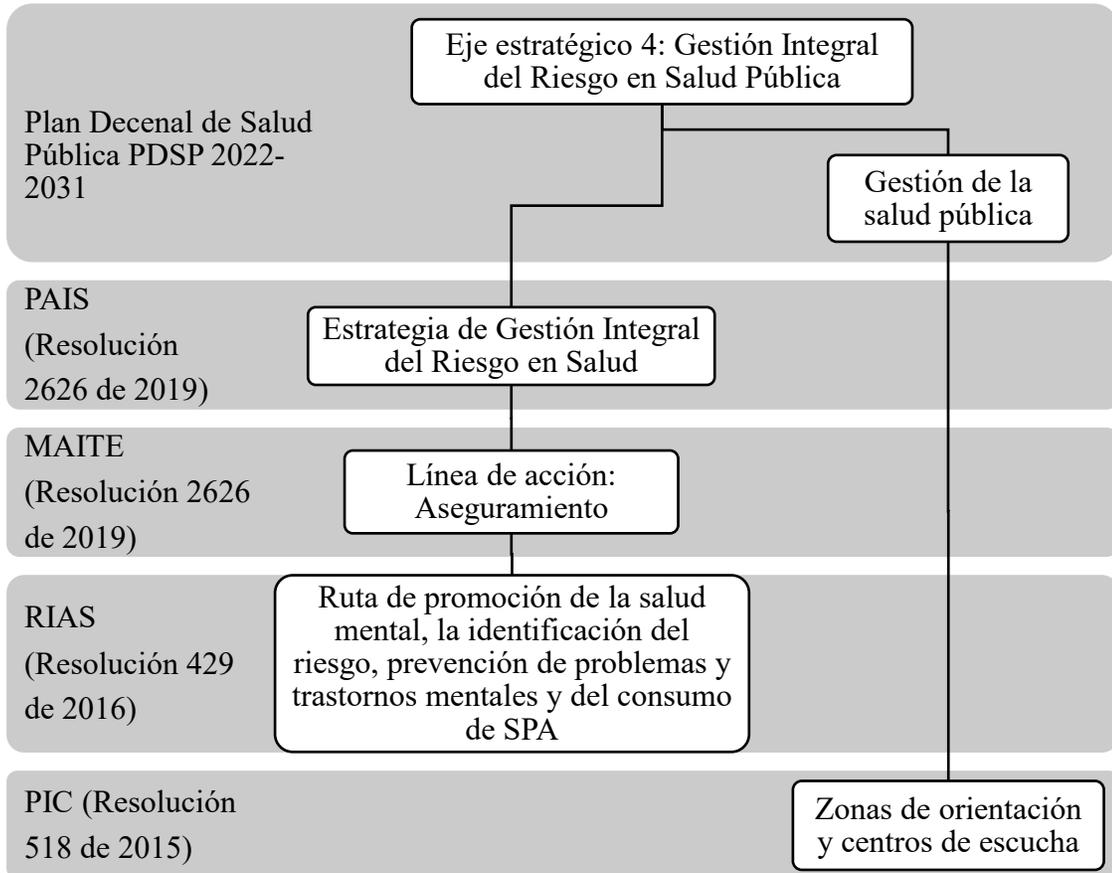
dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la presente resolución, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 7).

El PIC abarca diversas intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ejecutar. Dentro de las siete intervenciones planteadas, los dispositivos comunitarios se encuentran enmarcados y establecidos como “zonas de orientación y centros de escucha”.

En la Figura 4 se puede ver las implicaciones legales que tiene la implementación de los dispositivos comunitarios desde las RIAS y desde el PIC, teniendo como punto de partida la GIRS.

Figura 4

Marco de implementación de los dispositivos comunitarios desde el aspecto legal con sus respectivas líneas de operación en Colombia



Nota. Elaboración propia.

De igual modo, la política nacional de salud mental incluye a los dispositivos de base comunitaria en uno de sus cinco ejes de política, llamado “prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia”.

Este eje tiene como objetivo “mejorar la capacidad de respuesta individual y colectiva, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental” (Congreso de la república, 2013, p. 28) en el entorno laboral.

Como una de sus estrategias, establece cualificar los dispositivos de base comunitaria en el entorno laboral.

Definición de los dispositivos comunitarios desde la acción en salud

Los dispositivos comunitarios en salud, son estrategias sociales en salud basadas en comunidad, orientadas a generar empoderamiento, apropiación y liderazgo de la comunidad, (organizada, educada y capacitada) y a la movilización social, para potenciar la promoción y prevención de la salud, especialmente en salud mental, reducción y prevención de riesgos asociados al consumo de SPA. Igualmente, contempla la prevención de otras afectaciones en salud como las discapacidades y el VIH. En este lineamiento, se concentrarán las orientaciones en el campo de la salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 8).

“En su acepción etimológica, los dispositivos se constituyen en movilizadores, en este caso, para la acción comunitaria en salud que implican la identificación, preparación y realización de respuestas comunitarias e institucionales a prioridades de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 8).

En este sentido, los dispositivos comunitarios se materializan, construyen y funcionan con participación activa de la comunidad para brindar apoyo, escucha activa, y orientación comunitaria en torno a la gestión comunitaria para la atención y acompañamiento social y de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 8).

“De esta manera, los dispositivos comunitarios participan activamente en la implementación de los ejes de promoción en salud mental, y de manera más específica en el eje

de prevención de las políticas de salud mental” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 8).

“Por su carácter comunitario, cada desarrollo se da de acuerdo a las particularidades poblacionales, culturales, sociales, y territoriales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 9).

Se debe comprender que el propósito general de los dispositivos comunitarios es el de “brindar apoyo y orientación a la población en promoción de la salud mental”. Esto se logra mediante la detección temprana de riesgos en salud mental, el abordaje inicial desde la gestión de casos orientados hacia el tratamiento y la rehabilitación, y el fortalecimiento de la comunidad, las redes de apoyo y la canalización a otros servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 11) en el entorno laboral.

Entornos de los dispositivos comunitarios

Con respecto a los entornos, los dispositivos comunitarios se desarrollan en los entornos comunitario, educativo y laboral, a través de los Centros de Escucha Comunitarios (CE) y de las ZOE, ZOU y las Zonas de Orientación (ZO) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 13).

El CE pueden ser comprendido como centros de escucha y acogida comunitaria. Es una estrategia social en salud, apoyada por un equipo interdisciplinario sociosanitario, que cuentan con un plan operativo concertado con la comunidad, unos recursos para la operación, y una sede operativa que puede ser un escenario comunitario, en torno a la población laboral, lo cual les permite propiciar escucha inmediata, orientación,

acompañamiento y derivación a servicios socio-sanitarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 13).

“Los CE buscan dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población laboral con riesgo, y en particular, de los integrantes del grupo objetivo” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 13).

En relación con las ZO, estas

se constituyen en un espacio relacional y en ocasiones físico, en donde se establecen servicios y acciones de orientación a ciertas comunidades, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, y prevenir situaciones de vulnerabilidad y riesgo en salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 14).

Las ZO se desarrollan en zonas educativas y laborales. Para las zonas educativas están dispuestas las ZOE y las ZOU.

Una ZOE es

“un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establecen servicios de acogida, escucha activa, acompañamiento”, (Ministerio de la Protección Social et al., 2009, p. 30), “asesoría terapéutica, grupos de apoyo o ayuda mutua” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 34), y educación orientada a los miembros de la comunidad educativa con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran y de prevenir situaciones de vulnerabilidad (Ministerio de la Protección Social et al., 2009, p. 30). En esta zona también “se realiza mediación y canalización a servicios sociales y de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 34).

Por su parte, la ZOU es una “estrategia territorial operativa y académica de trabajo” (Ministerio de Salud y Protección Social et al., n.d., p. 24), que busca

propiciar la transformación de las representaciones sociales asociadas a diferentes prácticas que generen exclusión y discriminación de los estudiantes, docentes, personal de administración y demás actores en la vida universitaria, a consecuencia del uso de drogas, para generar prácticas de promoción de la salud y prevención del consumo, mitigación, y auto regulación de los consumos a través de la integración de los sujetos, el fortalecimiento de las redes y el desarrollo de actitudes y prácticas inclusivas que promuevan estilos de vida saludables y mejoren la calidad de vida de la comunidad universitaria (Ministerio de Salud y Protección Social et al., n.d., p. 25).

Para la zona laboral, está dispuesta la Zona de Orientación Laboral (ZOL), la cual se caracteriza por ser un

espacio en los lugares de trabajo formal e informal, donde se ofrecen servicios de orientación, escucha activa, acompañamiento y canalización hacia los servicios sociales y de salud. Así mismo, se generan procesos de formación y capacitación a los trabajadores y trabajadoras en temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables, prevención, mitigación y control de situaciones de salud socialmente relevantes que permitan transformar las representaciones sociales y mejorar la calidad de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 35).

En vista de la afectación generada en la salud mental de la población laboral formal en el municipio de Armenia, se optó por unir las figuras del CE y la ZOL, y configurar un nuevo dispositivo comunitario llamado centro de escucha laboral, con el fin de abordar la problemática

que se vive en el entorno laboral de una forma más íntegra y completa, la cual se puede manejar desde un CE.

Para el diseño de este dispositivo se tomó como referencia teórica, la teoría de las redes sociales.

“Las redes sociales pueden definirse como un conjunto bien delimitado de actores - individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc.- vinculados unos a otros a través de una relación o un conjunto de relaciones sociales” (Lozares, 1996, p. 108).

La idea central del análisis de redes reside en el supuesto de que lo que la gente siente, piensa y hace, tiene su origen y se manifiesta en las pautas de las relaciones situacionales que se dan entre actores, oponiéndose a la idea de que los atributos o las características de los actores individuales están a la base o son causa de las pautas de comportamientos y, por tanto, de la estructura social. Son las relaciones y los vínculos que mantienen los actores, los que establecen las estructuras en cuyas posiciones se sitúan las personas (Lozares, 1996, p. 127)

Los principios que distinguen el análisis de redes sociales de otros enfoques de investigación son los siguientes: (Wasserman & Faust, 1994, p. 4)

- Los actores y sus acciones son vistos como unidades autónomas interdependientes en lugar de independientes.
- Los lazos relacionales (vínculos) entre actores son canales para la transferencia o "flujo" de recursos (ya sean materiales o no materiales).

- Los modelos de redes que se centran en los individuos consideran que el entorno estructural de la red proporciona oportunidades o limitaciones para la acción individual.
- Los modelos de red conceptualizan la estructura (social, económica, política, etc.) como patrones duraderos de relaciones entre actores.

El enfoque de redes concibe la estructura social como pautas y/o modelos de relaciones específicas que ligan unidades sociales, incluyendo actores individuales y colectivos. Más allá del uso del concepto de red social como simple metáfora y como un puro instrumento de investigación, esta aproximación trata de interpretar el comportamiento de los actores a la luz de sus posiciones variables dentro de la estructura social. Por dicha posición se ponen de manifiesto las constricciones de la estructura social sobre la acción individual y también las oportunidades diferenciales -conocidas como recursos sociales, como capital o como soportes sociales- a las que tienen acceso los actores (Lozares, 1996, p. 116).

Dado un conjunto de actores, el análisis de redes sociales se puede utilizar para estudiar las variables estructurales medidas en los actores del conjunto. La estructura relacional de un grupo o sistema social más grande consiste en el patrón de relaciones entre el conjunto de actores. El concepto de red enfatiza el hecho de que cada individuo tiene vínculos con otros individuos, y estos a su vez, están vinculados a otros, y así sucesivamente. De esta manera, se podría estudiar el impacto de esta estructura en el funcionamiento del grupo y/o la influencia de esta estructura en los individuos dentro del grupo (Wasserman & Faust, 1994, p. 9)

DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque que mejor responde a la investigación es el que integra el enfoque cuantitativo y cualitativo, es decir, el enfoque o el método mixto.

Mediante el método mixto, el investigador recopila y analiza rigurosamente los datos cualitativos y cuantitativos en respuesta a las preguntas e hipótesis de investigación, combina las dos formas de datos y sus resultados, organiza estos procedimientos en diseños de investigación específicos que proporcionan la lógica y los procedimientos para llevar a cabo el estudio, y enmarca estos procedimientos dentro de la teoría (Creswell & Plano Clark, 2017, p. 41).

A través de la investigación con métodos mixtos, se pueden aportar más pruebas para estudiar un problema de investigación, que la investigación cuantitativa o cualitativa por separado. Además, se pueden utilizar todas las herramientas de recopilación de datos disponibles, en lugar de limitarse a los tipos típicamente asociados con la investigación cuantitativa o cualitativa (Creswell & Plano Clark, 2017, p. 53).

Desde lo cuantitativo, la investigación tendría un alcance descriptivo, con el fin de precisar las características de la población laboral del municipio de Armenia. A nivel cualitativo, tendría un diseño de investigación-acción, ya que se identifica una problemática que necesita resolverse y que, por medio de la investigación, se podrá dar solución.

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron para el desarrollo de la investigación fueron la revisión documentaria, la cual se manejó desde fuentes primarias (libros, artículos de revistas científicas, documentos oficiales de instituciones públicas y sistemas de información virtuales) y fuentes secundarias (investigaciones académicas y proyectos prácticos que se han realizado sobre temas directa o indirectamente relacionados con la investigación). Igualmente, se practicaron entrevistas semi estructuradas a los principales actores de la comunidad laboral para conocer su punto de vista en relación a la salud mental.

Delimitación

La investigación tendrá lugar en el municipio de Armenia, capital del departamento del Quindío. En relación con el tiempo, el diseño de la investigación es transversal, ya que la recolección y análisis de datos se generaron en un determinado periodo de tiempo, es decir, en el presente.

Población

La población elegida son las personas que laboran en el sector formal en el municipio de Armenia, y que se encuentran en el rango de edad de 18 a 62 años.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Como primer objetivo, se debe caracterizar la población laboral del municipio de Armenia.

De acuerdo con las proyecciones de la población a nivel municipal para el periodo 2018 – 2035 realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2021, la población total de Armenia fue de 300.785 habitantes.

Esta proyección se acerca a la cifra calculada para el cierre del año 2021, la cual fue de 302.256 habitantes. Bajo esta cifra se obtuvieron los siguientes datos: la Población en Edad de Trabajar (P.E.T.), la cual está constituida por las personas de 15 años y más, tiene una tasa del 82,89%, es decir, equivale a un total de 250.544 personas.

La Fuerza de Trabajo (FT) o fuerza laboral, que incluye a las personas en edad de trabajar, que trabajan o están buscando empleo abarca a un total de 127.306 personas. Esta población se divide en dos: La población ocupada, es decir, la que labora, y la población desocupada, la cual está desempleada.

La Tasa de Ocupación (TO) fue del 45,50%, equivalente a 114.014 personas, y la Tasa de Desempleo (TD) tuvo un porcentaje del 10,44%, es decir, un total de 13.292 personas para el cierre del año 2021.

De acuerdo a la Tabla 1, la rama de actividad que mayor predomina en la población laboral del municipio de Armenia es el comercio y reparación de vehículos, seguido de la rama que incluye la administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana.

Tabla 1

Composición de la población ocupada según ramas de actividad en Armenia en el año 2021

Rama de actividad	Población	Porcentaje
Comercio y reparación de vehículos	27.253	23,9%
Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana	19.844	17,40%
Actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos	12.094	10,60%
Construcción	10.003	8,77%
Actividades artísticas, entretenimiento recreación y otras actividades de servicio	9.601	8,42%
Industrias manufactureras	7.613	6,67%
Transporte y almacenamiento	7.405	6,49%
Alojamiento y servicios de comida	6.800	5,96%
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	4.808	4,21%
Actividades financieras y de seguros	2.680	2,35%
Información y comunicaciones	2.494	2,18%
Suministro de electricidad gas, agua y gestión de desechos	1.468	1,28%
Actividades inmobiliarias	1.109	0,97%
No informa	792	0,69%
Explotación de minas y canteras	45	0,03%
Total ocupados	114.014	100%

Nota. Adaptado de *anexo empleo octubre 2022*, por DANE, 2022.

Así mismo, la Tabla 2 muestra que la posición ocupacional que más representación tiene en la población ocupada es la de obrero o empleado particular. En segundo lugar, se encuentra la figura del trabajador por cuenta propia, y finalmente, se sitúa el empleado del gobierno como tercera posición ocupacional más frecuente.

Tabla 2

Población ocupada según posición ocupacional en Armenia en el año 2021

Concepto	Población	Porcentaje
Obrero, empleado particular	52.977	46,46%
Trabajador por cuenta propia	44.255	38,81%
Obrero, empleado del gobierno	9.731	8,53%

Concepto	Población	Porcentaje
Jornalero o Peón	2.401	2,10%
Patrón o empleador	1.860	1,63%
Empleado doméstico	1.721	1,50%
Trabajador familiar sin remuneración	843	0,73%
Otro	223	0,19%
Total ocupados	114.014	100%

Nota. Adaptado de *anexo empleo octubre 2022*, por DANE, 2022.

De acuerdo con el rango de edad conveniente para la implementación del centro de escucha laboral de la población formal en Armenia, se puede deducir que los rangos con mayor participación se concentran entre los 20 y 34 años, tanto para el género masculino como el femenino, como muestra la Tabla 3.

Tabla 3

Población agrupada según el rango de edad conveniente para la intervención en salud mental de la población laboral formal en Armenia en el año 2021

Rango de edad	Hombres	Mujeres	Total
De 20 a 24 Años	11.552	11.812	23.364
De 25 a 29 Años	11.732	12.470	24.202
De 30 a 34 Años	10.795	11.715	22.510
De 35 a 39 Años	10.211	11.338	21.549
De 40 a 44 Años	9.463	10.748	20.211
De 45 a 49 Años	8.306	9.864	18.170
De 50 a 54 Años	8.512	10.633	19.145
De 55 a 59 Años	8.465	11.108	19.573
De 60 a 64 Años	7.531	10.216	17.747
Total	86.567	99.904	186.471

Nota. Adaptado de *anexo proyecciones población Municipal 2018-2026*, por DANE,

2018.

Con respecto al número total de personas laborando en el sector formal, el porcentaje de la población total del municipio de Armenia que acogería el centro de escucha laboral sería del

62%. Este porcentaje expresa el alto grado de impacto y participación que podría tener el centro de escucha laboral en la población formal.

Una vez descrita la composición demográfica de la población laboral de Armenia, es necesario caracterizar el espacio en donde laboran las personas, es decir, el componente empresarial del municipio.

Para el año 2021, las empresas formales vigentes por tamaño empresarial en el municipio de Armenia presentaron los siguientes datos: Como grandes empresas habían 18, como medianas empresas habían 82, 12.741 eran micro empresas y 314 eran pequeñas empresas, para un total de 13.155 empresas formales (Cámara de Comercio de Armenia y del Quindío, 2022, p. 2). El número total de empleados para el sector formal era de 29.410 personas.

De acuerdo con la participación sectorial presentada por las empresas formales e informales en el municipio de Armenia para el año 2021, el 57% de las empresas pertenece al sector del comercio, el 36% se desenvuelven en el sector de servicios y el 7% restante se encuentra en el sector industrial (Cámara de comercio de Armenia y del Quindío, 2021, p. 35).

Como último aspecto a caracterizar de la población, se analizará el aspecto de la salud mental, y su incidencia sobre la población laboral.

En la Tabla 4 se ilustra la morbilidad en salud mental por curso de vida desde el año 2009 hasta el 2019 de los trastornos mentales y del comportamiento, los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y la epilepsia en el municipio de Armenia.

Tabla 4

Distribución porcentual de la morbilidad asociada a la salud mental del municipio de Armenia entre el año 2009 y el 2020

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total												Δ pp 2020-2019
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	83,56	85,16	89,63	90,41	95,39	92,37	92,16	88,21	89,92	92,07	92,63	90,60	-2,03
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,59	21,69	37,83	40,45	63,51	56,69	55,10	31,01	35,17	39,51	43,62	32,41	-11,21
	Epilepsia	16,44	14,84	10,37	9,59	4,61	7,63	7,84	11,79	10,08	7,93	7,37	9,40	2,03
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,69	85,79	89,67	88,27	91,44	88,98	91,12	89,09	89,54	91,60	91,98	90,72	-1,26
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,87	5,11	6,33	7,39	24,56	27,78	30,61	24,65	26,58	42,40	39,05	26,31	-12,75
	Epilepsia	12,31	14,21	10,33	11,73	8,56	11,02	8,88	10,91	10,46	8,40	8,02	9,28	1,26
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	91,70	90,30	91,47	91,98	92,88	92,67	91,20	90,75	93,12	88,99	88,76	89,95	1,20
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,61	1,94	1,02	4,65	0,90	2,71	2,18	2,51	2,03	3,25	4,50	1,67	-2,83
	Epilepsia	8,30	9,70	8,53	8,02	7,12	7,33	8,80	9,25	6,88	11,01	11,24	10,05	-1,20

Nota. Adaptado de *Análisis de situación de salud en el modelo de determinantes sociales ASIS – Armenia 2021* (p. 300), por Quintero Álvarez et al., 2021.

Poniendo el foco de atención en la salud mental, se puede afirmar que en la población juvenil, “la mayoría de atenciones por salud mental son por trastornos mentales y del comportamiento, con un porcentaje del 90,60%” (Quintero Álvarez et al., 2021, p. 298).

“La población de la adultez concentra el mayor número de atenciones asociadas a la salud mental del municipio, con un total de 37.430 consultas, las cuales fueron en un 90,72% por trastornos mentales y del comportamiento” (Quintero Álvarez et al., 2021, p. 299). En los adultos mayores se repite el patrón de las anteriores poblaciones, ya que “la mayoría de atenciones es por trastornos mentales y del comportamiento con el 89,95%” (Quintero Álvarez et al., 2021, p. 299).

“Dentro de las alteraciones pertenecientes a la salud mental, las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento son la causa que más aportó casos en el año 2021 en todos los cursos de vida”(Quintero Álvarez et al., 2021, p. 348). Estos resultados ponen en evidencia la carga que representa la salud mental en los rangos de edad mayormente laborales.

Con la caracterización terminada de la población a la cual se quiere impactar, se procede a reconocer los actores clave del municipio de Armenia y su postura frente a una propuesta de mejoramiento de salud mental.

Los actores clave son las instituciones, organizaciones, grupos o personas que pueden incidir en la planeación y posterior desarrollado de una idea o proyecto, dada su influencia, reconocimiento y/o posicionamiento en el territorio. En este sentido, los actores claves identificados en el municipio de Armenia tienen una gran cercanía con la población laboral, además de tener gran influencia por los recursos y capacidad instalada disponible, como es el caso de las instituciones, organizaciones y agremiaciones identificadas. A la par, se pudieron reconocer otras agrupaciones como comités, consejos y clubes que tienen incidencia en el campo laboral, pero con un predominante enfoque social.

Así pues, los actores claves identificados en el municipio de Armenia de acuerdo a cada sector de la comunidad laboral son los siguientes:

En el sector laboral se lograron identificar a los siguientes actores:

- Comité intergremial y empresarial del Quindío: Es una asociación de utilidad común y sin ánimo de lucro que trabaja por el crecimiento económico sostenible del territorio, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los habitantes del Quindío, y ejerciendo un liderazgo a través de la representación gremial, y la participación en

- la planificación de corto, mediano y largo plazo. Reúne a 17 agremiaciones e instituciones del departamento (Comité intergremial y empresarial del Quindío, s.f.).
- Fenalco seccional Quindío: Entidad gremial de carácter permanente, sin ánimo de lucro, encargada de fomentar el desarrollo del comercio, representar gremialmente a los comerciantes y empresarios del Quindío, y atender sus necesidades (Fenalco, s.f.).

Para el sector salud, los actores que se reconocieron fueron:

- E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, que presta servicios de salud complementarios.
- Secretaría de salud municipal

Los actores identificados en el sector educativo fueron los siguientes:

- Universidad del Quindío: Ente universitario autónomo de carácter público. Es la universidad más grande del municipio de Armenia.
- Universidad La Gran Colombia: Institución de educación superior de carácter privada.
- Institución Universitaria EAM de carácter privada y utilidad común.
- Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt: Institución de educación superior privada.
- Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Dentro del sector social, se identificó a la Caja de compensación familiar Comfenalco Quindío, la cual es una entidad que busca generar bienestar integral y prosperidad colectiva para los habitantes del departamento.

En el sector cultural se logró identificar como actor clave a la Corporación de Cultura y Turismo de Armenia, entidad encargada de promover, conservar, fortalecer y prestar servicios para el desarrollo artístico, cultural y turístico de Armenia, bajo los lineamientos establecidos por la administración municipal, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (Corporación de Cultura y Turismo de Armenia, s.f.).

Para el sector que agrupa las organizaciones de base comunitaria, se identificó al Comité de Participación Comunitaria (COPACO) en salud, el cual es “un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado” (Ministerio de Salud, 1994, p. 4), y al club rotario Armenia, que se caracteriza por ser una organización que realiza obras sociales para con la población vulnerable (mujeres con cáncer de mama, niños y jóvenes, y víctimas del conflicto armado).

Dentro del sector justicia, se encuentra el departamento de policía Quindío (DEQUI).

En el sector de comunicaciones, está la transmisora Quindío, que es la emisora más popular y la número uno del Quindío y el occidente colombiano, con una cobertura en los 12 municipios del departamento, así como en Caldas, Risaralda, norte del Valle, sur de Antioquia y Tolima (Transmisora Quindío 720 AM, s.f.).

Como último sector definido, se encuentran las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y otras organizaciones. Dentro de este sector, se encuentra el Club de leones filial Armenia Cocora, la cual es una ONG que se dedica a realizar actividades de servicio social para ayudar a las comunidades vulnerables del departamento. Entre sus actividades se destacan la mitigación del hambre, mejorar la seguridad alimenticia, apoyar a madres cabezas de hogar, entre otras.

Al tener definida las actividades de cada actor involucrado, se procedió a realizar unas preguntas, por medio de entrevistas semi estructuradas, para conocer la postura que cada uno tenía frente al manejo de la salud mental focalizada a la población laboral.

En la Tabla 10 (anexo 2) se agrupan las respuestas de cada actor. Para la primera pregunta, que cuestionaba las competencias y/o funciones que cada actor hacía en materia de salud mental, se puede inferir que la mayoría de los actores son conscientes de la importancia de la salud mental y tratan de darle un buen manejo desde sus capacidades y áreas de conocimiento.

Las prácticas que más se destacan entre los actores para el beneficio de la salud mental de sus trabajadores y trabajadoras, son el acompañamiento psicológico, actividades lúdico-recreativas, primeros auxilios psicológicos y charlas sobre la salud mental.

Además de esto, la mayoría de actores disponen de activación de rutas especiales en caso de que un trabajador o trabajadora requiera un servicio de salud mental especializado.

Los actores que referencian no manejar ninguna competencia y/o función, señalan que esto se debe a que no manejan un enfoque dirigido al tema de la salud mental, o porque su misionalidad les impide abarcar este tema de buena forma.

Respecto al interrogante sobre las relaciones que manejaban con otros actores, la información y los procesos que compartían en materia de salud mental, la mayoría de actores entrevistados refirió tener una buena relación con la secretaría de salud municipal, con la que han compartido reuniones y/o mesas especiales para tratar el tema de la salud mental.

Así mismo, refieren tener buena relación con las distintas EPS del municipio, gracias al manejo de la activación de rutas para los trabajadores y trabajadoras.

Gracias a las distintas relaciones manejadas por algunos actores, se han generado redes que han permitido tener abordajes colaborativos para temas relacionados con la salud mental de los trabajadores y trabajadoras, tales como charlas y capacitaciones. Para el caso de las universidades, se ha manejado la figura de convenios institucionales, que incluyen prácticas para estudiantes de programas de psicología.

Como última pregunta, se consultaba al actor qué recursos podría disponer en caso de la realización de un proyecto o estrategia que mejorara la salud mental de los trabajadores y trabajadoras a nivel municipal, los cuales podrían ser tecnológicos, económicos, de infraestructura, de talento humano, o los que el propio actor considerara.

Con buena recepción, todos los actores clave indicaron que podían aportar recursos, en su mayoría de infraestructura y de talento humano, siempre y cuando se realice un estudio previo pertinente que asegure el adecuado uso de estos, a excepción de un actor, el cual indicó que no disponía de recursos propios y, por lo tanto, no podía hacer ningún aporte.

Posterior a las preguntas anteriores, se realizaron las tres preguntas finales de la entrevista, con el propósito de conocer la postura de los actores involucrados con respecto a la creación de una estrategia que promueva el mejoramiento de la salud mental de la población laboral formal en el municipio de Armenia, y cuyos resultados están compilados en la Tabla 5.

Tabla 5

Postura de los actores involucrados con respecto a la creación de una estrategia para el mejoramiento de la salud mental de la población laboral formal en el municipio de Armenia

Actores					
Sectores	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Interés (Si/no) (Bajo, medio, alto)	Posición de apoyo (Baja, media, alta)	Influencia (Si/no) (Baja, media, alta)	Cercanía al objetivo principal (Baja, media, alta)
Laboral	Comité intergremial y empresarial del Quindío	Alto	Alta	Alta	Alta
	Fenalco seccional Quindío	Medio	Medio	Alta	Alta
Salud	E.S.E hospital departamental universitario del Quindío San Juan de Dios	Medio	Media	Media	Media
	Secretaría de salud municipal	Alto	Alta	Alta	Alta
	Universidad del Quindío	Alto	Media	Alta	Media
	Universidad la gran Colombia	Alto	Alta	Alta	Media
Educativo	Institución Universitaria EAM	Medio	Baja	Media	Media
	Corporación universitaria empresarial Alexander Von Humboldt	Alto	Alta	Alto	Alta
	Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)	Medio	Baja	Media	Media
Social	Caja de compensación familiar Comfenalco Quindío	Medio	Media	Media	Alta
Cultural	Corporación de Cultura y Turismo de Armenia	Alto	Media	Alta	Alta
Organizaciones de base comunitaria	Comité de Participación Comunitaria (COPACO)	Medio	Baja	Baja	Baja
Justicia	Departamento de policía Quindío (DEQUI)	Alto	Alta	Alta	Media
Comunicaciones	Transmisora Quindío	Alto	Alta	Alta	Media
Las ONG y otras organizaciones	Club de leones filial Armenia Cocora	Alto	Alta	Alta	Media
	Club rotario Armenia	Alto	Alta	Alta	Media

Nota. Adaptado de *Orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad - RBC en salud mental* (p. 58), por Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

De acuerdo al grado de interés que tendrían los actores clave en el caso hipotético de la realización de una estrategia para la salud mental de la población laboral, el 65% contestó que tendría un alto nivel de interés, mientras que el 35% restante tendría un grado de interés medio. Al no haber ningún actor que tuviese un grado de interés bajo, se puede afirmar que la salud mental de la población laboral es un tema atractivo, y a su vez, priorizado por la mayoría de los actores clave.

Conforme a la posición de apoyo en relación al caso hipotético, el 53% de los actores clave referenciaron tener una posición de apoyo alta, el 29% aseguraron tener una posición de apoyo media y el 18% restante una posición de apoyo baja.

La variación de las respuestas se basó en la capacidad y recursos que cada actor dispondría y el impacto de estos, pues para algunos la poca disposición de infraestructura y/o de talento humano, podrían limitarlos en la dinámica de la estrategia planteada y, por lo tanto, en su grado de apoyo.

Por último, el grado de influencia, entendido como “la capacidad de incidir en la implementación de la estrategia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022, p. 58) planteada que predominó en las respuestas de los actores clave fue el grado de influencia alto, con un 70%, seguido de un 24% correspondiente a un grado de influencia medio, y un 6% que equivaldría a un grado de influencia bajo.

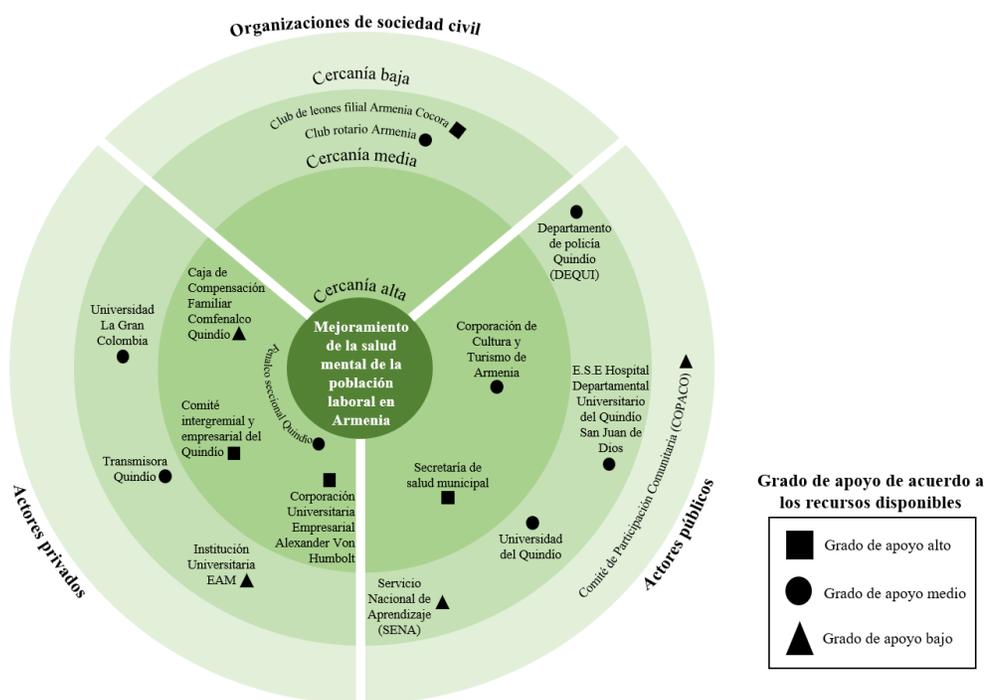
El poder, la capacidad de gestión, el segmento de la población con el que trabajan y demás factores, fueron los que incidieron en las respuestas de los actores.

Una vez finalizadas las entrevistas, se generó el esquema de mapeo de los actores clave representado por un diagrama de círculos, donde el centro representa el objetivo central al que se

quiere llegar, es decir, el mejoramiento de la salud mental de la población laboral en Armenia, “y los anillos exteriores permiten ubicar a los actores dependiendo de su cercanía” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022, p. 58) a dicho objetivo, en base a las respuestas de las preguntas anteriores.

Figura 5

Mapeo de actores clave en el municipio de Armenia para el año 2022



Nota. Adaptado de *Orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad - RBC en salud mental* (p. 59), por Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Como se observa en la Figura 5, los actores clave fueron agrupados de acuerdo al sector al que pertenecen (sector público, privado y organizaciones de sociedad civil). De igual manera,

se agregó un elemento clave para evaluar con mayor precisión el mapeo, y es el grado de apoyo que tiene cada actor de acuerdo a los recursos disponibles, representado por figuras geométricas.

De este modo, la cercanía a la estrategia no necesariamente implica un alto grado de apoyo de acuerdo a los recursos disponibles, ya que hay actores en cercanía alta, con un grado de apoyo medio, y actores en cercanía media con un grado de apoyo bajo.

En efecto, el mapeo muestra que la mayoría de actores clave se encuentran en una cercanía alta y media, de los cuales más de la mitad tiene un grado de apoyo medio, lo que favorece en gran medida la estrategia de mejorar la salud mental de la población laboral en Armenia. Además, son pocos los actores con un grado de apoyo bajo, los cuales obtuvieron esa clasificación, no por la falta de interés con la estrategia, sino por las limitaciones en los recursos que actualmente manejan.

Gracias a la relación de cercanía y grado de apoyo de los actores, se puede plantear el desarrollo de la estrategia de una forma más precisa e integra, ya que la estructura de la misma se hará en base a los recursos disponibles, y con las redes de mayor influencia que se han tejido en el panorama social y laboral.

De conformidad con los objetivos planteados, se procede a elaborar el último paso, es decir, el diseño del plan operativo de creación y funcionamiento del centro de escucha laboral.

El primer paso que antecede al funcionamiento del centro de escucha laboral es realizar un proceso de apertura al tema de la salud mental laboral, a través de la sensibilización y concientización del tema con cada actor involucrado.

La situación actual del sector formal en el municipio de Armenia permite que haya un mayor entendimiento y adhesión al tema, ya que gracias a las entrevistas realizadas

anteriormente con cada actor, se pudo evidenciar que hay un alto grado de conocimiento por parte de todos los actores sobre la salud mental y sus repercusiones a nivel laboral, lo que facilita que el proceso de apertura tenga una mayor cobertura, y su impacto sea de mayor relevancia.

Este primer paso se hará a través de encuentros con la gerencia y/o con las directrices que tiene cada actor, con el propósito de compartirles el plan de acción planteado para su aprobación y posterior ejecución, con todos los integrantes de cada empresa, gremio o club.

Teniendo clara la importancia del proceso de apertura, el centro de escucha laboral se operativizará a través de tres líneas estratégicas, con actividades dirigidas al individuo y a las empresas que forman parte del colectivo formal, tal y como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6

Acciones estratégicas del centro de escucha laboral y sus diferentes alcances con la población laboral formal del municipio de Armenia

Acción estratégica	Actividad	Participación individual	Participación colectiva laboral formal
	Primer proceso: Informativo		
Primera acción estratégica:	Encuentros disruptivos para la socialización de los temas		X
	Segundo proceso: Educativo		
Información, comunicación y educación para la salud mental	Metodología pedagógica desarrollada por módulos	X	X
	Tercer proceso: Comunicacional		
	Baúl del desahogo	X	
	Revista	X	X
	Uso de redes sociales	X	X
Segunda acción estratégica: Gestión del caso	Identificación de necesidades	X	
	Canalización	X	
	Acompañamiento del caso	X	
	Seguimiento del caso	X	
Tercera acción estratégica:	Creación de una macro red protectora del entorno		X

Acción estratégica	Actividad	Participación individual	Participación colectiva laboral formal
Promoción del fortalecimiento de redes comunitarias	laboral Procesos de participación colectivos		X

Nota. Elaboración propia.

Para la primera acción estratégica denominada “información, comunicación y educación para la salud mental”, se trabajará por procesos, dentro de los cuales habrá actividades. El primer proceso es el informativo, el cual abarcará información

sobre la promoción de la salud mental, su cuidado y atención, la identificación oportuna, la prevención y el abordaje inicial de problemas y/o trastornos mentales. Se considera el primer eslabón de un proceso educativo y comunicacional, en tanto se orienta a generar pregunta, reflexión y recordación de unos mensajes clave (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 14).

El abordaje de este proceso se hará por empresas formales, con el fin de tener un acercamiento personalizado que se desarrolle de acuerdo a la misionalidad, número de trabajadores y trabajadoras, capacidad instalada y disponibilidad de la empresa en función de la salud mental de sus trabajadores y trabajadoras.

La difusión de esta información se realizará mediante encuentros disruptivos en los espacios disponibles de las empresas (los cuales fueron puestos a disposición) que se basarán en experiencias sensoriales que involucrarán el uso de elementos, mensajes y colores como estimulantes visuales, auditivos y del tacto, con el fin de generar una mayor recordación y tener una conexión profunda con los trabajadores y trabajadoras.

Estas experiencias sensoriales se lograrán a través de un acondicionamiento previo del espacio físico designado, y estarán acompañadas de actividades lúdicas, como lluvia de ideas, juegos de roles y adivinanzas.

El objetivo de este primer proceso es atraer la atención de los trabajadores y trabajadoras, tener un alto grado de acogida y recepción entre ellos, y afianzar las relaciones que manejan en su vida laboral con respecto a su salud mental.

La frecuencia de los encuentros es fundamental para que el lazo generado con la empresa y los trabajadores y trabajadoras sea fuerte, por lo que se sugiere que la frecuencia sea constante.

Tan pronto se garantice la construcción y estabilidad de las relaciones con los distintos actores, se ejecutará un proceso educativo en el ejercicio de derecho a la salud, el cual

se realiza en función de las necesidades e inquietudes de los trabajadores y trabajadoras, y se concibe como una oportunidad para el encuentro con el otro, como una experiencia donde se crece y se aprende conjuntamente; se replantean, transforman y generan conocimientos, concepciones y prácticas en torno al cuidado de la salud, la promoción y prevención de la salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 15).

La metodología propuesta para este proceso de formación se plantea desde el enfoque de educación por competencias, a través del involucramiento de los participantes en actividades reflexivas, lúdicas e interpretativas, favoreciendo el desarrollo de competencias en relación con el Ser, el Saber y el Saber Hacer para el cuidado de la salud mental, propiciando el diálogo de saberes y promoviendo la generación de vínculos entre los participantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a, p. 5).

Los módulos de la metodología serán desarrollados en los espacios físicos de las empresas, los cuales cuentan con objetivos y el desarrollo de determinadas actividades a trabajar, tal y como se describe en la Tabla 7.

Tabla 7

Módulos de la metodología a trabajar para el proceso educativo con los trabajadores y trabajadoras del sector formal del municipio de Armenia

Módulo	Objetivos	Desarrollo de actividades
Módulo 1: Introdutorio	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes se aproximan de manera inicial a los contenidos, estructura y metodología del proceso de formación en salud mental. - Los participantes identifican la pertinencia de su formación en salud mental desde su trabajo - Los participantes se reconocen como grupo y se comprometen con el proceso a desarrollar durante la formación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida 2. Presentación general de los líderes del proceso y los participantes 3. Dinámica rompehielos 4. Reglas del juego 5. Cierre y concreción de compromiso individual <ol style="list-style-type: none"> 1. Lluvia de ideas 2. Explicación de conceptos y ejemplos
Módulo 2: La Salud mental y el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes se aproximan a los conceptos relacionados con salud mental. - Los participantes reconocen en sí mismos y en los demás, actitudes y comportamientos estigmatizantes en relación a la salud mental. - Los participantes identifican su rol en el cuidado de la salud mental desde su trabajo - Los participantes reconocen al entorno laboral como promotor de la salud mental 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Contextualización de la salud mental en el país 4. Preguntas para inicio de conversación grupal 5. Actividad de falso y verdadero 6. Configuración del estigma y sus consecuencias 7. El trabajo y la salud mental 8. Cierre
Módulo 3: Principios generales de la atención	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes conocen los principios generales de la atención, los cuales son: establecer comunicación y generar confianza; ayudar a las personas a mantener la calma; la importancia de la comunicación y la empatía para brindar ayuda; y mantener confidencialidad y privacidad. - Implementación de los principios generales de la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción a los principios generales de la atención 2. Discusión grupal 3. Explicar cada principio y en cada uno aplicar el juego de roles

Módulo	Objetivos	Desarrollo de actividades
Módulo 4: Primeros auxilios psicológicos	<p>atención en situaciones simuladas de interacción con posibles casos o eventos en salud mental, como dinámica instructiva.</p> <p>- Los participantes conocen los primeros auxilios psicológicos y su importancia</p> <p>- Implementación de los primeros auxilios psicológicos (empatía; evaluación de la situación; sondeo de alternativas y curso de acción; iniciar acciones concretas; y seguimiento y retroalimentación) en situaciones simuladas y específicas de crisis, como crisis de angustia o de pánico, duelo (reacción ante pérdidas graves) y conducta suicida, como dinámica instructiva.</p>	<p>4. Cierre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lluvia de ideas 2. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos? 3. Discusión en grupos 4. ¿Quién puede brindar la primera ayuda psicológica? 5. Ejercicio individual 6. Pasos para brindar primeros auxilios psicológicos 7. Ejercicio grupal 8. Situaciones específicas de salud mental en las que se pueden aplicar los primeros auxilios psicológicos 9. Cierre
Módulo 5: ¿Cómo identificar los problemas y trastornos mentales?	<p>- Los participantes reconocen los síntomas que indican la posible presencia de problemas o trastornos mentales en sí mismos y en las demás personas.</p> <p>- Los participantes identifican los diferentes problemas y trastornos mentales más comunes y sus diferencias.</p> <p>- Implementación de los instrumentos de tamizaje (no diagnóstico) que se recomiendan aplicar ante la sospecha de problemas o trastornos mentales, basados en una serie de preguntas (cuestionarios), como dinámica instructiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situaciones y comportamientos que pueden sugerir la presencia de un problema o trastorno mental 2. Conociendo e identificando los problemas y trastornos mentales 3. Actividad grupal y análisis de casos 4. Tamizaje en salud mental y sus instrumentos 5. Auto-aplicación de cuestionario de auto-reporte de síntomas (Síntomas Self-Reporting Questionnaire - SQR) 6. Comentarios de participantes 7. Ejercicio en grupos 8. Cierre

Módulo	Objetivos	Desarrollo de actividades
Módulo 6: Auto-cuidado	<ul style="list-style-type: none"> -Los participantes se reconocen como personas que pueden llegar a presentar afectaciones en su salud mental. - Creación de alternativas para el propio cuidado de la salud mental. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificando sus propios síntomas 2. Lluvia de ideas 3. Proponiendo alternativas de autocuidado 4. Cierre

Nota. Adaptado de *Manual para formación en salud mental: Componente comunitario*, por Ministerio de Salud y Protección Social, 2018.

Como último proceso de la primera acción estrategia, se encuentra el proceso comunicacional.

el fomento de la comunicación en el marco del funcionamiento del centro de escucha laboral, se plantea desde la lógica de la comunicación para el desarrollo, que parte del reconocimiento de las capacidades, necesidades e intereses de la población. Se debe, por tanto, diseñar y realizar de manera concertada con la población, considerando sus canales y medios sociales. Todo ello en conjunto con la educación, exige permanente ejercicio de adecuación comunicativa y pedagógica en clave del lenguaje de la población en la que este inserto el dispositivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 16).

Para este proceso se plantearon tres actividades. Una vez generadas las relaciones de cercanía y de confianza con los actores del sector laboral formal, tanto a nivel grupal como individual, se propone realizar una actividad denominada “el baúl del desahogo”.

La actividad consiste en dejar instalada en cada empresa un baúl cerrado al público, en donde se invite a que los trabajadores y trabajadoras puedan depositar en este, todos los sentimientos, emociones y/o pensamientos negativos que sienten y que creen que los perjudican a través de cartas. Estas cartas, además de servir como escritura terapéutica para el desahogo

emocional, serán insumos de gran utilidad para saber cómo abordar, de una forma más puntual, los problemas que aquejan a los trabajadores y trabajadoras de las distintas empresas.

La misión de esta actividad es entablar una relación mucho más cercana con el individuo, es decir, una actividad personal que logre canalizar de buena forma los pensamientos negativos que pueda tener, de una forma en la que no se sienta juzgado(a) o atemorizado(a) por su estado mental.

Al momento de presentar la propuesta de la actividad frente a los distintos colectivos, se hará la aclaración que toda la información suministrada será de total confidencialidad y manejada bajo el anonimato, para evitar posibles conflictos.

Este medio de acercamiento permitirá generar las bases de información para la segunda actividad, la cual será una revista fundamentada en los problemas más comunes en materia de salud mental de la población laboral, cuya iniciativa será la promoción y prevención de la salud mental, a través de su estructura creativa y que tendrá un mayor impacto, gracias a los comentarios de los trabajadores y trabajadoras.

El formato de la revista será especial para cada empresa, de acuerdo a las necesidades y requerimientos de los trabajadores y trabajadoras. El contenido de la revista será dividido en las siguientes partes: La primera será informativa y tendrá un componente científico/teórico sobre los problemas específicos de los trabajadores y trabajadoras, es decir, el antecedente del problema, las causas, síntomas, sus repercusiones y demás factores.

Una segunda parte será dirigida a cómo abordar el manejo de dichos problemas, y compartir lecciones aprendidas y/o casos de éxitos de personas que padecen algún problema mental, pero que siguen el curso de su vida de una forma equilibrada. Estas dos secciones

reforzarán el conocimiento impartido en los módulos y permitirán tener una mayor aplicabilidad de los conocimientos en la vida laboral.

Una tercera sección será el instrumento didáctico que le permita a los lectores tener una estimulación cerebral a través de la coordinación visual, la concentración, la lógica, el cálculo, la atención, entre otros, para que fomenten el positivismo, la creatividad y la salud mental. Esta sección incluirá laberintos, figuras para colorear y rompecabezas recortables, frases motivadoras, crucigramas, entre otros.

Como última sección de la revista, habrá un tablero dedicado a la interacción laboral llamado “me sirvió, te puede ayudar”, establecido para que los trabajadores y trabajadoras puedan escribir frases, mensajes, nombres de libros, documentales y cualquier otro dato que les ha ayudado a mejorar su salud mental, y que crean que les pueda servir a sus compañeros. Este último espacio alentará a que haya una rotación constante de la revista, y de esta forma, generar más empatía entre los trabajadores y trabajadoras, ayudando al clima organizacional y al fortalecimiento de grupos formales e informales al interior de la empresa.

De igual manera, la rotación de la revista permitiría una mayor cohesión a nivel empresarial, ya que las empresas podrían hacer pautas publicitarias en ella, y esto podría generar nuevas alianzas estratégicas que potencialicen los servicios de salud mental a nivel laboral.

La tercera y última actividad será el uso de las redes sociales como medio de comunicación masivo para la participación de toda la población laboral, que permita tener un mayor flujo de información y una constante retroalimentación de las lecciones aprendidas. A través de las redes sociales también se puede generar un mayor enriquecimiento de las bases de

información sobre la opinión del trabajador y trabajadora, mediante encuestas, preferencias, tendencias, entre otros.

Como segunda acción estratégica definida está la gestión del caso.

Se concibe como una forma de ofrecer, avanzar y mejorar atención integrada, coordinada y continuada en salud, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales, acorde con la necesidad y en concertación con las personas, según situaciones y condiciones particulares. Incluye los procesos que se adelantan en los escenarios colectivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 16).

Al ser una acción estratégica que requiere de un sitio fijo de trabajo, el lugar más apropiado para establecer el centro de escucha laboral sería en un escenario comunitario, es decir, en la Alcaldía de Armenia, en donde también se ofrece el centro de escucha enfocado en el consumo de SPA. Por medio de un convenio con esta entidad, se podría realizar la instalación del centro y el préstamo de implementos necesarios para su funcionamiento, tales como sillas, mesas, entre otros.

En caso de que esta propuesta sea denegada, la disponibilidad de espacios físicos ofertada por los actores sociales, podría ser una alternativa para la instalación del dispositivo, es decir, el funcionamiento del centro de escucha laboral se puede dar desde un punto fijo o puede tener una rotación determinada en todo el municipio. Estos cambios se harían saber al público con un cronograma fijo y oportuno que permita el acceso a los servicios de la población laboral formal.

Así pues, las actividades que abarca la segunda acción estratégica son las siguientes: identificación de necesidades, canalización, acompañamiento del caso, y seguimiento del caso.

La identificación de necesidades es un proceso que comprende acciones de valoración y detección del riesgo de la población en salud mental, las cuales comprenden a su vez: la aplicación de pruebas de tamización para la detección de riesgos en salud mental, clasificación del riesgo para la salud asociado a la salud mental, valoración de otros riesgos de salud y psicosociales asociados, disponibilidad de asesorías y pruebas rápidas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 17).

“En alineación con la RIAS específica para salud mental, el riesgo se puede clasificar en bajo, medio o alto. Para estos niveles, se plantean las siguientes acciones, acordes con los hallazgos”: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 17)

Para los casos identificados en riesgo bajo, se promueven procesos de desarrollo de capacidades, acompañamiento y asesoría. En la misma atención se brinda información general para promover la salud mental. Para los casos en riesgo medio y alto, se realiza entrevista motivacional que busca generar cambios o decisiones, complementado con primeros auxilios psicológicos e intervención breve. Luego, se comparten los resultados de tamización y se deriva en la gestión del caso y la canalización, que incluye la conexión hacia las rutas específicas de atención en salud que se requieran, así como los apoyos complementarios del caso en materia social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 17).

La segunda actividad es la canalización.

Este proceso se orienta a promover la vinculación a los procesos en el marco de la lógica y orientaciones de las RIAS, por lo cual, se puede canalizar a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y dentro de esta, a la ruta de promoción de la salud mental, la

identificación del riesgo, prevención de problemas y trastornos mentales y del consumo de SPA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 18).

Como tercera actividad para implementar, está el acompañamiento del caso, que incluye primeros auxilios psicológicos y las intervenciones breves.

Los primeros auxilios psicológicos son

acciones que se ponen en práctica en forma provisional tan pronto se reconoce una emergencia o una crisis, y mientras se obtiene una atención profesional especializada para salvar la vida, lograr la estabilidad emocional y recuperar la salud del individuo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a, p. 27).

“Se trata de auxiliar a la persona en crisis, ayudarla durante el periodo difícil, prevenir posibles complicaciones psicológicas y, en lo posible, sacar algún provecho positivo en la resolución de la crisis” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a, p. 27).

Por otro lado,

La intervención breve es concebida como una estrategia de abordaje psicológico de breve intensidad y duración. El éxito de la intervención breve tiene que ver con que en su aplicación se incluya retroalimentación sobre riesgos y orientación para el cambio, se ofrezca un menú de alternativas de cambio, y se ponga la responsabilidad sobre el cambio en el consultante (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, pp. 18-19).

Esta intervención, a su vez,

puede incluir una técnica específica denominada la entrevista motivacional, la cual se define como un estilo de consejería directiva, centrada en la persona, para generar un

cambio de comportamiento al ayudarla a explorar y resolver su ambivalencia. Está centrada y orientada a metas, y se fundamenta en la empatía, el desarrollo de la discrepancia (inconsistencia entre las metas y el comportamiento), el trabajar en la resistencia, y el apoyar el sentido de auto-eficacia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 19).

Finalmente, se efectúa el seguimiento al caso, que “implica el acompañamiento y la asesoría orientada a promover la adherencia a la atención recomendada del individuo, y a su sostenimiento en el proceso. También implica el seguimiento del caso en acciones de canalización” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 19).

Para el desarrollo de estas actividades es fundamental contar con un equipo de talento humano capacitado e idóneo. Dado los recursos disponibles en talento humano por parte de los actores clave, se podría realizar una propuesta de acompañamiento para el desarrollo del centro de escucha laboral con el Club de leones filial Armenia Cocora, quienes tienen a su disposición psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras.

Otra forma de poder ejecutar esta acción, es generar un convenio institucional con la Corporación universitaria empresarial Alexander Von Humboldt, quienes cuentan en su oferta académica con programas de pregrado en medicina, psicología y enfermería. En este sentido, el centro de escucha laboral se podría configurar como un campo de práctica para pasantes de los programas anteriormente mencionados, con el propósito de fortalecer los conocimientos prácticos que los estudiantes requieren.

Finalmente, la tercera acción para el funcionamiento del centro de escucha laboral es la promoción del fortalecimiento de redes comunitarias.

“A partir del funcionamiento del dispositivo comunitario, se promueven la construcción de un conjunto de redes y relaciones que posibilitan que los resultados positivos no sean solo para los beneficiarios inmediatos, sino que también tengan impacto en la población” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 19) laboral.

Las redes sociales “contribuyen a lograr transferencia de poder mediante el desarrollo de capacidades y/o destrezas para la vida, el establecimiento de lazos solidarios que ofrecen ayuda en situaciones críticas y, que a su vez, refuerzan los sentimientos de autovaloramiento y autodeterminación” (Saforcada et al., 2015, p. 101).

“El accionar de la red hace posible la sinergia o efecto red, y se alcanza cuando cada uno de los integrantes de la red obtiene mayor ventaja (en términos individuales) por su participación en este fenómeno colectivo” (Saforcada et al., 2015, p. 101).

Para que esto sea posible, se propone como primera actividad, la creación de una macro red que consolide el entorno laboral como un entorno protector para la salud mental, con orientación preventiva y predictiva, de los trabajadores y trabajadoras del sector formal del municipio de Armenia.

Esta red se promoverá a través del fortalecimiento intersectorial, en donde habrá un trabajo mancomunado para reforzar los cuidados de la salud mental, mediante planes laborales de salud mental, orientados al soporte y apoyo, que cuenten con el desarrollo de tres estrategias principales: estrategias psicológicas, recreativas y reflexivas.

Las estrategias psicológicas se asocian al control de la mente y la influencia de la salud mental sobre esta. Sus actividades se desarrollarán en el centro de escucha laboral.

Las estrategias recreativas se enfocan en las actividades relacionadas con el arte, la lectura, la cultura, y el deporte. Esta estrategia se desarrollará en lugares abiertos y con la asociación de actores especialistas en el tema. Uno de ellos sería la Corporación de cultura y turismo de Armenia.

Las estrategias reflexivas permitirán forjar un equilibrio entre los conocimientos adquiridos y el relacionamiento con el entorno laboral, por medio de espacios interactivos en donde la población laboral pueda tener la oportunidad de socializar de una forma diferente y práctica. El desarrollo de esta estrategia tendrá lugar en los espacios físicos ofrecidos por los distintos actores, y se asemejarán a clubes sociales y/o cafés interactivos.

Como segunda y última actividad, se propone practicar procesos de participación colectivos en favor de la promoción de la salud mental, tales como charlas y foros con la participación de expertos y de testimonios de personas que han tenido algún quebranto significativo en su salud mental pero que han sido casos de éxito a nivel laboral, con el fin de incentivar el empoderamiento y liderazgo en la población laboral.

En la Tabla 8 se adjunta toda la información de las acciones estratégicas del centro de escucha laboral, cada una con sus respectivas actividades, nivel de participación, los resultados esperados por actividad y el talento humano requerido para su ejecución.

Tabla 8

Acciones estratégicas del centro de escucha laboral con los resultados esperados y el talento humano requerido para la población laboral formal del municipio de Armenia

Acción estratégica	Actividad	Participación individual	Participación colectiva laboral formal	Resultado esperado	Talento humano requerido	
Primer proceso: Informativo						
Primera acción estratégica: Información, comunicación y educación para la salud mental	Encuentros disruptivos para la socialización de los temas		X	Población laboral formal que puede reconocer la prevención y promoción de la salud mental	Auxiliar en enfermería, psicólogo (a), profesional con perfil social	
	Segundo proceso: Educativo					
	Metodología pedagógica desarrollada por módulos	X	X	Población laboral formal que accede a información que les permite gestionar riesgos sin generar daños	Auxiliar en enfermería, psicólogo (a), profesional con perfil social	
Tercer proceso: Comunicacional						
Segunda acción estratégica: Gestión del caso	Baúl del desahogo	X		Población laboral formal con disponibilidad y acceso a herramientas orientadoras para una mejor salud mental Diagnóstico certero sobre el estado de salud mental de las personas que laboran en el sector formal Direccionamiento de las personas con un diagnóstico	Psicólogo (a), profesional con perfil social	
	Revista	X	X			
	Uso de redes sociales	X	X			
	Identificación de necesidades	X			Auxiliar en enfermería, psicólogo (a), profesional con perfil social	
	Canalización	X				

Acción estratégica	Actividad	Participación individual	Participación colectiva laboral formal	Resultado esperado	Talento humano requerido
Tercera acción estratégica: Promoción del fortalecimiento de redes comunitarias	Acompañamiento del caso	X		irregular hacia los servicios de salud de la EPS correspondiente Intervención oportuna para la persona que lo requiera	
	Seguimiento del caso	X		Persona con adherencia al tratamiento	
	Creación de una macro red protectora del entorno laboral		X	Entorno laboral protector y promotor de la salud mental con énfasis preventivo y predictivo para la población laboral del sector formal	Psicólogo (a), profesional con perfil social y gerentes del sector formal
	Procesos de participación colectivos		X	Mayor colaboración e integración intersectorial para la promoción y prevención de la salud mental de la población laboral formal	Psicólogo (a), profesional con perfil social y gerentes del sector formal

Nota. Elaboración propia.

CONCLUSIONES

El objetivo central del presente trabajo era determinar la contribución de un centro de escucha laboral con orientación preventiva y predictiva en el mejoramiento de la salud mental de la población laboral formal en el municipio de Armenia.

Mediante la revisión bibliográfica, el análisis de datos y la creación de un imaginario en donde se llevó a la práctica el contenido temático, la investigación demuestra que la aplicación del centro de escucha laboral tendría un aporte positivo incalculable en la mejora de la salud mental de la población laboral en el sector formal, ya que sería la primera acción enmarcada en salud mental con un enfoque laboral, cuyo campo de acción permitiría tener una complicitad holística de todos los actores sociales y, por lo tanto, un alto grado de impacto en la población laboral.

Los resultados de esta investigación sugieren la creación y puesta en marcha del centro de escucha laboral, el cual favorecerá la colaboración y coordinación intersectorial, y a su vez, permitirá la promoción y apropiación de procesos para el cuidado de la salud mental.

El presente estudio ha proporcionado una visión más profunda sobre cómo el desarrollo de una estrategia de base comunitaria, puede configurar un panorama favorecedor y consciente para con la salud mental del municipio de Armenia desde el entorno laboral, el cual se puede transformar en un entorno protector.

Siguiendo esta lógica, la investigación sienta las bases que permitirán enrutarse futuras acciones que coadyuven en el mejoramiento de la salud mental desde un enfoque laboral, propiciando la creación de un marco de acción de salud escalable a largo plazo.

Al ser el primer estudio que acoge medidas nunca antes aplicadas, es necesario realizar investigaciones posteriores que puedan determinar la eficacia y validen lo que se plantea, las cuales pueden arrojar resultados bastante interesantes que contrasten la teoría con la práctica.

En conjunto, los resultados obtenidos tienen una serie de implicaciones importantes para la práctica futura, ya que se contempla una nueva propuesta de abordaje desde la salud, en donde el tratamiento de la salud mental ha sido considerado como uso exclusivo de las instituciones prestadoras de salud, sin tener en cuenta el alto grado de ayuda y complicidad que puede tener el trabajo desde la comunidad laboral, bajo principios de colaboración y de construcción de redes.

REFERENCIAS

Alcaldía de Armenia. (n.d.). *Perfil salud*. Sin Fecha. <https://www.armenia.gov.co/perfil-salud>

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución política de Colombia 1991*.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. <https://doi.org/10.1201/b15271>

Cámara de comercio de Armenia y del Quindío. (2021). *Dinámica empresarial en el Quindío 2021*. <http://www.ontsi.red.es/ontsi/estudios-informes/109>

Cámara de Comercio de Armenia y del Quindío. (2022). *Respuesta a solicitud de información*.

Campos, R., & Novella, E. J. (2017). La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960). *Dynamis*, 37(1), 65–87.

Comité intergremial y empresarial del Quindío. (n.d.). *Quiénes somos?* Sin Fecha.

<http://juntacomiteintergremial.blogspot.com/p/quienes-somos.html>

Congreso de la república. (2011). *Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*.

Congreso de la república. (2012). *Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>

Congreso de la república. (2013). *Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de*

salud mental y se dictan otras disposiciones. *Ley 1616 de 2013*, 1–17.

Corporación de Cultura y Turismo de Armenia. (n.d.). *Acerca de Corpocultura*. Sin Fecha.

<http://armeniaculturayturismo.gov.co/acerca-de-corpocultura/>

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Design*.

Departamento Nacional de Planeación. (2020). *CONPES 3992 - Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*. 70.

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3992.pdf>

Fasecolda. (2022a). *Comunicado de prensa*. <https://fasecolda.com/sala-de-prensa/fasecolda-en-linea/noticias/abril/en-2021-se-afiliaron-cerca-de-900-mil-nuevos-trabajadores-al-sistema-general-de-riesgos-laborales/>

Fasecolda. (2022b). *El Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia*.

<https://fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2022/04/Seminario-para-periodistas-ARL.pptx>

Federación Mundial de Salud Mental. (2009). *Salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. https://www.paho.org/costa-rica/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-mental&alias=23-salud-mental-en-atencion-primaria&Itemid=222

Fenalco. (n.d.). *Que hacemos*. Sin Fecha. <https://www.fenalco.com.co/es/somos-fenalco/que-hacemos/>

Gobernación del Quindío. (n.d.). *Misión*. <https://quindio.gov.co/mision>

Gutiérrez Avendaño, J. (2019). *Mens sana in corpore sano: incorporación de la higiene mental en*

- la salud pública en la primera mitad del siglo XX en Colombia. *Historia Caribe*, XIV(34), 91–121. <https://doi.org/10.15648/hc.34.2019.3>
- Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales. *Papers*, 48, 103–126.
- Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *Redes. Revista Hispana Para El Análisis de Redes Sociales*.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 2646 de 2008. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la d.* <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>
- Ministerio de la Protección Social, & Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento - propuesta para discusión y acuerdos*.
- Ministerio de la Protección Social, UNODC, RAISSE, & Corporación Viviendo. (2009). *Modelo Zonas De Orientación Escolar (ZOE)*. 1–63.
- Ministerio de Protección Social, & Fundación FES Social. (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. *Republica de Colombia*, 1–37.
- Ministerio de Salud. (1994). *Decreto 1757 de 1954. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud*. 13. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850>
- Ministerio de Salud. (1998). Resolución 2358 de 1998. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. *Bogotá*, 1998(43), 61.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.*

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. In *Revista Colombiana de Psiquiatria* (Vol. 45). <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Política de Atención Integral En Salud.*

<https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.* 20142018.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Manual para formación en salud mental: Componente comunitario.* 76.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-formacion-componente-comunitario-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Política Nacional de Salud Mental.* In *Ministerio de Salud y Protección Social.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. In *Ministerio de Salud y Protección Social* (pp. 1–17). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *ABECÉ Dispositivos Comunitarios*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos para la implementación de dispositivos comunitarios en salud: orientaciones para la acción en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad - RBC en salud mental*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan decenal de salud pública PDSP 2022 - 2031*. 1–691. <https://manizalessalud.net/wp-content/uploads/2022/06/ABECE-EPDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, OPS, & Corporación Consentidos. (n.d.). *Documento de lineamientos para zonas de orientación Universitaria (ZOU)*. 1–64.

Ministerio de Salud y Protección Social, & Universidad Nacional de Colombia. (2014). *Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014*. 1–18.

Ministerio del Trabajo. (2014). *Decreto 1477 de 2014. Por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales*. http://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Normatividad/Decretos/Dcto_1477_2014.pdf

- Ministerio del Trabajo. (2015). *Decreto 1072 de 2015. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo.*
- Ministerio del Trabajo. (2019a). *Bienestar y salud mental: un compromiso de MinTrabajo y el Sector Público.* <https://www.mintrabajo.gov.co/prensa/comunicados/2019/julio/bienestar-y-salud-mental-un-compromiso-de-mintrabajo-y-el-sector-publico>
- Ministerio del Trabajo. (2019b). *Resolución 2404 de 2019. Por la cual se adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población* (pp. 1–8).
- Ministerio del Trabajo. (2021). *Tercera encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos laborales.*
<https://www.researchgate.net/publication/362455968>
- Ministerio del Trabajo, & Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora. Guía técnica general.* <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Ministerio del Trabajo, & Pontificia Universidad Javeriana. (2016). *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral.*
- Naciones Unidas. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe. In *Publicación de las Naciones Unidas.*
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.*
- OMS. (2022a). Informe mundial sobre salud mental. *Oms*, 32.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>
- OMS. (2022b). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. In *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- ONU. (2020). La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. *Informe de Políticas*, 22. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- OPS. (2009). *Salud mental en comunidad, segunda edición.*
- OPS. (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- OPS. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y#:~:text=El documento La carga de,los trastornos mentales%2C por consumo
- OPS. (2020). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. In *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*.
<https://doi.org/10.37774/9789275323014>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D.,

- Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, Jü. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Quintero Álvarez, L., Marulanda Arcila, B. E., & González Quintero, R. (2021). *Análisis de situación de salud en el modelo de determinantes sociales ASIS – Armenia 2021*.
- Saforcada, E., Castella Sarriera, J., & Alfaro Inzunza, J. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*.
- Saraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. In *Suparyanto dan Rosad (2015 (Vol. 5, Issue 3))*.
- SISPRO. (2020). *No Title*. Observatorio Nacional de Convivencia Social y Salud Mental. <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>
- Transmisora Quindío 720 AM. (n.d.). *Nuestra Historia*. <https://transmisoraquindio.com/nosotros/>
- UNODC, Ministerio de Salud, & Corporación Consentidos. (2014). *Diseño y validación un modelo de gestión para el fortalecimiento y seguimiento de las estrategias y dispositivos de base comunitaria para la prevención y mitigación de impactos frente al consumo de sustancias psicoactivas SPA, sobre la base de las experie*.
- Vasco, E., Botero Díaz, G., De La Roche, J. J., Londoño, J. B., Nicholson, M. J., Eversole, U. H., & Hand, L. V. (1943). *Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Vol. 1, No. 2. Marzo - Abril. 1943. Tercera época*.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social Network Analysis: Methods and applications*. <https://doi.org/10.2307/2075047>

World Health Organization. (2005). *Mental health : facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference.*

World Health Organization, & International Labour Organisation. (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices.*

http://wwwlive.who.int/entity/mental_health/media/en/73.pdf

Wynne, R., Broeck, V., Vandenbroek, K., Leka, S., Jain, A., Houtman, I., & McDaid, D. (2014). Promover la salud mental en el puesto de trabajo. In *Guia para la aplicación de un enfoque integral*. <https://doi.org/10.2767/54854>

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 9

Indicadores de salud mental de trastornos mentales y del comportamiento en Colombia por departamento para el año 2020

Departamento	Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	Tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas en condición de discapacidad, atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental
Amazonas	1,75	45,27	2,15%	3,21%	7,14%	49,74%
Antioquia	2,23	33,35	4,92%	2,82%	18,70%	27,54%
Arauca	1,08	24,84	2,44%	2,87%	10,32%	46,16%
Atlántico	1,80	37,44	4,34%	2,96%	15,77%	36,34%
Bogotá, D.C.	2,89	37,21	5,04%	4,85%	18,81%	38,39%
Bolívar	1,75	32,46	3,25%	4,38%	12,04%	29,24%
Boyacá	1,41	31,65	3,52%	3,63%	12,46%	43,09%
Caldas	4,14	90,12	7,09%	8,40%	19,50%	31,47%
Caquetá	1,08	23,84	2,55%	2,74%	8,44%	42,94%
Casanare	1,79	30,29	2,69%	2,68%	9,98%	52,23%
Cauca	1,09	24,02	3,03%	2,55%	12,05%	40,40%
Cesar	1,65	18,96	2,78%	2,63%	9,28%	39,39%

Departamento	Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	Tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas en condición de discapacidad, atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental
Chocó	0,51	14,10	2,18%	1,42%	9,20%	38,40%
Córdoba	0,60	15,03	2,99%	1,71%	9,23%	25,97%
Cundinamarca	1,77	29,24	3,98%	4,05%	21,50%	40,98%
Guainía	0,00	0,00	1,68%	2,36%	13,02%	36,82%
Guaviare	0,00	0,00	2,34%	10,58%	9,17%	45,37%
Huila	2,79	39,22	2,93%	1,54%	8,66%	41,65%
La Guajira	0,55	9,76	1,78%	1,53%	7,22%	46,71%
Magdalena	0,73	10,23	2,52%	2,14%	7,71%	31,49%
Meta	1,51	14,06	3,33%	6,33%	14,49%	41,62%
Nariño	0,90	21,86	5,19%	5,94%	11,50%	59,91%
Norte de Santander	2,11	41,01	3,86%	3,08%	13,24%	39,93%
Putumayo	0,99	25,26	3,29%	4,20%	10,33%	53,46%
Quindío	4,76	99,19	6,46%	10,89%	18,04%	38,85%
Risaralda	2,25	54,03	6,40%	5,39%	16,32%	37,78%
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3,53	25,67	4,99%	3,95%	13,08%	26,47%
Santander	2,91	49,88	4,93%	5,18%	14,63%	36,38%
Sucre	0,75	8,88	3,51%	2,32%	9,80%	27,72%
Tolima	2,25	41,89	4,22%	3,11%	14,33%	37,96%
Valle del	3,26	57,82	4,85%	3,27%	15,70%	41,31%

Departamento	Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	Tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas en condición de discapacidad, atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental
Cauca						
Vaupés	3,43	16,66	1,48%	2,99%	6,97%	72,63%
Vichada	0,00	0,00	1,89%	1,89%	10,34%	58,65%
Colombia	2,19	35,60	4,42%	3,73%	15,16%	38,91%

Nota. Adaptado de *SISPRO*, por Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, *SISPRO*

(<http://rsvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>).

Anexo 2

Tabla 10

Caracterización de los actores involucrados en el municipio de Armenia

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
Laboral	Comité intergremial y empresarial del Quindío	Aunque no manejan asuntos relacionados con la salud mental tanto interna como externamente, han analizado el estado de la salud mental y el suicidio a nivel municipal. - En sus planes, está la construcción de una política pública para la salud mental.	- Tienen buena relación con la secretaria de salud municipal. Con esta, se han enfocado en el tema del suicidio en los últimos 5 años.	Estarían prestos a realizar diversos aportes, ya que tiene gran capacidad por su configuración de representar a varios gremios.
	Fenalco seccional Quindío	No manejan ni se enfocan en temas relacionados con salud mental.	- Tienen buen relacionamiento con la clínica el prado, ya que fue ponente en una reunión que realizaron sobre salud y seguridad en el trabajo. - Tienen buena relación con la secretaria de salud y la cámara de comercio.	En infraestructura (para foros y seminarios), y en recurso comunicacional, a través de la difusión por los canales de comunicación que disponen.
Salud	E.S.E Hospital departamental	- Realizan actividades de sensibilización y acompañamiento	- Tienen buen relacionamiento con la clínica el prado a través del	En infraestructura, bajo ciertos

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
	<p>universitario del Quindío San Juan de Dios</p> <p>Secretaría de salud municipal</p>	<p>psicológico para colaboradores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta mediados del 2022, tuvieron un programa radial llamado “San Juan te informa” con la emisora de la universidad del Quindío, hablando de varios temas, entre ellos la salud mental. - Tienen una estrategia llamada “el café del conocimiento”, que consiste en invitar a personas de otras entidades y tener conversaciones tipo foros dentro del hospital. - Han tenido capacitaciones con el SENA en cómo se debe brindar un buen manejo de la salud mental. - Se adaptan a las RIAS, al plan decenal de salud, y a la política nacional de salud mental y de SPA. - Disponen de SIVIGILA y los reportes de las EPS. Manejan cierta atención en las cifras de violencia y en los intentos de suicidio. - A partir del perfil epidemiológico, se identifican las problemáticas en las zonas más afectadas. Manejan tres líneas de acción: acciones de 	<p>programa “prado contigo”. Con esta clínica tienen activación de rutas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tienen vínculo con la universidad del Quindío con el programa de medicina para las prácticas con médicos internos. - Manejan rutas de activación con enfoque diferencial con la alcaldía y gobernación. - Piensan tener una alianza con hospital mental de Filandia para una mayor cobertura de atención. - Tienen buena relación con las EPS gracias a la activación de rutas. - En general, tienen relaciones intersectoriales. - Tienen una buena relación con el sector educativo, con un mayor interés en niños y adolescentes, así como con el ICBF y comisarías de familia. - Han realizado encuentros con 	<p>permisos.</p> <p>En infraestructura (un auditorio al interior de la alcaldía) y de talento humano.</p>

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
Educativo	Universidad del Quindío	<p>promoción de la salud mental, gestión del riesgo, y la gestión de la salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejan dos líneas de trabajo en general para la salud mental: la salud mental en general, y el consumo de SPA (el centro escucha está enfocado en la mitigación de daños y riesgos de SPA) - En relación con la creación de una oferta social multisectorial para la salud mental del municipio, solo han socializado una matriz para generar un plan de acción. Se espera que haya un ejercicio de articulación a mediados del 2023. - Atención en psicoeducación enfocada en la población universitaria. - Cuenta con una ZOU enfocada en la prevención y reducción de riesgos y daños por el consumo de SPA. - Sus actividades en salud mental se realizan por medio de campañas, jornadas itinerantes, manejo de redes sociales, y programas de sensibilización a la comunidad 	<p>padres de familia y estudiantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuentan con una red institucional con el hospital San Juan de Dios para la activación de rutas. - Tienen convenio con la universidad san Buenaventura y la corporación universitaria empresarial Alexander Von Humboldt para pasantes en el programa de psicología. 	<p>Disposición en infraestructura para foros.</p>

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
	<p data-bbox="352 1036 548 1105">Universidad la gran Colombia</p> <p data-bbox="384 1365 516 1399">Institución</p>	<p data-bbox="737 451 909 485">universitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="579 784 1073 886">- Tienen líneas de detección, prevención, promoción y atención para los estudiantes en salud mental. <li data-bbox="579 886 1073 1036">- En cada facultad, hay un asesor estudiantil que puede remitir a psicología a un estudiante que considere que necesite los servicios. <li data-bbox="579 1036 1073 1252">- A nivel interno se socializan temas como el consumo de SPA, violencia de género, inclusión y el suicidio. Con estos temas, se hacen énfasis de protocolos y de programas de sensibilización. <li data-bbox="579 1252 1073 1354">- Han tenido contacto con el público, pero se deben solicitar dichos encuentros. <li data-bbox="579 1354 1073 1399">- Prestan servicio de acompañamiento 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1108 451 1539 630">- Tienen buenas redes con la alcaldía, la secretaria de salud, y la gobernación del Quindío, a través de la asistencia en todas las mesas de salud mental. <li data-bbox="1108 630 1539 776">- Tienen una relación cercana con el sector educativo (colegios) a través de charlas y reuniones conjuntas. <li data-bbox="1108 776 1539 922">- En caso de que un estudiante presente una situación delicada, tienen activación de rutas con la EPS correspondiente. <li data-bbox="1108 922 1539 1101">- Tiene líneas de articulación intersectorial con la secretaria de salud (con el comité de diversidad y de consumo), y con el sector educativo. <li data-bbox="1108 1101 1539 1287">- Tienen campo de práctica de psicólogos con la corporación universitaria empresarial Alexander Von Humboldt y con la Universidad San Buenaventura. <li data-bbox="1108 1287 1539 1354">- Están abiertos y prestos a tener convenio con otras universidades. <li data-bbox="1108 1354 1539 1399">- Manejan rutas de activación con 	<p data-bbox="1577 1019 1839 1125">En infraestructura (auditorios y foros), y de talento humano.</p> <p data-bbox="1591 1365 1824 1399">En infraestructura</p>

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
	<p data-bbox="369 451 558 521">Universitaria EAM</p> <p data-bbox="352 1019 558 1198">Corporación universitaria empresarial Alexander Von Humboldt</p>	<p data-bbox="583 451 1079 630">de psicología y trabajo social exclusivo para la comunidad y padres de familia.</p> <ul data-bbox="583 565 1079 1398" style="list-style-type: none"> - Manejan rutas de activación en caso de necesitarlas. - Manejan dos perspectivas de salud mental: una desde la docencia como intervención, y la otra desde la visión comunitaria. - En el programa de psicología, desde el cuarto semestre hacen actividades de campo y los estudiantes tienen la posibilidad de impactar la comunidad más cercana. - desde el séptimo semestre, los estudiantes tienen prácticas de psicología clínica en el centro integral de psicología (se encuentra dentro de las instalaciones). Este centro es una IPS con objeto social diferente, disponible para toda la comunidad. 	<p data-bbox="1104 451 1562 1398">las EPS en caso de necesitarlas.</p> <ul data-bbox="1104 488 1562 1398" style="list-style-type: none"> - Tienen buenas relaciones con la alcaldía y la secretaría de salud. - Tienen un convenio con la corporación universitaria empresarial Alexander Von Humboldt debido al programa de practicantes de psicología, en donde han manejado temas de salud mental. - Trabajan de forma mancomunada, por medio de convenios con prácticas, y prácticas a nivel social y de investigación. - Pertenecen a una red regional de programas de psicología del eje cafetero, en donde pueden hacer intercambio de docentes y estudiantes. - Tienen buen relacionamiento con la alcaldía, la gobernación y sus respectivas secretarías de salud. - A nivel internacional, tienen convenio con múltiples 	<p data-bbox="1587 451 1856 781">bajo ciertos permisos, y de talento humano (solo dispondrían de practicantes en ingeniería de software en caso de que un proyecto los requiera).</p> <p data-bbox="1587 1003 1856 1219">Es viable que puedan disponer recursos de cualquier tipo, siempre y cuando se realice un estudio pertinente.</p>

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
	Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)	<p>Allí brindan acompañamiento psicológico, el cual es el eje de capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuentan con un observatorio de salud mental enfocado en niños y jóvenes en el departamento. - Brindan apoyo psicosocial a los aprendices en todos los cursos - Tienen un programa llamado “SENA mentalmente saludable” solo para instructores, en donde se trabajan los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de vigilancia epidemiológico para el control de los factores de riesgo psicosocial - Calidad de vida en el trabajo - Programa de prevención al consumo de sustancias psicoactivas - Programa de prevención de acoso en el trabajo 	<p>universidades de Alemania, España, México, Brasil, Ecuador, Chile, Perú y Venezuela.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiene buenas relaciones con Comfenalco y con Positiva Compañía de Seguros. Este último les ha brindado capacitaciones, asesorías e información acerca de salud mental. 	<p>Pueden facilitar las instalaciones (foros, salones) a través de permisos.</p>
Social	Caja de compensación familiar Comfenalco Quindío	<ul style="list-style-type: none"> - Tienen un programa llamado sanamente felices que es psicosocial y exclusivo para la comunidad interna. - Brindan atención psicológica y han brindado capacitaciones sobre primeros auxilios psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tienen rutas de activación con las EPS - Tienen buena relación con la secretaria de educación y de salud municipal, entre otras, en temas de salud mental. 	<p>Los recursos que podrían disponer serían de talento humano (psicólogos y trabajadores sociales) pero solo</p>

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
		<ul style="list-style-type: none"> - Manejan conversatorios con funcionarios acerca de la inteligencia emocional, el correcto abordaje de problemas, el suicidio, entre otros temas. - Tienen un programa de atención psicológica (PAP) para sus funcionarios - Han tenido charlas de salud mental con todas las organizaciones afiliadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tienen convenio con el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) 	<p>dirigidos a los clientes de la caja, es decir, a su público, ya que en anteriores veces no han tenido el apoyo intergremial esperado.</p>
Cultural	Corporación de cultura y turismo de Armenia	No tienen un enfoque especial para la salud mental, ya que sus servicios son dirigidos a grupos específicos de la población.	Participaron en una reunión del consejo municipal, la cual pretendía generar un plan intersectorial para la salud mental. Tienen poco relacionamiento con otros actores debido a las limitaciones en sus funciones, es decir, solo se enfocan en su misionalidad.	De ningún tipo, ya que no cuentan con recursos propios como comité.
Organizaciones de base comunitaria	Comité de Participación Comunitaria (COPACO) Club rotario Armenia	<p>Nunca han manejado el tema de la salud mental, ya que su misión es velar por la participación pública, y la construcción de las políticas públicas.</p> <p>Realizan charlas para los miembros internos sobre el amor propio, la prevención del suicidio, entre otros temas. En cuanto al público externo, no hacen intervenciones relacionadas con salud mental.</p>	Se han reunido con las secretarías de salud de la alcaldía y de la gobernación para hablar sobre la prevención del suicidio.	Podrían facilitar infraestructura (una casa) y talento humano (voluntarios y abogados)
Justicia	Departamento	Cuentan con dos áreas para la salud	Han tenido encuentros con la	Podrían disponer de

Sector	Instituciones, organizaciones, grupos o personas	Competencias y funciones en cuanto a salud mental	Actores con los que se relaciona, información y procesos que comparten en materia de salud mental	Recursos que podrían disponer (Tecnológicos, económicos, infraestructura, de talento humano, entre otros)
	de policía Quindío (DEQUI)	mental: trabajo social y psicología a nivel individual y grupal, solo dirigidas a la comunidad interna.	gobernación y la secretaria de salud municipal.	talento humano para actividades lúdicas.
Comunicaciones	Transmisora Quindío	No manejan ni se enfocan en temas relacionados con salud mental.	Se han reunido con las secretarías de salud a nivel municipal y departamental para hablar sobre el tema del suicidio.	Aportarían recursos comunicacionales, a través del espacio radial y del uso de redes sociales Podrían aportar recursos en talento humano, ya que disponen de psicólogos, trabajadoras sociales y psiquiatras.
ONG's y otras organizaciones	Club de leones filial Armenia Cocora	Su enfoque de salud mental es dirigido únicamente para los miembros internos, a través de actividades lúdico-recreativas. En cuanto al público externo, no hacen intervenciones relacionadas con salud mental.	No disponen de relaciones con otros actores en el tema de salud mental.	Además, podrían potencializar los servicios de un proyecto o estrategia de salud mental gracias a su capacidad de apoyo.

Nota. Adaptado de *Orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad - RBC en salud mental* (p. 59), por Ministerio de Salud y Protección Social, 2022