



Evaluación del programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo, Antioquia en el año 2021

Carlos Andrés Yepes Quiroz

Stefany Marín Oquendo

Julieta Carolina Silva López

Trabajo de grado para optar al título de Administradores en servicios de salud

Asesora

María Isabel Zuluaga Callejas

Psicóloga, Magíster en Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2022

---

Cita	Yepes Quiroz, Marín Oquendo y Silva López (1)
Referencia	Yepes Quiroz CA, Marín Oquendo S, Silva López JC. Evaluación del 1) programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo, Antioquia en el año 2021 [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2022.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	

---



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: José Pablo Escobar Vasco.

Jefe departamento: Elkin Fernando Ramírez Rave

## **Agradecimientos**

Deseamos expresar nuestro mayor agradecimiento en primera instancia a Dios por brindarnos salud y poder vivir esta experiencia.

Culminado nuestro trabajo de grado agradecemos a nuestra familia por su apoyo incondicional en toda nuestra vida de estudiante, en nuestra superación como personas y profesionales.

Queremos expresar también nuestro más sincero agradecimiento a la docente María Isabel Zuluaga Callejas por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de nuestro trabajo de grado. Debemos destacar, por encima de todo, su disponibilidad y ayuda durante nuestro proceso, no cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

A la Universidad de Antioquia ya que estudiar en ella ha sido un orgullo y una experiencia enriquecedora para nosotros, gracias a esta oportunidad lograremos completar una de las etapas más importantes de nuestra formación académica.

No menos importante a las personas del Municipio de Giraldo – Antioquia por permitirnos realizar la investigación.

## Tabla de contenido

Resumen .....	9
Abstract .....	10
Introducción .....	11
1. Planteamiento del problema .....	12
2. Justificación .....	18
3. Objetivos .....	22
3.1 Objetivo general .....	22
3.2 Objetivos específicos .....	22
4. Marco Teórico.....	23
4.1 Marco Conceptual .....	23
4.1.1 Concepto de salud mental.....	23
4.1.2 Salud mental como prioridad de la salud pública .....	24
4.1.3 Servicios de salud mental .....	27
4.1.4 La evaluación de programas de salud mental.....	33
4.1.5 Acceso a servicios de salud mental .....	34
4.1.6 Barreras de acceso .....	39
4.1.7 La percepción de la salud mental.....	41
4.2 Marco normativo .....	44
4.3 Contextualización del Municipio .....	46
5. Metodología.....	48
5.1 Diseño metodológico.....	48
5.2 Población.....	51
5.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	51
5.3.1 Criterios de inclusión .....	51

5.3.2	Criterios de exclusión .....	52
5.4.	Protocolo para la entrevista.....	52
5.5.	Técnicas del análisis de los datos .....	55
6.	Consideraciones éticas .....	59
6.1	Medidas de bioseguridad .....	61
6.2	Justificación del trabajo en campo .....	62
7.	Aspectos Administrativos .....	64
7.1	Cronograma .....	64
7.2	Viabilidad.....	64
7.3	Factibilidad .....	64
7.3.1	Factibilidad técnica:.....	64
7.3.2	Factibilidad financiera:.....	65
7.3.3	Factibilidad legal: .....	65
7.3.4	Factibilidad Ambiental: .....	66
7.4	Estrategias de difusión de los resultados y hallazgos de la investigación..	66
9.	Resultados .....	68
9.1.	Oferta de servicios de salud mental en el municipio de giraldo.....	68
9.2.	Rutas de acceso .....	72
9.2.1	Demanda y atención de servicios en los Centros de Escucha:.....	72
9.2.2	Capacidad instalada.....	74
9.3	Barreras de acceso .....	76
9.3.1	Accesibilidad geográfica.....	76
9.3.2	Instalaciones .....	79
9.3.3.	Barreras actitudinales.....	80
9.4.	Satisfacción de los usuarios.....	82

10. Discusión.....	84
11. Conclusiones.....	91
12. Recomendaciones.....	93
13. Referencias .....	94
14. Anexos .....	105

### **Lista de Anexos**

Anexo 1. Cronograma de actividades.....	106
Anexo 2. Presupuesto .....	106
Anexo 3. Formato entrevista a usuarios .....	108
Anexo 4. Formato entrevista a funcionarios .....	109
Anexo 5. Formato encuesta de Satisfacción .....	110
Anexo 6. Consentimiento informado a usuarios .....	112
Anexo 7. Consentimiento informado a funcionario .....	116
Anexo 8. Consentimiento para desarrollar trabajo de campo.....	120

**Lista de figuras**

Figura 1. Infografía Centros de Escucha .....	73
Figura 2. Encuesta de satisfacción .....	83



### **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud.

**APS:** Atención Primaria en Salud.

**ESE:** Empresa Social del Estado.

**CIE 10:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

**DALY:** Años de vida ajustados por discapacidad.

**ENSM:** Encuesta Nacional de Salud Mental.

**ETC:** Etcétera.

**LGBTI:** Es la agrupación de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Travestis, Intersexuales.

**SGSSS:** Sistema de Seguridad Social en Salud.

**PISCC:** Plan Integral de Seguridad y Convivencia Ciudadana.

**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública.

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

**Sars-CoV-19:** Coronavirus.

**PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas.

**COVID-19:** Coronavirus.

**USM08:** Usuario Masculino entrevista 08.

**PF02:** Psicóloga Femenina entrevista 02.

**NSH:** Sistema Nacional de Salud (Reino Unido).

## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo general Evaluar el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” del municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021, favoreciendo líneas de recomendación para su consolidación, con el fin de brindar elementos para realizar ajustes y garantizar calidad en el servicio. El estudio se llevó a cabo a partir de la perspectiva cualitativa, teniendo como método el estudio de caso y como técnica de recolección de información fue una entrevista semiestructurada y una encuesta de satisfacción como instrumento capaz de medir el nivel de satisfacción de los usuarios. Dentro de los principales resultados se reconoce disminuir los prejuicios y estigmas que aún existe en la comunidad Giraldina alrededor de los servicios de salud mental, convirtiéndose en una barrera para acceder a los servicios, esto debido a la falta de espacios propios y de garantías de privacidad y por otra, al tratarse de un Municipio pequeño. También se evidencia la necesidad de una infraestructura con el fin de ayudar a fortalecer la prestación del programa y a su vez mejorar la calidad de atención. Los usuarios que formaron parte del programa lo perciben como un lugar de libre expresión, apoyo y orientación frente a su situación de Salud mental. Esta investigación hace un aporte ético y político ya que se abordan temas como el estigma y la distribución del poder de los servicios, pues desde este enfoque se le está legitimando la palabra al usuario y a sus familias y no solo a los proveedores de la atención.

**Palabras claves:** Salud Mental, Centros de Escucha, estigma, evaluación

### **Abstract**

The following investigation had the 2021 social coexistence and mental health evaluation of "Centros de Escucha" from Girardota Antioquia as a general objective, improving the recommendation lines for their consolidation, with the purpose of give the elements to perform adjustemts and guarantee the quality of the service. The analysis was made starting from the qualitative perspective, having it as a case study method, and the recolection of information technique was a semi-structured interview and a poll of satisfaction as an instrument able to measure the satisfaction quality level of the customer. In the main results it is recognized that reduce the prejudice and stigmas that still exist into the Giralдина's community all around the mental health services, becoming into a barrier to access to the services, this is due to the lack of own spaces and privacy warranties for being a small town. It is also evident that the need of an infrastructure with the purpose of helping to fortify the program presentation and at the same time improve the attention service. The customers that are part of the program perceive it as a place of free expression, support and orientation to their mental health situation. This investigation makes an ethical and political contribution because it adresses topics like stigma and the distribution of the power into the services, because from this very approach, the customer and their families word is being legitimized instead of only the attention providers.

**Keywords:** Mental Health, stigma, evaluation, quality, perception.

## **Introducción**

Los programas en el marco de la salud deben ser evaluados y sometidos incuestionablemente a una valoración para evidenciar sus efectos, sus procesos, su implementación y sus verdaderos impactos a corto, mediano y largo plazo teniendo en cuenta a la población que se direcciona incluyendo un ejercicio participativo para evidenciar su efectividad desde los actores.

Lo anterior incluye que las personas sean parte del proceso de evaluación permitiendo a través de espacios de entrevistas y encuestas dar su perspectiva sobre la atención brindada.

En esta investigación se evaluará el programa de salud mental y convivencia social brindado por el programa Centros de Escucha de la secretaria de salud del municipio de Giraldo Antioquia, desde la perspectiva de los usuarios y de los funcionarios. En la primera parte se establecerán las bases teóricas pertinentes para enmarcar este estudio, así también como la delimitación metodológica. Durante el desarrollo de la investigación, en primer lugar, se dará una visión general describiendo la oferta del programa Centros de Escucha, relacionado con las rutas de acceso a los servicios, capacidad instalada y la forma en que el municipio recibe la demanda de atención por parte de la población; luego se evaluará el programa Centros de Escucha identificando las barreras de acceso relacionadas con localización geográfica, instalaciones y barreras actitudinales de la población. En la última parte, se hará una evaluación de la satisfacción de los usuarios entrevistados.

## 1. Planteamiento del problema

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad<sup>1</sup>. Para Alejandro Jadad la salud es “la capacidad de las personas o las comunidades para adaptarse, o para gestionar los desafíos físicos, mentales o sociales que se les presenten en la vida”. Esto traduce en que, si una persona sufre de miopía, el concepto anterior se catalogaba como no saludable, pero si se accede a unos lentes que prometen adaptarse al desafío de no ver bien, será saludable<sup>2</sup>.

Dentro de los determinantes de la salud mental además de las características individuales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones e interacciones con los demás, están los factores: sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales en las cuales se incluyen el contexto político como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales y las redes de apoyo comunitarias<sup>3</sup>.

Ahora bien, la calidad en la atención en los servicios de salud mental y convivencia social está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio, cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones, eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones. La OMS define como requisitos necesarios para alcanzar la Calidad en Salud los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud<sup>1</sup>.

Entre los factores asociados con problemas en salud mental están: la pobreza, enfermedades crónicas, maltrato o abandono en especial en población infantil, abuso

de sustancias en especial en la adolescencia, población adulta mayor, grupos minoritarios como: indígenas, sometidos a discriminaciones y violaciones de derechos, población LGTBI, prisioneros o expuestos a conflictos armados o desastres naturales u otras emergencias humanitarias<sup>3</sup>.

Un factor que afecta la búsqueda de ayuda es la estigmatización que existe en muchas sociedades sobre esta atención. Este estigma se presenta en varios lugares en América Latina y establece una barrera que impide el desarrollo de servicios de salud mental y su utilización<sup>4</sup>.

Se puede reducir el estigma que soportan las personas con enfermedad mental por medio de la educación<sup>5</sup>. La interacción con pacientes de salud mental y la integración de los servicios de salud mental a los otros servicios de salud<sup>6,7</sup>. Es necesario prestar atención a la forma como se restringen los derechos de los pacientes evitando al máximo la exclusión, la hospitalización involuntaria y el uso de medicaciones con efectos secundarios<sup>8</sup>. En Colombia nos encontramos entre la negación, la tolerancia y la aceptación y aún se estigmatiza al enfermo mental, dificultando que muchas personas reconozcan que tienen un trastorno y busquen atención<sup>9</sup>.

La falta de recurso humano es el principal problema para atender la salud mental. La OMS informa que en muchos países solo se invierte el 2 % del total de los recursos de la salud, siendo el gasto anual promedio en salud mental inferior a 0,2 US\$ 3 por habitante y en los países de bajos ingresos, US\$ 0,25 por habitante, donde la escasez de psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos<sup>10,11</sup>. Casi la mitad de la población del mundo habita en países donde se dispone de un psiquiatra por 200.000 personas y en países de bajos ingresos hay menos de un especialista por millón de habitantes<sup>10,12</sup>.

Cabe destacar que según la OMS a nivel mundial la depresión y ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y la

productividad, señala que más de 300 millones de personas en el mundo sufren de depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad y, de hecho, gran cantidad de estas personas padecen ambas afecciones afectando así a la convivencia<sup>1</sup>.

No obstante, las condiciones sociales y políticas en los últimos años y en especial las cifras y diferentes expresiones de la violencia, además de otras problemáticas sociales, sugieren un incremento tanto en los factores de riesgo de salud mental como en las manifestaciones y actos vandálicos, como consecuencia de ello los homicidios y suicidios, han desencadenado un grave problema de salud pública debido a que pueden causar muertes inesperadas, lesiones o enfermedades mentales (la depresión o la ansiedad) en las comunidades afectadas, excediendo la capacidad de tratamiento de las instituciones médicas locales y requiriendo ayuda externa<sup>13</sup>.

Durante las últimas décadas el impacto de los trastornos mentales sobre el conjunto de la sociedad se ha subestimado<sup>14</sup>. Entre un 17% y un 30% de la población mundial padece algún trastorno mental cada año y cerca del 50% lo sufrirá a lo largo de su vida<sup>15</sup>.

El Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS demuestra la escasez de recursos de los países medios y bajos para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de los recursos destinados a los servicios de salud orientado a la salud mental y a la convivencia social<sup>13</sup>.

Colombia no se queda atrás entre los países con mayor prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos<sup>16</sup>.

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental (2003)<sup>17</sup> el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un

trastorno mental. La Encuesta Nacional de Salud Mental publicada en 2015, reporta que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tiene algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental<sup>18</sup>.

Por su parte y adicionalmente a las barreras de acceso a los servicios de salud mental, en parte explicadas por la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades<sup>19</sup>. se suma la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas (cognitiva-comportamental, interpersonal, de pareja, de familia y grupal), debido a que los profesionales con esta formación no son contratados por las instituciones de salud. Otros servicios que no se ofrecen son: grupos de apoyo, terapias para la readaptación social y ocupacional, y programas de reinserción laboral<sup>20</sup> a pesar de que la ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública plantean la rehabilitación social y laboral como un derecho<sup>21,22</sup>.

En el caso de América Latina y el Caribe la brecha de atención de los trastornos mentales es grande. Los estudios que aportaron datos sobre el déficit de tratamiento dieron cifras correspondientes a la utilización de servicios en distintos períodos<sup>23</sup>. El Banco Mundial ha estimado que sólo en el continente americano, 400 millones de personas sufren actualmente de patologías psiquiátricas convirtiendo la prevención, atención y rehabilitación de estos trastornos en un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe<sup>16</sup>.

El estudio “Epidemiología de los trastornos mentales en América latina y el caribe” el cual fue realizado sobre la percepción de las personas que ofrecen el servicio de salud mental, estudio llevado a cabo en el año 2002 en diferentes países de América latina y Europa muestran que los usuarios diagnosticados con alguna enfermedad mental y sus cuidadores formales (entendido como aquél que proviene de los profesionales de la salud), a nivel general demostró quejas en usuarios sobre las actitudes de los profesionales, pues argumentan que no cuentan con la posibilidad de opinar sobre las decisiones de su tratamiento, siendo todas sus demandas interpretadas como síntomas. Describen una “atención fría” y despersonalizada, la cual



es interpretada como una forma de discriminación<sup>16</sup>.

En el caso de Colombia el 4,5% de la población entre los 18 y 44 años reporta haber tenido algún problema de salud mental en la vida. En relación con el acceso a servicios solo se solicita atención para el 38,5% de esta población que tiene problemas mentales con un promedio de haberla solicitado 23,5 veces; se resalta que el 94% de los que la solicitan acceden a esta. El 1,9% de la población de este grupo etario recibe medicamentos psiquiátricos, el 87,5% de las veces ha sido formulado por un médico y el 72,5% de las veces es pagado por la EPS o entidad de seguridad social. En cuanto a los problemas de salud mental que se presentan en toda la vida de las personas que están entre los rangos de 18 y 44 años de edad se tiene que los hombres representan un 30% y las mujeres un 56%<sup>24</sup>.

Por otra parte, el tema de la evaluación de servicios se ha vuelto una reclamación debido a una sociedad cada vez más solicitante de servicios de calidad. En el área de la salud, la satisfacción del cliente se hace un indicador determinante en la medida de la calidad mental. La satisfacción de los usuarios, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario<sup>25</sup>.

En el municipio de Giraldo, entre los principales problemas que afectan la salud mental y la convivencia social se destaca el alto índice de homicidios que han desencadenado eventos de violencia, depresión y conductas que han afectado aún más su entorno; estas personas no han podido ser abordadas de una forma integral por el servicio de salud mental, esto unido a una alta estigmatización en el ámbito social; de la misma manera, que es alto el número de personas que encuentran dificultades y barreras para acceder a los servicios de salud, ya sea por distancia, situación económica y/o insuficiente conocimiento en cuanto a la prestación de estos servicios, situación dada ya que en el municipio de Giraldo se encuentra más población rural que urbana<sup>26</sup>.

Los Centros de Escucha crean espacios sociales de interacción donde las personas en situación de fragilidad y exclusión social comparten sus experiencias de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades relacionadas con el cuidado y su bienestar físico y mental. Estos espacios de escucha activa conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de las personas, canalización hacia los servicios de salud y acompañamiento en las rutas de derechos, por lo tanto, son la puerta de entrada a procesos de inclusión social y empoderamiento en salud tanto física como mental <sup>27</sup>.

La implementación de este programa desde el año 2021 en el municipio de Giraldo, se llevó a cabo tanto en la zona urbana como en la zona rural del municipio, este se centra durante los meses de funcionamiento en la zona urbana, la ruta de atención se activa cuando el caso lo requiere, una vez que las personas necesiten de una asesoría el mecanismo consiste en dirigirse y solicitarla en la oficina de promoción y prevención o se dirigen a la oficina de APS, la cual cuenta con un equipo de trabajo conformado por psicólogos y un enfermero, estos son los encargados de brindar toda la asesoría y la prestación del servicio de salud mental a las personas; son coordinados directamente por la Secretaría de Salud en compañía de la ESE Hospital San Isidro.

Desde este panorama, se propone una investigación que responda a la pregunta ¿Cómo evalúan los usuarios y directivos el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo, Antioquia en el año 2021? con el fin de brindar elementos para realizar ajustes y garantizar calidad en el servicio.

## 2. Justificación

Al desarrollar esta investigación evaluando el programa “Centros de Escucha” con base en la percepción de los usuarios y colaboradores que hacen parte del mismo, nos da la claridad de comprender las experiencias de las personas que forman parte de este servicio, dado a que nos permite interpretar, analizar y aprender a través de las vivencias y situaciones brindadas por los profesionales. Es importante evaluar la calidad percibida de la salud mental ya que gracias a esta evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados por parte de los profesionales. Se habla de calidad en la atención en salud cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales idóneos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida <sup>28</sup>.

Al orientar nuestra investigación a un enfoque cualitativo nos permite obtener un producto consistente y sustentado, a partir del cual es posible transmitir la experiencia a través del conocimiento teórico existente, contribuyendo de esta forma a una acumulación de conocimientos generados y aplicables no solo a nivel profesional, sino personal y social de la comunidad Giralдина, dado a que toda persona debería tener acceso a los servicios básicos de salud mental. Este principio clave, identificado por la Organización Mundial de la Salud, requiere que los servicios de salud mental sean asequibles, equitativos, accesibles geográficamente, de una calidad adecuada y que estén debidamente disponibles <sup>29</sup>.

En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Esta definición incorpora dos componentes: 1) para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos y 2) para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual <sup>30</sup>.

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales, proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos, hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental, asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento <sup>30</sup>.

En un contexto donde los recursos son inadecuados y la salud mental está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo. La calidad puede parecer más un tema de los sistemas bien organizados y con recursos adecuados, que de los sistemas que están en proceso de constitución. La mayoría de los países podría mejorar significativamente la salud mental si tuviera recursos adicionales dedicados específicamente a la salud mental. Sin embargo, aun cuando los recursos son limitados, pueden encontrarse medios para lograr el respeto, protección y cumplimiento de los estándares <sup>30</sup>.

Frente al tema se pueden beneficiar diferentes personas o entes, la calidad es importante para todos los sistemas de salud mental desde una variedad de perspectivas. Desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad asegura que ésta reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren. Desde la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar. Desde la perspectiva del proveedor de servicios o administrador de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva del gestor de políticas, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables <sup>29</sup>.

Al ofrecer un servicio de salud mental hay que preocuparse por brindar un servicio de calidad para poder generar niveles altos de satisfacción, ya que estos a la vez nos indican que dichas instituciones están trabajando de una forma adecuada en todas sus instancias <sup>31</sup>. Es necesario tener un buen instrumento de medición de satisfacción y al orientar nuestra investigación por la calidad percibida por los usuarios nos da la capacidad de poder medir el nivel de satisfacción del usuario tras la calidad de la atención brindada en el servicio.

Parte importante de los estudios de servicios de salud mental, se fundan en una mirada sistémica, una visión ecológica, considerando un sistema matricial, propuesto por Tansella y Thornicroft, que permite la descripción y comparación de servicios, con base en la dimensión geográfica o territorial (niveles nacional, regional, local, del establecimiento proveedor hasta llegar al usuario o paciente), al mismo tiempo que una dimensión temporal, considerando insumos, procesos y resultados. Cada una de estas dimensiones y sus respectivos niveles aportan, en su medida, con variables e indicadores respectivos, que orientan la implementación y desarrollo de estos servicios de salud <sup>32</sup>.

Dicho lo anterior, el estudio de la calidad es un área de interés debido al impacto que genera en las instituciones en términos de reducción de costos, lealtad de los clientes y rentabilidad. Como administradores de salud con énfasis en servicios de salud, dentro de nuestras principales funciones están la planificación de recursos y toma de decisiones priorizando las principales problemáticas de salud, por lo que al realizar esta investigación estamos contribuyendo a que el municipio de Giraldo Antioquia analice cuál es la mejor forma de brindar una buena atención en el servicio de salud mental y convivencia social.

Por otra parte, en el ámbito científico, nuestra investigación genera un aporte ya que no se han realizado estudios que evalúen la percepción del servicio de salud mental y convivencia social del municipio de Giraldo, por lo que los resultados de esta investigación pueden contribuir a la toma de decisiones por parte de la Secretaría de

Salud, el hospital y demás entidades implicadas en los programas de salud mental y convivencia social para mejorar la calidad del servicio.

Teniendo en cuenta todo el diseño metodológico empleado en el trabajo, se puede tomar como guía o ruta de implementación a seguir para abordar diferentes temas y estrategias relacionados con programas y proyectos de salud mental a los cuales a través del tiempo se hace necesario realizarles un seguimiento a su desarrollo, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios para las personas y para mejorar los procesos y procedimientos que existen dentro de las instituciones, programas o proyectos.

Además esta investigación hace un aporte a la ética porque se abordan temas como el estigma que esta relacionado a la salud mental y también un aporte político por la forma de distribución del poder en los servicios de salud mental, pues teniendo en cuenta este enfoque del trabajo, se está legitimando la palabra al usuario y sus familiares y no solo a los proveedores de la atención en salud.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Evaluar el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021, favoreciendo líneas de recomendación para su consolidación.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Describir la oferta del programa Centros de Escucha que tiene el municipio de Giraldo, relacionado con las rutas de acceso a los servicios, capacidad instalada y la forma en que el municipio recibe la demanda de atención por parte de la población
- Identificar las barreras de acceso al programa Centros de Escucha del municipio de Giraldo, relacionadas con localización geográfica, instalaciones y barreras actitudinales de la población
- Valorar la satisfacción de los usuarios con el programa Centros de Escucha del municipio de Giraldo.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1 Marco Conceptual**

#### **4.1.1 Concepto de salud mental**

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud - OMS se define como “un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad”. La salud mental implica también las posibilidades y capacidades de realizarse personalmente y contribuir a la comunidad a la que se pertenece <sup>33</sup>.

Ahora bien, la convivencia es entendida como el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común, el desarrollo humano y social <sup>34</sup>.

Así mismo, la salud mental y la convivencia social se define como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social. Este componente contempla el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social <sup>34</sup>.

Desde la mirada biomédica, la salud mental es la ausencia de trastornos mentales según los criterios del modelo biomédico DSM IV TR. y CIE-10. Desde la concepción conductual de la salud mental, esta hace referencia al ajuste al contexto y al



sistema productivo; desde la concepción cognitiva se dice que es la capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas y, desde la concepción socioeconómica, esta se concibe en términos de derechos y desarrollo humano. Ahora bien, la enfermedad mental desde el enfoque biomédico es la manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico. Desde la concepción conductual son las alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas mal adaptativas, indeseables o inaceptables, desde la concepción cognitiva tenemos que son las formas distorsionadas o irracionales del pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o afecciones emocionales y por último desde la concepción socioeconómica, se refiere a la expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales <sup>35</sup>.

La Política Nacional de Salud Mental tiene como objetivo 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 <sup>36</sup>.

#### **4.1.2 Salud mental como prioridad de la salud pública**

En las últimas décadas, el campo de la salud pública ha puesto mayor énfasis en el tema de la salud mental. En el 2001, la Organización Mundial de la Salud publicó un reporte sobre la salud mental que estableció que esta debe tener la misma importancia que la salud física <sup>6</sup>. Desafortunadamente, en muchas partes del mundo la salud mental no es vista con tanta importancia <sup>37</sup>.

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales

y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo<sup>38</sup>.

La OMS<sup>38</sup> plantea que, desde la perspectiva de la salud pública, hay retos importantes para disminuir la carga de enfermedad que significan los trastornos mentales, entre los cuales se enumeran:

- Formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones.
- Asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención.
- Asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves.
- Evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos.
- Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social.
- Apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.
- Impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

Ahora bien, según el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia, 2012 – 2021 la salud mental ha ocupado un lugar importante, teniendo en cuenta los indicadores de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Durante el proceso de construcción se establecieron indicadores para medir desenlaces en salud mental que se espera impactar con las intervenciones incluidas en esta RIA, estos son: 1. Proporción de casos nuevos de trastornos depresivos 2. Proporción de casos nuevos de trastornos emocionales comienzo específico en la niñez 3. Porcentaje de personas cuidadoras con

sobrecarga atendidas en salud mental 4. Proporción de casos nuevos de trastornos de ansiedad 5. Proporción de personas atendidas con impresión diagnóstica de problemas mentales, identificados por primera vez en la vida <sup>39</sup>.

Se resalta que la dimensión de salud mental y convivencia social cuenta con indicadores como la mortalidad. Se analizaron 3 indicadores de mortalidad: Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio), Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia, Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento y la Morbilidad con Tasa de intento de suicidio, Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, Porcentaje de personas atendidas por epilepsia y Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento <sup>39</sup>.

Por otra parte, los trastornos mentales de naturaleza crónica y muy incapacitantes constituyen un importante problema de salud pública y las proyecciones pronostican un aumento de su prevalencia en los próximos años. La depresión y el comportamiento suicida son los principales problemas que acechan la salud pública en todo el mundo. Para el año 2020 la depresión fue la segunda enfermedad con más carga calculada en años de vida ajustados por calidad (DALY) y el conjunto de las enfermedades mentales supuso el 15% de toda la carga por enfermedad <sup>15</sup>. En el caso del comportamiento suicida, reportes de la OMS indican que el suicidio es el responsable del mayor daño intencional en los países desarrollados, además se puede convertir en el mayor contribuyente de la carga de enfermedad en las próximas décadas. Cada año mueren aproximadamente un millón de personas por esta causa, convirtiéndola en una de las principales causas de muerte. En este sentido se estima que, para el año 2020, su magnitud creció en un 50 % y, lo que se considera más grave aún, las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento, hasta el punto que ahora estos son considerados el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo

14.

#### **4.1.3 Servicios de salud mental**

De acuerdo con el Atlas Mundial de Salud Mental los trastornos mentales más prevalentes en el mundo son la depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de pánico e insomnio primario <sup>40</sup>.

Del mismo modo es muy importante implementar la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos ya que este es el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades. Teniendo en cuenta lo anterior, cabe aclarar la importancia de incorporar esta dimensión ya que se deben garantizar los derechos sexuales y reproductivos, libre de violencias, en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado, ya que si no se garantiza puede ocasionar enfermedades mentales debido a la alta estigmatización de la sociedad a personas de la comunidad LGTBI, a personas con enfermedades de transmisión sexual, también está el caso de un embarazo no deseado el cual puede causar depresión, entre otras, por otro lado están las relaciones sexuales sin consentimiento que pueden llevar intentos de suicidio <sup>41</sup>.

Por su parte el estudio de profundización de análisis de la situación en salud 2005-2018 demuestra que el 12,2% de los adolescentes en Colombia ha presentado síntomas de problemas mentales en el último año, la prevalencia de cualquier trastorno mental fue de 4,4%, la fobia social 3,4% y cualquier trastorno de ansiedad 3,5% fueron los trastornos más prevalentes en estos. En los adultos, la prevalencia de problemas mentales fue de 9,6% a 11,2% y los trastornos mentales fue de 4%. La depresión de

cualquier tipo, y la ansiedad de cualquier tipo, fueron los eventos más prevalentes en adultos<sup>42</sup>.

Los trastornos mentales más comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%<sup>43</sup>.

Por otro lado, la depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima Metropolitana 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presentan intentos suicidas<sup>43</sup>.

En la región de las Américas, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y el suicidio representan más de un tercio (34 %) del total de años vividos con discapacidad, siendo los trastornos depresivos la mayor causa de discapacidad. Casi 100.000 personas mueren por suicidio cada año en la región<sup>43</sup>.

Bautista indicó que "en Colombia la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) y los últimos estudios de consumo de drogas aplicado a la población general en el año 2019; a universitarios, en 2016; y a escolares, en 2016, han permitido identificar que las principales problemáticas en materia de salud mental, encabezadas son la creciente prevalencia de la depresión (aproximadamente 5 % de la población adulta) y de conducta suicida"<sup>44</sup>.

Las principales problemáticas en salud mental que viene enfrentando Colombia, de acuerdo con la ENSM (2015) y los últimos estudios de consumo de drogas (estudio en población general 2013, universitaria 2016, escolar 2016) son:

Creciente prevalencia de depresión (aproximadamente 5 % de la población

adulto), siendo la segunda causa de carga de enfermedad en Colombia.

En la infancia, el 12,4 % se asusta o se pone nervioso sin razón, el 9,7 % presenta cefaleas frecuentes, el 2,3 % el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En los adolescentes los trastornos más frecuentes son la ansiedad, fobia social y depresión, el 6,6 % presentó ideación suicida (7,4 % en mujeres y 5,7 % en hombres). En promedio, a los 13 años se inicia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

En adultos, la prevalencia de vida de trastornos afectivos es del 6,7 %. Las sustancias psicoactivas más consumidas son el alcohol y sustancias psicoactivas ilícitas como la marihuana.

La tasa de suicidio consumado ha mostrado aumento en los últimos años (4,49 en 2013 a 5,07 en 2017), mayormente en jóvenes, guardando el mismo comportamiento que la tendencia global; asociado al debilitamiento de las redes de apoyo social, el aumento de problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

Aumento del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en población general (1,6 % en 1996, 2,74 % en 2008, 3,6 % en 2013). La sustancia ilegal de mayor consumo es marihuana, seguida de cocaína.

Pese a la disminución de la prevalencia de consumo de alcohol (61,65 % en 1996, 61,18 % en 2008, 58,78 % en 2013), esta sigue siendo la sustancia más consumida principalmente en jóvenes (8 de cada 10), incrementando el riesgo de enfermedades crónicas, disfunción familiar, pérdida de redes sociales y patología dual

45 .

Según el estudio de Situación Nacional de Salud Mental de 2015, que incluyó 15.351 encuestas a hogares en el país, se reveló que uno de cada diez colombianos

sufre algún problema de salud mental. La depresión y la ansiedad son los principales trastornos reportados. Adicionalmente, este estudio incluyó a la población entre los 7 y 11 años y reveló que el 4,7% sufre de estas enfermedades. Los trastornos más frecuentes son el déficit de atención, la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada. De acuerdo a los resultados de la encuesta, por lo menos un 44,7% de la población infantil requiere de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para identificar problemas o posibles trastornos <sup>15</sup>.

Con relación a las categorías como el género, la cultura, el estado socioeconómico, etc., éstas hacen vulnerable a una persona a sufrir problemas de salud mental que deben ser abordados integralmente <sup>11</sup>. Se evidencia que las mujeres son las que más asisten a los servicios de apoyo por problemas de salud mental <sup>9</sup>. La prestación de servicios de salud mental presenta un incremento en la mayoría de los servicios encuestados por parte de las mujeres que acuden en un 44.6% y los hombres en un 34,2%, es decir, los servicios son más utilizados por las mujeres en promedio en un 30% más que los hombres <sup>9</sup>. Esto debido a que dentro de los factores asociados con problemas en salud mental las mujeres asumen responsabilidades de cuidado, soportan mayores tasas de pobreza y son más vulnerables a sufrir abuso sexual y violencia doméstica <sup>11</sup>. Mientras que los hombres tienen mayor dificultad para reconocer que sufren de problemas emocionales, y en la que los equipos asistenciales tienen mayor dificultad para identificar en ellos los síntomas <sup>5</sup>.

Por otra parte, las personas con trastornos mentales constituyen una población con alto grado de afectaciones entre ellas el suicidio. Los trastornos mentales son un importante factor de riesgo, ya que cerca del 90% de personas que cometen suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico y cuando éstos se agravan suele presentarse mayor mortalidad por suicidio, según reportan autopsias psicológicas <sup>46</sup>.

Es clara la falta de personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo psiquiátrico hospitalario <sup>17,18</sup> y de otro lado, los hospitales y clínicas psiquiátricas no están en capacidad de manejar pacientes especiales como ancianos,

niños, adolescentes o con enfermedad física comórbida de alta complejidad <sup>19,47</sup>. Igualmente, numerosos hospitales psiquiátricos del país enfrentan graves problemas económicos, por las deudas de las empresas aseguradoras de salud a quienes prestan servicios <sup>48</sup>. Por otro lado, se tiene que no solo aplica para el modelo de la atención en Salud o modelo Psiquiátrico, sino que también para los distintos modelos como lo son la atención en salud mental los cuales están basados en comunidades, en la promoción y la prevención de los servicios de salud.

En concordancia por esto, los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta a la carga de la enfermedad mental que origina la calidad en la prestación de los servicios de salud mental y convivencia; en consecuencia, a los trastornos mentales, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación de servicios es grande en todo el mundo. 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%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados <sup>13</sup>.

Se denomina atención (o asistencia) de la salud, al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población. En tanto objetivo, la asistencia sanitaria presupone que es posible contribuir a la salud garantizando un agregado de atenciones que permitan, en primer lugar, conservar la salud de las personas; en segundo lugar, evitar el deterioro de la salud de la población, cuanto lo permita el conocimiento médico y los recursos disponibles; en tercer lugar, recuperar la salud de quienes han enfermado para que logren sanar; en cuarto lugar, detectar tan precozmente como fuera posible y evitar el agravamiento, en especial de aquellas enfermedades para las cuales aún no se ha identificado una cura y en quinto lugar, aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento de los enfermos graves que no pueden ser curados <sup>49</sup>.

Todo con el fin de tratar la enfermedad mental, también denominada "trastorno



de salud mental", que se refiere a una amplia gama de afecciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. Son ejemplos de enfermedad mental la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación y los comportamientos adictivos<sup>50</sup>.

Muchas personas manifiestan problemas de salud mental de vez en cuando. Pero un problema de salud mental se convierte en una enfermedad mental cuando los signos y los síntomas se hacen permanentes, causan estrés y afectan la capacidad de funcionar normalmente. La enfermedad mental puede hacerte sentir muy mal y ocasionar problemas en la vida cotidiana, por ejemplo, en la escuela, el trabajo o en las relaciones interpersonales. En la mayor parte de los casos, los síntomas pueden tratarse con una combinación de medicamentos y terapia de conversación (psicoterapia)<sup>51</sup>.

Muchos de estos aspectos que afectan la salud mental de los individuos pueden prevenirse o mitigarse y de esta forma evitar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo situación que no es ajena en el Departamento de Antioquia, es así como la violencia intrafamiliar y sexual, la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas se encuentran presentes en los municipios de las 9 regiones del departamento. La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia afirma que hablar de la convivencia social y salud mental en Antioquia es hablar de algo a lo cual no se le ha dado la importancia que requiere, ya que no la ven como una parte integral de los seres humanos<sup>52</sup>.

Aunque la prestación de estos servicios cuenta con suficiente información sobre estos problemas y sobre cuáles son sus determinantes y cómo abordarlos, Giraldo es un municipio que se sigue viendo afectado por factores como, la conducta suicida, la violencia, el alcohol, entre otros. Paradójicamente, en lo que se evidencia dentro de los estudios para realizar el plan territorial de salud 2020-2023 lo que se ha hecho hasta la actualidad no ha sido suficiente y la problemática crece, puesto que cabe resaltar que unos de los grandes problemas de acuerdo a la gestión municipal es el insuficiente

talento humano e infraestructura para atender la enfermedad mental, existe falta de apropiación por parte de las instituciones de protocolos de atención, factor clave que pone en peligro la vida y salud de la población, generando así una insuficiente calidad de prestación en cuanto a este servicio <sup>53</sup>.

#### **4.1.4 La evaluación de programas de salud mental**

La evaluación en los servicios de salud mental es fundamental ya que esta es la que nos da la guía periódicamente para corregir el rumbo de las acciones emprendidas, además que sus resultados sean utilizados de forma inmediata para la toma de decisiones. La evaluación nos ayuda a medir, comparar y formar un juicio. En el contexto de la atención de la salud se le puede definir como el proceso sistemático y científico de determinación del grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos. La evaluación es un elemento clave en el desarrollo de servicios de atención de salud mental, así como en la reestructuración de los mismos, en virtud de su eficacia y eficiencia, también se efectúa para verificar los avances y deficiencias en materia de calidad <sup>25</sup>.

El interés por la evaluación de los servicios de salud data del siglo XIX con el comienzo de la recolección de datos estadísticos de movimiento hospitalario, lo cual se relaciona con el crecimiento demográfico y la preocupación de las administraciones públicas al respecto, siendo sin duda un elemento fundamental el contexto político de la época en los países industrializados, en donde los movimientos liberales retomaron la preocupación de la población acerca de las condiciones en las que se brindaba la atención sanitaria <sup>54</sup>.

En términos históricos la evaluación de programas y servicios de salud mental surge a la par del proceso de reforma de los servicios. Los primeros estudios en la materia datan de los años 60s, época en la cual se vivía la expansión de las modalidades alternativas de atención al hospital psiquiátrico tradicional. Además de las razones económicas que impulsaron en parte la reforma de los servicios psiquiátricos,

la cuestión de la calidad estaba presente y se relacionaba con consideraciones éticas sobre la atención. Desde mediados de los 80s se empiezan a desarrollar una serie de herramientas de evaluación de servicios y de atención en salud mental a nivel internacional (por ejemplo, Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental, 1988, 1996; Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, volumen 1, 1994 y volumen 2, 1997; Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental, 2005) las cuales pese a su utilidad han tenido escasa difusión y aplicación, en particular en América Latina. En los casos en que han sido utilizadas, la metodología pareciera haber respondido, paradójicamente para el campo de la salud mental, a criterios puramente técnicos <sup>54</sup>.

#### **4.1.5 Acceso a servicios de salud mental**

El acceso a los servicios de salud se mide a través de la utilización que hacen los individuos de estos, e influyen la estructura del sistema de servicios (por ejemplo, la disponibilidad, la organización y el financiamiento), así como la naturaleza de los requerimientos. Si bien las limitantes financieras directas no son explicaciones para el no acceso en torno al pago por los servicios, sí lo son de forma indirecta en relación con los tiempos requeridos para el acceso a los servicios que no solo son un limitante geográfico, sino que ponen de presente dificultades de índole económico asociado a los costos directos e indirectos para llegar a los servicios de salud mental y para mantener intervenciones que usualmente son repetidas en el tiempo <sup>55</sup>.

Frente al tema del acceso, se requiere, además de las facilidades propias, la disponibilidad de espacios y servicios que disminuyan las barreras que se generan, las cuales incluyen las actitudinales, debidas a las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias de los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda, las barreras estructurales, así como las barreras financieras y la falta de conocimiento en las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria <sup>55</sup>.

Hay algo que va ligado frente a todo este tema y es la accesibilidad, Comes Y,

afirma que el concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60. Fue en el momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta<sup>56</sup>.

Por otra parte, la accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarán a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer, las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, económicas, administrativas y culturales<sup>56</sup>.

Stolkiner define la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, donde este vínculo se cimenta a partir de la combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”<sup>56</sup>.

Otro aspecto importante a evaluar, es la oportunidad como característica del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, tiene como objetivo que el usuario obtenga los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios<sup>57</sup>.

El concepto con la frase satisfacción de usuarios aparece en 1970, y poco a poco ha ido abriéndose paso hasta ser concebida como una de las formas básicas de la evaluación general de las unidades de información. A finales de esa década, White resalta ya la relevancia de la satisfacción, pues señala como propósito fundamental de la evaluación la maximización del uso de la información y para lograr la satisfacción se hace necesario maximizar el conocimiento de la comunidad y minimizar la frustración

del usuario en la satisfacción de sus necesidades <sup>58</sup>.

El enfoque más importante es la calidad de la atención en salud, la cual ha sido definida de diversas maneras, que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse. En 1980, Donabedian define una atención de alta calidad como "aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes". Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el tratamiento de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos" <sup>59</sup>.

No obstante, es válido señalar que la búsqueda del mejor balance calidad-eficiencia transita por el perfeccionamiento y uso racional de los indicadores de ambos componentes y de su relación, un hecho que se enfatiza en la literatura más reciente encontrada.

En tal sentido la calidad de la atención fue definida como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales". Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención como el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños, y lograr la satisfacción del paciente y los familiares <sup>59</sup>.

La calidad como concepto se tiene definida, pero lo que se necesita es un abordaje desde la perspectiva de las personas, lo cual según Sachdev y Verma corresponde a la percepción de la calidad como un juicio personal y subjetivo, una actitud del consumidor hacia el servicio recibido, y referida a su superioridad o excelencia. En esa evaluación subjetiva se produce una comparación entre las expectativas del consumidor y su percepción del servicio, siendo esas expectativas de

naturaleza muy heterogénea: basadas en la experiencia, predictivas, ideales, etc <sup>60</sup>.

El acceso requiere, además de las facilidades propias, la disponibilidad de espacios y servicios que disminuyan las barreras que se generan, las cuales incluyen las actitudinales, debidas a las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda, las barreras estructurales (como localización geográfica lejana o falta de personal adecuadamente capacitado), así como las barreras financieras y la falta de conocimiento en las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria <sup>61</sup>.

El inadecuado acceso a los servicios de salud mental no solo conlleva impactos importantes en los costos de la prestación de los servicios, sino que empeora los indicadores de calidad para las personas que presentan una enfermedad mental y sus familias, con incremento en los riesgos de suicidio y agresiones en la población <sup>61</sup>.

Con base en lo anterior todo está relacionado con la garantía del acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

El Ministerio de Salud de Colombia tiene como objetivo garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas <sup>62</sup>.

Los ejes de la Política Nacional de Salud Mental orientan estratégicamente las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud.

Considerando que esta Política se armoniza con la Política de Atención Integral en

Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, estas son las herramientas que orientan a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, acerca de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de acciones para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación <sup>63</sup>.

La cobertura del aseguramiento en Colombia ha tenido un incremento sostenido en la última década, lo anterior se debe a que el aseguramiento ha pasado de 56,9% al 90,8% registrado entre 1997 y 2012. De hecho, al 30 de junio del 2015 los afiliados a salud en Colombia eran 45.999.161 distribuidos en: 23.279.612 del régimen subsidiado, 20.847.106 del régimen contributivo y 1.872.443 del régimen de excepción logrando una cobertura del 95,3% en la población colombiana. El porcentaje de personas que refirieron tener algún tipo de problema de salud mental en algún momento de la vida es en la población infantil (7 a 11 años) de 2,8%, El porcentaje de personas que recibieron algún tipo de atención en salud mental luego de ser solicitada es de 92,7% en la población infantil (7 a 11 años); 88,5% en adolescentes (12 a 17 años); 94% (18 a 44 años) Y 88,9% (mayores de 44 años). El promedio de tiempo referido para acceder geográficamente (llegar al sitio) a los servicios de salud mental para la población es a nivel nacional de 11,8 horas (7 a 12 años); 11,7 horas (12 a 18 años); 32,3 horas (18 a 44 años) y 9,6 horas (mayores de 44 años) <sup>64</sup>.

La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas <sup>51</sup>.

También se encontró que el acceso real a los servicios de salud mental enfrenta

serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutive de sus necesidades; situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo. Ejemplo de esto, la alta prevalencia reportada en víctimas de desplazamiento forzado por el conflicto armado en Colombia <sup>65</sup>.

#### **4.1.6 Barreras de acceso**

Las barreras de acceso constituyen un impedimento importante para la atención en salud mental. Se entiende por éstas toda situación o condición que limita o impide recibir o disfrutar la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud. Este conjunto de situaciones se traduce en subutilización de los servicios ofrecidos. Las barreras de acceso pueden ser geográficas, financieras, administrativas o institucionales y socioculturales <sup>66</sup>.

El inadecuado acceso a los servicios de salud mental no solo conlleva impactos importantes en los costos de la prestación de los servicios, sino que empeora los indicadores de calidad para las personas que presentan una enfermedad mental y sus familias, con incremento en los riesgos de suicidio y agresiones en la población.

La mala calidad, como causa creciente del no uso, podría estar relacionada también con las dificultades para el acceso que imponen las aseguradoras y los proveedores en un modelo de competencia regulada, puesto que dentro de esta variable los estudios incorporan atributos como la realización de trámites o el rechazo de la atención <sup>67</sup>. Las barreras socioculturales son los comportamientos y las costumbres de los colectivos y las discrepancias existentes con la cultura de los administrativos y profesionales de la salud y con la forma en que se organizan los servicios de salud<sup>68</sup>. El estigma percibido es una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y priva a las personas que reúnen criterios de trastorno mental de la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada <sup>69</sup>. Junto con razones derivadas del estigma o la vergüenza asociada con la presencia de trastornos



mentales, así como del desconocimiento de los beneficios de la atención médico psiquiátrica y psicosocial, están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios <sup>69</sup>.

Resulta necesario decir que los servicios en salud mental cobran especial relevancia, a la hora de atender esta problemática de salud mental y favorecer la reducción del estigma. En ese sentido, la evaluación que hacen los usuarios de los servicios, logra dar pistas acerca del enfoque que estos deben tener y de las estrategias para que sean servicios incluyentes y de fácil acceso para la población. La percepción de los usuarios juega un papel importante para definir una prestación con calidad ya que es entendida como un proceso mediante el cual una persona analiza la información que recibe del exterior. Al recibir y analizar esa información nueva, intervienen los datos almacenados en la memoria; y mediante la incorporación de los nuevos datos se crea una imagen de la realidad. A esa imagen se añade la elaboración de juicios que la persona efectúa a través de la nueva información recibida <sup>15</sup>.

Existen barreras de acceso a los servicios de salud mental de diversa índole, entre las más importantes de las que se destaca la encuesta del boletín de Salud Mental oferta y acceso a Servicios de Salud Mental en Colombia, están las barreras actitudinales y geográficas. Las barreras actitudinales en relación con el acceso a los servicios de salud mental en el país han sido estudiadas, documentadas y asociadas con frecuencia al estigma generado por las enfermedades mentales, “las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda y el auto estigma, los cuales limitan el acceso al servicio” <sup>70</sup>.

Los resultados de la no consulta en personas con patología mental variaron; del 47% al 56% consideraron que no era necesario consultar, del 11% al 24% dijeron que no fueron a consulta por descuido y el 15,6% porque no quisieron <sup>70</sup>.

La encuesta midió el tiempo referido para llegar al sitio donde se presta el

servicio de salud mental y encontró que las personas de 18 a 44 años son quienes más demoran en acceder a ellos, gastando un promedio de 32,3 horas <sup>70</sup>.

#### **4.1.7 La percepción de la salud mental**

La percepción que tienen los individuos, la sociedad y los sistemas políticos sobre la salud, ha variado a través de los tiempos y en los últimos años ha habido grandes cambios respecto al concepto de salud y los factores que la favorecen o empeoran.

Respecto a la percepción que los usuarios tienen de los servicios de salud mental y convivencia social las personas entienden los servicios en el campo de la atención, como “un acto intersubjetivo” en el cual intervienen la historia particular de la persona y el ambiente que lo rodea, siendo un proceso personal que depende de las “expectativas, experiencias y conocimientos” adquiridos <sup>15</sup>.

A nivel mundial se encontró un estudio que pretendía conocer la percepción de personas que sufren esquizofrenia y de sus cuidadores respecto a los cuidados ofrecidos por profesionales y servicios de salud en distintos contextos socioculturales. Se trata de un estudio cualitativo con grupos focales. Los participantes (303 individuos) provenían de servicios primarios y secundarios de salud de Argentina, Brasil, Chile, España, Inglaterra y Venezuela. Con este estudio se evidenció que en los países en que el cuidado comunitario es más precario (como Argentina y Venezuela), las quejas se centran sobre los recursos y servicios que no suplen las demandas, así como sobre la actitud de los gobiernos que no proveen los presupuestos suficientes para subsanar estos problemas. Mientras en los países más desarrollados (España e Inglaterra) las críticas están más relacionadas con la actitud de los profesionales y a la relación médico-paciente. En Chile y Brasil, el grupo intermedio, las críticas se dirigen a profesionales y servicios en la misma proporción <sup>71</sup>.

Por otra parte, en Madrid se realizó un estudio donde se analiza un breve cuestionario, con el objetivo de conocer la percepción de los pacientes a modo de

evaluación de la calidad asistencial de los servicios de salud mental de los cuales se describió que la satisfacción con la atención general recibida es elevada ya que el 88,6% de ellos se considera satisfecho frente al 11,4% que declara no estar satisfecho con la atención que se le ha ofrecido. Este alto grado de satisfacción con la atención, probablemente esté más relacionado con la calidad del trato humano dispensado (trato educado, esperas no largas, etc.), más que con la eficacia en la reducción del problema de los pacientes, además los datos obtenidos muestran que en general la atención es bastante mejorable <sup>72</sup>.

En cuanto a estudios a nivel nacional se encontró un estudio que indaga aspectos históricos frente a la salud mental en Colombia, las principales limitaciones al actual sistema y las estrategias que podrían implementarse. El método que se utilizó fue búsqueda en bases de datos bibliográficos de artículos enfocados en la normatividad e implementación de políticas públicas de salud mental en Colombia. En los resultados se resalta que se han hecho importantes esfuerzos por promulgar leyes y políticas que disminuyan las brechas para el diagnóstico y el tratamiento y transformar la realidad de los colombianos que sufren trastornos mentales, en conclusión, la salud mental continúa siendo la cenicienta en las políticas públicas. Es evidente la falta de coherencia entre lo que se propone y lo que ocurre por la inadecuada implementación e interpretación de las normas. La normatividad en salud mental no ha logrado cumplir sus objetivos, lo cual hace que la atención en salud mental en Colombia aún sea muy deficiente <sup>65</sup>.

En el departamento de Antioquia se encontró un estudio acerca de la percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, en los años de 2004-2006 donde se describió que las personas perciben los problemas de salud mental a partir de hechos de diversa naturaleza que se identifican como causales, y se refieren de una manera menos específica a la sintomatología de las patologías, se concluyó también que existe una relación explícita entre los problemas psicosociales y la salud mental, planteada por usuarios, prestadores y funcionarios de los tres municipios. Se identificó también que

los usuarios, prestadores y funcionarios de los tres municipios perciben una dificultad para acceder a servicios de salud mental, la cual se incrementa por el tipo de afiliación al SGSSS <sup>73</sup>.

Otro estudio acerca de las percepciones de usuarios del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia, acerca de su estado de salud y su acceso al servicio de atención en salud mental, concluye que algunos de los usuarios expresan que los profesionales en salud mental, deben mejorar su actitud humana, hacia la necesidad de escuchar de manera integral al paciente con alteración mental. Al igual que llaman la atención a ciertas personas de la comunidad universitaria que interpretan de forma no óptima la enfermedad mental y los tratan de manera despectiva <sup>74</sup>.

Por último, se encontró un estudio que buscaba evaluar la calidad percibida por los usuarios del servicio de Telepsiquiatría de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia en algunos municipios del Oriente para el año 2020, los municipios estudiados fueron el Carmen de Viboral, Guarne, El Santuario, Sonsón, Marinilla, Guatapé, La Unión y Granada. Los resultados de la investigación indican que el servicio presentó un nivel sobresaliente de acuerdo a la percepción y las necesidades en salud de esta población; además cabe resaltar la notoria y adecuada articulación del Hospital Mental de Antioquia con los diferentes centros asistenciales de los municipios, debido al acompañamiento y comunicación del personal médico con los pacientes en cuanto a la asignación de citas, las tele consultas y el suministro de medicamentos (por lo menos al iniciar el tratamiento), conformando así una red prestadora de servicios de salud mental integral en toda la región <sup>75</sup>.

De acuerdo al PISCC -Plan Integral de Seguridad y Convivencia Ciudadana-, actualmente, en el Municipio de Giraldo se identificaron y priorizaron los principales problemas de salud mental y convivencia social de las cuales el homicidio, el uso del alcohol, delitos sexuales, trastornos por uso de sustancias psicoactivas, entre otros, se encuentra presente tanto en las veredas como en el área urbana, se dio a conocer que durante el periodo comprendido entre 2014-2019 se presentaron en el municipio 22

homicidios, 17 delitos sexuales, tasa que aumentó progresivamente entre el año 2018-2019 en un 101,2%, 9 casos de violencia intrafamiliar tasa que aumentó para el año 2019 en un 0,6%, en temas relacionados con la convivencia se registraron 35 lesiones personales, cifra que aumentó entre 2018 y 2019 en un 17,4%, con estos datos se obtiene que en relación a lo que corresponde a la convivencia social 2 de cada 10 personas están en riesgo de desarrollar trastornos de salud mental en Giraldo-Antioquia

26

Hablar de convivencia social y salud mental en Giraldo es hablar de algo a lo cual se le ha venido dando la importancia que requiere para poder abordarla, atenderla y entenderla; por ello en el municipio se tienen los protocolos y las rutas de atención en el servicio de salud mental y convivencia social a través del programa Psicosocial “Giraldo Avanza Contigo”, en el marco de la política pública de salud mental y convivencia social con el fin de fortalecer los factores protectores y minimizar los factores de riesgo, favoreciendo a la calidad en el servicio de salud mental y convivencia social.

Es así como en compañía del ESE hospital San Isidro y la Secretaría de Salud se desarrollan programas psicosociales, como el programa “Creciendo Contigo en Campo de Oportunidades” todo esto en actividades de promoción y prevención de la ideación suicida, consumo de sustancias psicoactivas, abuso sexual, violencia, como fundamento principal del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de una comunidad en equilibrio y armonía. Además, se han implementado algunos programas orientados a la prevención y atención integral de problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia como una parte del bienestar de la persona, en la cual se incluyen programas como los Centros de Escucha, orientación escolar y comités orientados a la salud mental y convivencia.

#### **4.2 Marco normativo**

En busca de garantizar a la población colombiana el derecho a la salud mental mediante la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales, se atienden enfermedades que puedan afectar el bienestar social de la comunidad y se dictan las

siguientes leyes, Ley 2085 de 2021: Sobre enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos; medidas de rehabilitación y otros y por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social. También están involucradas las resoluciones del Ministerio de Salud: Resolución 09089 de 1982 del Ministerio de Salud, por medio de la cual se adopta el manual normativo y de organización “Propuesta para un taller protegido, en el área de la salud mental”; La Resolución 08187 de 1982 del Ministerio de Salud, por medio de la cual se adopta el manual general de organización “Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental, según niveles de organización, atención y funciones”; La Resolución 9090 de 1982 del Ministerio de Salud, por medio de la cual se adopta el manual general de organización “Modelo normativo para la unidad de terapia ocupacional en el hospital psiquiátrico y la unidad de Salud Mental integrada al hospital general”; La Resolución 02417 de 1992 del Ministerio de Salud, por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental; La Resolución 03913 de 1994, por la cual se adoptan unas medidas sanitarias en desarrollo de políticas de salud mental en lo relativo a la adquisición y distribución de los fármacos básicos; La Resolución 2358 de 1998 del Ministerio de Salud, por medio de la cual se acoge la Política Nacional de Salud Mental y busca promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases. La Ley 100 de 1993, que crea el Sistema de Seguridad Social Integral que define “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que disponen las personas y las comunidades para gozar de una calidad de vida; la Ley 1122 de 2007 que reformó parcialmente a la ley 100 de 1993 y estableció que el Plan de Salud Pública deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, al tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia y a la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Art. 33<sup>51</sup>.

La Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se 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, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>76</sup>.

La Política Nacional de Salud Mental la cual promueve 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 <sup>77</sup>.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud <sup>78</sup>.

#### **4.3 Contextualización del Municipio**

Giraldo posee una extensión de 97 kilómetros cuadrados y una altura sobre el nivel del mar de 1950 metros, cuenta con una extensión total del territorio de 97 km<sup>2</sup> de los cuales 2 km<sup>2</sup> corresponden al área urbana y 95 km<sup>2</sup> al área rural; cuenta con 2 corregimientos y 13 veredas. El acceso al municipio de Giraldo se realiza por la carretera Medellín - Turbo, de la cual se desprende un ramal en el corregimiento de Manglar hacia la cabecera del mismo, de 4.5 km de longitud. Según información reportada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE a 2018 la población oficial del municipio de Giraldo es la siguiente: total población en el municipio 5.544, porcentaje población municipal del total departamental 0,09%, total población en cabeceras 2.061, resto total población 3.483 y total población hombres 2.605, total población mujeres 2.452 <sup>79</sup>.

El municipio de Giraldo, posee la mayor parte de su territorio en la zona rural, es por esto que su idiosincrasia es de enfoque agropecuario, es allí, que este subsector es el de mayor peso en la economía, la sociedad y en el ámbito cultural. Dentro del subsector agropecuario presente en el municipio, se ejerce un mayor dominio de las actividades agrarias comparándolas con las pecuarias; esta hegemonía agraria es dada al bajo fomento, altos costos de inversión, alta infraestructura, entre otros requerimientos que son necesarios para las producciones pecuarias.

El municipio cuenta con la ESE Hospital San Isidro de primer nivel de atención, que presta los servicios asistenciales de salud. La ESE Hospital San Isidro tiene los

siguientes servicios habilitados: consulta externa, servicio de urgencias, laboratorio clínico, farmacia, hospitalización, citologías, vacunación, crecimiento y desarrollo, promoción y prevención, ambulancia, sala de partos, odontología. En la actualidad se atiende a los usuarios de la EPS Savia salud, ya que esta tiene la mayor parte de la cobertura poblacional. La Secretaría de Salud en compañía con ESE Hospital implementa el programa Psicosocial Giraldo Avanza Contigo en el marco de la política pública de salud mental y convivencia social con el fin de favorecer a la calidad en el servicio <sup>80</sup>.



## 5. Metodología

### 5.1 Diseño metodológico

El diseño constituye la estructura y dirección de cualquier propuesta de investigación; se desarrolló un estudio cualitativo de caso, dado que responde con los propósitos que se han planteado en el objetivo general. Según Galeano, el estudio cualitativo “busca comprender el significado de una experiencia, e implica el examen intenso y profundo de diversos aspectos de un mismo fenómeno enfocado en un programa. Bajo esta estrategia pueden ser estudiados multiplicidad de fenómenos como creencias, prácticas, ritos, interacciones, actitudes, entre muchos otros” .<sup>81</sup>

Para Galeano “Un caso es, pues, un suceso o aspecto social localizado en un espacio y un tiempo específicos, y que es objeto de interés de un estudio. El estudio de caso le permite al investigador alcanzar mayor comprensión y claridad sobre un tema o aspecto teórico concreto, o indagar un fenómeno, una población o una condición en particular”.<sup>81</sup>

De acuerdo con Stake, existen diferentes clases o tipos de estudios de caso. Para este estudio se seleccionó estudio de caso colectivo ya que el investigador puede estudiar conjuntamente un determinado número de casos, con poco o nulo interés en un caso particular, con la intención de indagar sobre un fenómeno, una población o una condición general. No se trata de estudiar un colectivo, sino de un estudio instrumental extendido a varios casos. Los casos individuales se pueden conocer o no con anterioridad para determinar sus características comunes; pueden ser similares o redundantes o no serlo, cada uno de ellos con su propia voz. Se seleccionan porque se piensa que su estudio conducirá a una mejor comprensión o teorización acerca del conjunto de casos analizados <sup>81</sup>.

Se define como caso *el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021*, teniendo en cuenta que se trata de una experiencia de servicios en salud mental, que ha cobrado

relevancia en el Departamento de Antioquia, pero que en cada Municipio existen particularidades para su implementación, las cuales deben identificarse en la búsqueda de mayores niveles de calidad.

Los Centros de Escucha del Municipio de Giraldo tienen una dinámica propia, que con los desafíos que impuso la pandemia por el virus Sars-CoV-19, cobraron mayor relevancia como servicio de salud mental para la población Girdalina.

El estudio cualitativo de caso se volvió aún más pertinente en términos de políticas públicas específicas para el Municipio de Giraldo, teniendo en cuenta que las políticas deben responder a dinámicas propias definidas por su geografía, pero también por su contexto político, económico y social. Estas dinámicas hacen que los territorios tengan características particulares que ameritan esfuerzos de diversos sectores para lograr políticas diferenciadas y acotadas a estas realidades <sup>82</sup>.

En esencia, el término estudio de caso se refiere a la recolección, el análisis y la presentación detallada y estructurada de información sobre un individuo, un grupo o una institución. La información proviene de diversas fuentes e incluye usualmente las visiones de los mismos sujetos. Estos estudios producen mucha más información detallada acerca de un caso que la que se puede adquirir por medio de métodos estadísticos, y son esenciales para entender el comportamiento humano; comprender una actividad humana requiere que la observemos a lo largo del tiempo, el contexto en el cual se desarrolla, la configuración de factores sociales que hacen que la situación ocurra, y la forma en que estos factores interactúan <sup>81</sup>.

Atendiendo a los lineamientos teóricos del estudio de caso, se tuvo en cuenta que la intención del estudio de caso es dar respuesta a cómo y por qué ocurren el o los hechos, focalizando a los fenómenos en estudio desde múltiples perspectivas, haciendo que la exploración sea en forma más profunda y el conocimiento obtenido sea más amplio <sup>83</sup>.

Esta investigación se desarrolló a través de un proceso flexible y abierto, centrado en la manera en que los servicios de salud y el proceso de atención son percibidos y experimentados por los usuarios que participaron en el programa Centros de Escucha del municipio de Giraldo Antioquia en 2021. Para ello se acudió a técnicas de revisión documental de fuentes secundarias para la comprensión de los lineamientos del programa, se realizó entrevista a 4 funcionarios del programa que posibilitaron mayor comprensión del servicio, profundizar en los elementos observados en la revisión de fuentes secundarias.

También se logró entrevistar a 12 usuarios mayores de edad (18 años en adelante), seleccionados a conveniencia, que pertenecieran a la zona urbana y rural, que hubieran sido atendidos en el año 2021 y que tuvieran disponibilidad para ser entrevistados, en sus lugares de vivienda o en la sede de la Alcaldía, estas 12 personas respondieron además a una encuesta de satisfacción del servicio.

Por último, se logró hacer una observación en campo de las condiciones del servicio, instalaciones físicas, condiciones geográficas que permitieran una lectura de contexto, y una vivencia de las condiciones de la población Giralдина.

Las técnicas de recolección de información implementadas fueron:

***Entrevista semiestructurada***, como un instrumento capaz de adaptarse a las diversas personalidades de cada sujeto, en la cual se trabaja con las palabras del entrevistado y con sus formas de sentir, no siendo una técnica que conduce simplemente a recabar datos acerca de una persona, sino que intenta hacer hablar a ese sujeto, para entenderlo desde dentro <sup>84</sup>.

En el enfoque cualitativo, las entrevistas semiestructuradas son particularmente convenientes para la creación de situaciones de conversación que faciliten la expresión natural de percepciones y perspectivas por parte de las personas sujetos de investigación.

**Encuesta de satisfacción:** la encuesta de satisfacción es un estudio empírico basado en la observación para determinar el grado de satisfacción del encuestado <sup>85</sup>. La encuesta obtuvo la información a partir de un cuestionario que fue respondido de manera presencial. Las encuestas de satisfacción suelen tener por finalidad conocer el grado de satisfacción de un público objetivo ante un servicio ofrecido.

Para medir en nivel de satisfacción de los usuarios, se realizó una encuesta enfocada en evaluar de una manera cuantitativa cada una de las categorías expuestas en los objetivos, con el fin de mirarlo desde esta metodología y comparar los resultados con la entrevista, con base en cómo se sintieron en todo momento con el programa Centros de Escucha.

Para los investigadores, el contacto del estudio de caso con las situaciones de la vida real y su gran riqueza de detalles fueron importantes en la investigación. No hay mejor recolección de campo que el estar en contacto directo con el fenómeno investigado, vivir la situación, llegar a comprender porque se desarrolla determinado fenómeno y llegar a la interpretación más cercana a la realidad <sup>83</sup>.

## **5.2 Población**

La población de este estudio son los usuarios del programa de Centros de Escucha en 2021 así como los coordinadores del programa en el Municipio de Giraldo Antioquia.

## **5.3 Criterios de inclusión y exclusión**

### **5.3.1 Criterios de inclusión**

- Usuarios mayores de 18 años.
- Habitantes del municipio de Giraldo.
- Usuarios que hayan hecho uso del programa Centros de Escucha del municipio de Giraldo en el año 2021.

- Coordinadores y funcionarios del programa Centros de Escucha.

### **5.3.2 Criterios de exclusión**

- Usuarios actuales del programa Centros de Escucha del municipio de Giraldo que no hayan completado todo el proceso, Ello porque aún no tienen una percepción completa del mismo.

- Personas que no vivan en el municipio de Giraldo Antioquia.

### **5.4. Protocolo para la entrevista**

Uno de los aspectos básicos de la investigación, es el establecimiento de una serie de preguntas que deberán ser contestadas en el transcurso del estudio a desarrollar. Bajo este considerando, resulta conveniente que le antecede el protocolo, este debe estar integrado por un conjunto de aseveraciones que respondan tales cuestionamientos ligados íntimamente a la investigación que pretendemos abordar <sup>86</sup>. Aclarado lo anterior, a continuación, se presentan los apartados que bajo nuestra consideración fueron contemplados en nuestra investigación.

Para la investigación en primera instancia se envió una solicitud formal al coordinador del área de salud mental y convivencia social del municipio de Giraldo Antioquia, por parte de los estudiantes que intervinieron en la investigación, respaldados por el director del programa de estudio y luego se solicitó una cita con el coordinador para presentar el proyecto y solicitar la debida autorización para su desarrollo, después de tener la autorización requerida se procedió a solicitar un encuentro con el personal asistencial del programa Centros de Escucha para que estos conocieran el proyecto que se realizó, una vez con la autorización ya aprobada se solicitaron las bases de datos con nombres de los pacientes atendidos en el programa Centros de Escucha durante el año 2021. Después de tener la base de datos se procedió a seleccionar 15 personas por conveniencia, porque son personas que habían participado del programa y cumplen todos los requisitos para ser partícipes en la

investigación, teniendo en cuenta los criterios antes mencionados y finalmente, se procedió a llamar a las personas escogidas para saber si estaban dispuestas a participar en la entrevista, Con las personas que fueron partícipes en la investigación se dieron las indicaciones generales de donde y cuando era la fecha para la realización de las entrevistas, se citaron a las personas de manera telefónica y se coordinó donde se realizó la entrevista y la encuesta, este lugar fue en un ambiente donde no hubo ruidos que lograrán interferir en el procedimiento y las actividades que se realizaron, también fueron en un espacio cómodo para las personas, para que estas sintieran confianza al momento de ser entrevistados y se obtuviera una información más confiable y verídica.

Luego de haber pactado el espacio y tener a las personas, cada entrevistador se reunió con las personas para realizar la entrevista y así interactuar para proceder a la recolecta de toda la información necesaria para el trabajo de investigación.

Al momento se inició la conversación con un preámbulo de bienvenida a los participantes:

*“Buenos días/tardes, Nosotros somos Julieta Silva, Stefany Marín y Andrés Yepes, estamos realizando un estudio sobre el programa Centros de Escucha. Con este estudio buscamos conocer distintas opiniones y experiencias para lograr dar un desarrollo adecuado al proyecto de investigación, relacionado con los temas de los servicios de salud mental y convivencia social. En este sentido, siéntase libre de compartir sus experiencias e ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas o respuestas verdaderas o falsas, lo que importa es justamente su opinión sincera. Resaltamos que la información es sólo para nuestro trabajo, Las respuestas de todas las personas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante”.*

Esto con el fin de dejar claros los aspectos generales y generar un nivel de confianza entre el entrevistador y el entrevistado y se dio paso al diligenciamiento del consentimiento informado para así dar comienzo a la charla con las preguntas de

investigación.

Se comienzan a generar las preguntas y a grabar según el consentimiento informado de las personas, para la recolección de los datos. Terminada la entrevista se dio agradecimiento a la persona por ser partícipe voluntario de ella. Al final los 3 entrevistadores se reunieron para integrar la recolección de los datos y discutir los aspectos más importantes para el proceso de la realización de la entrevista.

### **Diseño de entrevistas:**

Se diseñó un primer protocolo para la entrevista para los funcionarios, basados en aspectos que, desde la teoría, deben revisarse a la hora de evaluar servicios de salud mental; un segundo protocolo para la entrevista para los usuarios, orientado a la vivencia en los Centros de Escucha, pero también se dio paso a la emergencia de temas que los participantes consideraran relevantes en la entrevista y un tercer protocolo, tipo encuesta de satisfacción para los usuarios, con criterios teóricos.

En cuanto a las entrevistas de los funcionarios cuenta con dos versiones, una de ellas la que se utilizó en la prueba piloto con 11 preguntas y la otra versión cuenta con 9 preguntas que fue la que se utilizó para entrevistar a los funcionarios (Ver anexo 4).

La entrevista de los usuarios cuenta con una sola versión de 20 preguntas, estas fueron estructuradas de tal forma que dan cumplimiento a responder con cada una a las categorías expuestas en los objetivos 2 y 3 (ver anexo 3).

La encuesta de satisfacción para los usuarios, cuenta con una sola versión de 8 ítems utilizando un formato de respuesta con categorías de malo, regular, bueno y excelente (ver anexo 5).

### **Prueba piloto:**

Se realizó una prueba piloto el 20 de abril del 2022 con los tres protocolos

anteriormente mencionados. Esta prueba piloto permitió corregir posibles errores en la logística (tiempo, disponibilidad de los funcionarios, comunidad y comunicación), coherencia del instrumento y registro de datos que pudiera afectar los resultados del estudio, a través de esta prueba se verificó la validez del instrumento.

Se realizó inicialmente una prueba piloto con dos personas mayores de 18 años, una mujer y un hombre residentes del municipio de Giraldo, a quienes se les aplicó cada uno de los formatos. La aplicación de la versión para la entrevista de los funcionarios que constaba de 11 preguntas inicialmente, dio como resultado que, las dos personas piloteadas presentaron dificultades para comprender una misma pregunta en específico, mientras que el hombre en una de las preguntas manifestó que no sabía cómo contestar. A raíz de ello se aplicó la segunda versión que consta de 9 preguntas de aplicación para los funcionarios.

En el caso del instrumento para los usuarios no se realizó ninguna modificación, pues las dos personas piloteadas contestaron cada una de las preguntas sin ninguna dificultad, por lo que se tuvo en cuenta la primera versión, aplicando un formato de entrevista para los usuarios con un total de 20 preguntas y 8 preguntas en el formato de encuesta de satisfacción.

### **5.5. Técnicas del análisis de los datos**

Al igual que en otros diseños cualitativos, el análisis es un proceso permanente dentro de la investigación, de principio a fin, es secuencial e interactivo (entre los datos y los fundamentos teóricos). Mediante el análisis, el investigador revela categorías y patrones de los datos, en tanto su sentido se muestra en los textos emergentes que sugieren otras relaciones y explicaciones y nuevas formas de análisis, para llegar a la estructuración de un texto integrado <sup>87</sup>.

En la Investigación Cualitativa, el Estudio de Caso tiene una ventaja epistemológica sobre otros métodos de indagación. Pues se considera útil en el estudio de asuntos humanos dada su flexibilidad y porque logra captar la atención de diferentes



lectores gracias a un estilo accesible, frecuentemente en armonía con la experiencia del lector, constituyéndose en una base natural de generalización <sup>88</sup>. Para el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas semiestructuradas, posterior a la transcripción de estas, se realizó un análisis de contenido propuesto por Maria Eumelia Galeano, teniendo en cuenta los pasos que son de gran relevancia en el momento de realizar el procesamiento de la información:

- ✓ Revisar continuamente los registros para producir otros que afinen la información y plantean nuevas necesidades de la misma
  
- ✓ No acudir a la memoria: lo que no se registra es un dato que no existe
  
- ✓ Evaluar la pertinencia de utilizar formas de registro intrusivas (fotografía, filmación, grabadora) y no intrusivas (confiar en la memoria, notas sueltas) <sup>89</sup>.

Para el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas semiestructuradas, se utilizó el método de análisis temático teniendo en cuenta las etapas del proceso de la información propuesto por Virginia Braun y Victoria Clarke, como un método útil y flexible de la información obtenida de la interacción con las personas que hicieron parte del programa Centros de Escucha del municipio de Giraldo.

Para el análisis de la información es vital que el investigador realice una inmersión con los datos obtenidos para familiarizarse con su contenido en profundidad y amplitud, por ello se realizó una transcripción rigurosa, completa y una descripción “palabra literal” de las grabaciones obtenidas en cada una de las entrevistas, por parte de cada uno de los investigadores, ya que se convierte en una herramienta de comprensión mucho más profunda de los datos obtenidos.

Una vez realizado todas las transcripciones, se procede a nombrarlos bajo códigos específicos y excluyentes, este proceso se hizo manualmente por medio de la

aplicación Atlas ti con el fin de codificar los resultados de las entrevistas devenidas del proceso de investigación con las personas que forman parte del programa, toda la base de datos recolectada se codificó sistemáticamente, prestando atención a cada entrevista transcrita, en este proceso, la codificación se realizó etiquetando y nombrando fragmentos de textos dentro de cada entrevista asegurándonos de que todos los fragmentos hayan sido codificados y agrupados

Posteriormente, se realizó la clasificación de las categorías con mayor relevancia, que recogen los aspectos claves de todo el estudio, este es el proceso final en el que se puede observar la integración e interrelaciones de interés según los objetivos planteados en el trabajo y se hizo evidente la predominancia de categorías relacionadas a la capacidad instalada, acceso al programa Centros de Escucha, accesibilidad, recurso humano, barreras de acceso, estigma, satisfacción y recomendaciones al programa, aspectos claves para llegar a la integración de los hallazgos.

El análisis de la información es más subjetivo que el de la información recogida por una encuesta cuantitativa, por lo tanto, se consideró importante hacer una serie de preguntas para cada entrevista, según variables preestablecidas, pero siempre orientadas a cada uno de los objetivos. Para el análisis de la información de las encuestas de satisfacción se realizó una base datos con todos los resultados de la encuesta, además una tabulación con los datos obtenidos con el fin de facilitar el análisis de la información cruzando categorías obtenidas en las entrevistas, proceso del cual se pudo derivar la cuantificación de algunos resultados y dando más relevancia a las categorías más citadas.

### **Triangulación**

Generalmente, la triangulación ha sido considerada como un proceso que utiliza múltiples percepciones para clarificar significados, mediante la identificación de diferentes formas de ver el fenómeno y la verificación de la repetibilidad de una observación o interpretación, pero teniendo en cuenta que las observaciones e

interpretaciones no son siempre repetibles. El uso de la triangulación en esta investigación consta de combinar diversas fuentes (directas y documentales), técnicas de recolección de información (entrevistas y encuestas,) y que el tipo de participantes permite contrastar la información. Por su parte, en el estudio de caso también se utiliza la comparación (entre sujetos, atributos o situaciones) como técnica de análisis para llegar a explicaciones por diversas vías: se eligen las características que se han de observar, se identifican diferencias y similitudes, y se analizan comparativamente <sup>89</sup>.

Para lograr validez y confiabilidad se vio la necesidad de triangular la observación directa en el trabajo de campo con entrevistas, fuentes secundarias y revisión documental. Esta forma de triangulación protege los pensamientos del investigador, porque confronta y somete a control recíproco los relatos de diferentes participantes y las observaciones realizadas por varios investigadores <sup>89</sup>.

Esta triangulación implica que haya varios observadores y que se comparen y confronten las notas y los resultados. Si los investigadores, trabajando en forma individual, pero observando los mismos sistemas, reportan el mismo tipo de datos, se incrementa la confiabilidad en la técnica y se obtendrán resultados más verídicos <sup>89</sup>.

El análisis de la información es más subjetivo que el de la información recogida por una encuesta cuantitativa, por lo tanto, se consideró importante hacer una serie de preguntas para cada entrevista, según variables preestablecidas, pero siempre orientadas a cada uno de los objetivos.

## **6. Consideraciones éticas**

La ética de la investigación es de vital importancia a la hora de realizar una investigación, ya que se aplican los principios éticos que se dan para la protección de aquellos que están siendo investigados y para los investigadores, dándole seguridad de libertad, autonomía, estando al tanto de todo lo que se va a hacer sin engaños y garantizando un buen trato de parte de los investigadores <sup>90</sup>.

En esta investigación sobre el programa Centros de Escucha, se aplicaron los principios del Informe de Belmont <sup>90</sup> los cuales son beneficencia, no maleficencia, respeto y justicia, también la Resolución 8430 de 1993 donde en el artículo 15 de esta resolución se destacan los procedimientos, los beneficios, la libertad de retirar su consentimiento, la seguridad de la confidencialidad y el nivel de riesgo que en este caso es de riesgo mínimo ya que la probabilidad de daño, pérdida, lesión u otras consecuencias adversas que pudieran ocurrirle a alguien como resultado de su participación es mínimo <sup>90,91</sup>.

Se generó un beneficio indirecto ayudando a contribuir a que el programa Centros de Escucha ofrezca una mejoría en cuanto a un servicio con calidad para sus usuarios.

La no maleficencia la aplicamos mediante la obligación de no hacer daño a las personas que participan en la investigación, en el terreno práctico tratando de maximizar todos los posibles beneficios y previendo las acciones necesarias para minimizar los eventuales riesgos como lo son el contagio por el Covid-19, tratando temas de sensibilidad al encuestar y entrevistar a las personas, para esto se tienen en cuenta todas las protecciones físicas frente al tema del Covid-19 y se plantean las preguntas acordes a temas específicos de interés para la investigación sin tratar temas a profundidad de lo personal.

Para dar cumplimiento al principio de justicia, se incluyeron a todas las personas que cumplan con los criterios de inclusión, sin realizar ningún tipo de discriminación, para así dar un trato justo y equitativo

El respeto y la autonomía lo aplicamos mediante el consentimiento informado al dar la respectiva información a las personas y que éstas tengan libertad de elección, además a los usuarios se les entregó un consentimiento informado donde se les brindó a través de un documento formal la información necesaria para su participación y aceptación en nuestro proyecto investigativo, de igual forma si los usuarios tenían alguna duda o inconformidad se les hicieron las aclaraciones pertinentes de forma verbal, de tal forma que los usuarios despejaran las dudas que tuvieran respecto a la investigación.

El uso de datos personales de los usuarios es confiable y seguro ya que la información es utilizada únicamente para fines académicos, se contempló la posibilidad de socializar los resultados con la Secretaría de Salud de Giraldo Antioquia para que conozcan los resultados de la investigación y puedan tomar las decisiones pertinentes y socializarlas con los usuarios. (ver anexo 6 y 7)

Esta investigación corresponde al estándar del riesgo mínimo ya que a menudo se define mediante la comparación de la probabilidad y magnitud de los daños previstos con la probabilidad y magnitud de los daños que habitualmente encontramos en la vida cotidiana o durante la realización de pruebas o exámenes físicos o psicológicos de rutina. La finalidad de estas comparaciones es determinar el nivel aceptable de riesgo de una investigación por analogía con los riesgos de actividades en otras esferas de la vida: cuando la población de que se trate considera aceptables los riesgos de una actividad, y la actividad es relativamente similar a participar en la investigación, el mismo nivel de riesgo debería considerarse aceptable en el contexto de la investigación. Estas comparaciones normalmente implican que los riesgos de una investigación son mínimos cuando el riesgo de daño grave es muy poco probable y los posibles daños asociados a eventos adversos más comunes son pequeños <sup>92</sup>.

Sin embargo, una dificultad que plantean estas comparaciones de riesgos es que distintas poblaciones pueden experimentar notables diferencias en cuanto a los riesgos

de la vida diaria o en pruebas y exámenes clínicos de rutina. Tales diferencias de riesgo pueden provenir de desigualdades en cuanto a la salud, riqueza, estatus social o determinantes sociales de la salud. Por consiguiente, los investigadores deben cuidarse de no hacer tales comparaciones de manera que los participantes o grupos de participantes puedan quedar expuestos a riesgos mayores en la investigación solo porque son pobres o de grupos desfavorecidos, o porque su entorno los expone a riesgos mayores en sus vidas cotidianas (por ejemplo, una seguridad vial deficiente) <sup>93</sup>.

### **6.1 Medidas de bioseguridad**

Debido a la situación de pandemia en que estamos hay que tener en cuenta que el desplazamiento hasta el lugar de la investigación y la realización de las encuestas generan riesgo de propagación del virus, por lo que la Secretaría de Salud realizará el levantamiento de la información y aplicarán los protocolos de bioseguridad de la Universidad de Antioquia, previamente dados a conocer por los estudiantes a las personas comprometidas a la investigación, para reducir el riesgo de contagio por Covid-19 de la siguiente manera <sup>92</sup>.

- **Uso permanente del tapabocas:** Los entrevistadores portamos en todo momento el tapabocas desechable, cubriendo adecuadamente nariz y boca, se tuvo en cuenta su correcto uso y se proporcionó también tapabocas desechables en empaques individuales y autorizados por las autoridades de salud a las personas que fueron entrevistadas en caso no de tener.

- **Lavado de manos:** Se dispuso de alcohol glicerinado al 70%, se aplicó frecuentemente y se usó de manera correcta.

- **Distanciamiento físico:** Se mantuvo el distanciamiento mínimo de 2 metros con las personas, los responsables no compartieron con la comunidad ningún tipo de alimento o bebida. A su vez, durante la investigación no se generaron aglomeraciones que puedan propagar el virus ya que las encuestas y entrevistas fueron de manera individual. Adicionalmente, se utilizaron las ayudas tecnológicas con el fin de evitar las

aglomeraciones y evitar el intercambio físico de documentos de trabajo.

- Otras medidas: La entrevista y la encuesta se realizaron en espacios abiertos que permitieron la circulación del aire, se desinfectaron todos los elementos que se utilizaron durante la investigación como lapiceros, celulares, computadores, etc. Las medidas de bioseguridad se aplicaron en todo momento: antes de llegar al lugar donde se realizó la investigación, durante y después de salir del lugar hasta llegar nuevamente a la vivienda.

## **6.2 Justificación del trabajo en campo**

El trabajo de campo para la presente investigación se hace necesario ya que las personas entrevistadas y encuestadas son la población que vive tanto en la cabecera municipal como en las veredas, por lo que se hizo necesario realizar nuestra investigación de forma presencial ya que este es un municipio con población mayormente rural y al realizar las entrevistas y encuestas por llamada telefónica u otros medios se dificulta por temas de señal y acceso a herramientas tecnológicas por parte de la población como los celulares o el acceso a internet, que es de muy baja calidad y la mayoría de personas no cuentan con este. Adicionalmente, no se cuenta con datos secundarios de la población de interés ya que en el municipio no se han realizado otros estudios relacionados en cómo las personas perciben la prestación del programa Centros de Escucha.

Otra de las razones que justifican el trabajo de campo presencial es que el municipio donde se trabajó presenta la suficiente seguridad y disponibilidad por parte de las autoridades para poder realizar la investigación.

Criterios generales para la ejecución del proyecto de investigación

Se logró un adecuado desarrollo de los métodos de investigación propuestos, para cada componente se tuvo en cuenta:

a. Los investigadores contaron con la póliza estudiantil vigente.

- b. Se informó y se presentó a la comunidad el proyecto por medio de la Secretaría de Salud y líderes sociales de cada vereda.
- c. Se tuvo en cuenta todas las medidas de bioseguridad de la Universidad de Antioquia por la contingencia sanitaria del Covid-19, por parte de la persona delegada para la aplicación de las entrevistas y encuestas.
- d. Se contó con el apoyo de la Secretaría de Salud para la realización presencial del proyecto, con las visitas de campo que fueron ejecutadas por parte de los investigadores, con conocimiento del sector y con conocimientos tecnológicos para la recolección de la información (Ver anexo 8).



## **7. Aspectos Administrativos**

### **7.1 Cronograma**

El plan de trabajo, detallado en el cronograma, pretendió dar inicio con la cita con la persona encargada, para hacer la presentación del proyecto de investigación y de esta manera se expresó lo importante que es para nosotros como investigadores su apoyo y autorización para dar inicio del mismo, a lo largo del cronograma se van a desglosar una serie de actividades y tareas que poco a poco nos ayudaron a realizar cada etapa de la investigación, hasta llegar al final de nuestro proyecto que sería la presentación del informe final y su retroalimentación, en conjunto con los investigadores y los entes administrativos y asistenciales encargados del servicio de salud mental y convivencia social (Ver anexo 1).

### **7.2 Viabilidad**

La investigación cuenta con el respaldo de la Secretaría de Salud, ya que se presentó el proyecto al encargado del programa de salud mental y convivencia social.

La comunidad del programa de salud mental y convivencia social de Giraldo Antioquia manifestó apoyo a la investigación a través de la Secretaría de Salud cuando se les informó acerca de la propuesta. (ver anexo 8)

### **7.3 Factibilidad**

#### **7.3.1 Factibilidad técnica:**

Se contó con el personal idóneo para llevar a cabo el proyecto ya que tanto el asesor como los estudiantes tienen las capacidades técnicas y teóricas que permiten el desarrollo del proyecto, además, se contó también con personal disponible de la Secretaría de Salud para la recolección de la información y con los materiales y equipos que se necesitan para la realización de las entrevistas, encuestas y las observaciones no participantes.

### **7.3.2 Factibilidad financiera:**

Los investigadores aportaran el 53.2% correspondiente a un valor de \$ 11.805.000 y la Universidad de Antioquia el 46.8% correspondiente a un valor de \$ 10.400.000 Para un total del proyecto de \$22.205.000 (Ver anexo 2)

### **7.3.3 Factibilidad legal:**

- Es función del Ministerio de Salud, dictar normas científicas que regulen la calidad de los servicios, la prevención de la enfermedad mental mediante la intervención de los factores de riesgo a enfermar, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades de salud y por las instituciones prestadoras de servicio de salud y por las Direcciones Seccionales, distritales y locales de salud. Se dicta la Resolución 2358 de 1998 del Ministerio de Salud; Por medio de la cual se acoge la Política Nacional de Salud Mental y busca promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases <sup>51</sup>.

- Decreto N.º 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ley 1616 de 2013 cuyo objeto es 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, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud <sup>51</sup>.

- Política marco de seguridad y convivencia ciudadana 2018-2022 en la cual se deriva del plan de desarrollo por Colombia, pacto por la equidad 2018-2022, y de la política de Defensa y Seguridad para la legalidad, el emprendimiento y equidad (PDS). Se emplea en Giraldo-Antioquia el "PISCC" Plan integral de seguridad y convivencia

social, el que se elabora de manera conjunta entre las autoridades político-administrativas y las instituciones de seguridad y de justicia, con el fin de incluir las estrategias y acciones, que permitan atender de manera integral las problemáticas que generan violencia y problemas de convivencia por medio de programas que permitan generar confianza y mejorar las relaciones sociales creando en las comunidades una conciencia de respeto a la vida <sup>26</sup>.

#### **7.3.4 Factibilidad Ambiental:**

Los impactos ambientales que ocasionará el proyecto serán:

- Residuos generados de las actividades administrativas: uso papelería, impresiones, tinta, plástico, uso de energía y agua.
- Residuos sanitarios generados por las medidas de bioseguridad, guantes, tapabocas, pañuelos desechables y paños desinfectantes.
- Residuos sólidos generados de empaque de comida, botellas de plástico, servilletas.

El impacto de estos residuos se disminuyó utilizando el uso de papelería reciclable, minimizando el uso de energía y agua al máximo posible y frente a los implementos de bioseguridad se utilizaron todos los materiales en exactitud y dándoles su respectiva disposición final.

#### **7.4 Estrategias de difusión de los resultados y hallazgos de la investigación**

Respecto a la socialización de los resultados de la investigación a los funcionarios que hacen parte del Programa, se propuso realizar una reunión, con presencia voluntaria, con el objetivo de generar mayor sensibilidad frente a los resultados y puedan tenerse en cuenta al momento de la formulación de planes, programas y proyectos para la población del municipio o bien, con el ánimo de fortalecer el Programa Centros de Escucha.

Para la difusión, con los resultados que fueron arrojados por la investigación que

se realizó con personas mayores de edad que hicieron parte del programa Centros de Escucha y con el personal administrativo encargado de dicho programa en el Municipio de Giraldo, se planteó que de acuerdo al proceso de análisis de información y en coherencia con la metodología de estudio cualitativo de caso, al finalizar la reunión de socialización se entregaron de manera formal los resultados de la investigación con los funcionarios partícipes en el programa, Adicionalmente se entregó el informe de la investigación a la Secretaría de Salud del Municipio de Giraldo.

## **9. Resultados**

### **9.1. Oferta de servicios de salud mental en el municipio de giraldo**

El municipio de Giraldo tiene una cobertura de atención para todas las personas de todas las edades, en cuanto a programas en salud mental, de promoción, prevención e intervención, orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental <sup>94</sup> 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.

El Municipio cuenta con un equipo de 8 psicólogos: una psicóloga y un Psicólogo en la Secretaría de Salud y Protección Social, dos Psicólogas y un psicólogo en Comisaría de Familia, una Psicóloga en el Centro de Desarrollo Infantil, una Psicóloga en el Plan de intervenciones Colectivas y una Psicóloga de Buen Comienzo y adicionalmente se cuenta con una asesora de Salud Mental de la Gobernación de Antioquia. Estos son encargados de identificar casos tendientes a desencadenar problemas asociados a la salud mental en la comunidad y exclusión social, de crear espacios de interacción donde las personas en situación de vulnerabilidad compartan sus experiencias de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades relacionadas con el cuidado y su bienestar físico y mental.

Los programas de salud mental del Municipio están regidos por la Política Pública de Salud Mental del municipio y las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de Salud Pública. Adicionalmente la Administración Municipal es la encargada en realizar las gestiones necesarias para contar con fuentes de financiación provenientes de la cooperación internacional y/o del Gobierno Nacional y el Alcalde Municipal o quien sea delegado promoverá la colaboración de instituciones privadas comunitarias en la aplicación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social. Las acciones de la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del PIC se financian con:

- Recursos del Sistema General de Participación de qué trata la Ley 715 de 2001
- Otros recursos del presupuesto Nacional, Departamental y por concepto de cofinanciación
- Recursos propios del Municipio.
- Recursos del convenio de salud pública en el componente de salud mental y convivencia social “PIC”

Se hallaron 3 programas para la atención en salud mental:

- Los Centros de Escucha
- Los gestores en salud mental y convivencia
- Comité de Salud Mental o Mesa de Atención Psicosocial

## **1. LOS CENTROS DE ESCUCHA**

El programa “Centros de Escucha” es un lugar para promover la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, sexual y de género, el abuso sexual, la violencia escolar entre pares, el suicidio y otros eventos emergentes.

Los Centros de Escucha en el municipio de Giraldo son una estrategia de organización, gestión y participación comunitaria, que, a través de la escucha por parte de dos de los ocho profesionales psicológicos presentes en el municipio, permiten encontrar respuesta a las demandas y necesidades de la comunidad promoviendo y haciendo posible la inclusión social y la garantía del derecho a la salud mental.

Los Centros de Escucha son un producto histórico de la intervención social en Antioquia. Empezaron a organizarse a partir de la labor humanitaria, hasta difundirse como instrumentos de trabajo en comunidades de alta vulnerabilidad coordinado por psicólogos en el marco de políticas públicas del municipio. Este programa en el municipio de Giraldo comenzó a implementarse desde el año 2020 en un proyecto denominado “Salud para el alma” con recursos provenientes de la Gobernación de Antioquia, la metodología que se utilizaba era a través de la escucha telefónica con una psiquiatra directamente de la gobernación de Antioquia para atender a todas aquellas personas que por la pandemia COVID-19 estaban viendo afectada su salud mental y

personas que requerían el servicio centro de escucha por cualquier otra situación. Para el año 2021 la Secretaría de Salud y Protección Social de Giraldo acoge este programa en convenio con el hospital San Isidro Labrador con recursos provenientes del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC directamente atendido por Psicólogos del municipio y enfermeros u/o enfermeras de la ESE

Las personas que quieren acercarse al programa, deben solicitar una cita de atención con el profesional Psicosocial de la Secretaría de Salud, en la oficina de APS “Atención Primaria en Salud” ubicada en el hospital o Comisaría de Familia, allí se orientará para agendar la cita con alguno de los dos psicólogos encargados de los Centros de Escucha, además cuando se realizan brigadas se incorporan también a las personas que quieran ser partícipes y a través de llamadas telefónicas directamente atendidas por alguno de los dos psicólogos encargados de los Centros de Escucha o a través de la línea telefónica 018000413838 atendida por una psiquiatra de la Gobernación de Antioquia. Estas asesorías son individuales, y cada usuario expresa las necesidades que tienen. Lo establecido por el Programa Centros de Escucha es que se hagan tres intervenciones por persona y posterior a ello un seguimiento al menos dos veces al mes hasta que el psicólogo lo considere necesario.

Estos Centros de Escucha conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de las personas, canalización hacia los servicios de salud y acompañamiento en las rutas de derechos, por lo tanto, son la puerta de entrada a procesos de inclusión social y empoderamiento en salud.

## **2. Los gestores en salud mental y convivencia**

Los Gestores en Salud Mental y Convivencia, es un programa implementado en el Municipio desde el año 2019, coordinado por la directora local de la Secretaría de Salud y Protección Social y por una psicóloga del municipio, este programa es un espacio de formación en salud mental y convivencia, en donde los estudiantes del grado décimo y once, interactúan con las comunidades Giraldinas en vulneración; aplicando los conocimientos, habilidades y competencias desarrolladas en su proceso formativo. Con este programa el estudiante contribuye a la solución de problemáticas presentadas en su comunidad e institución educativa, impulsando el cuidado y el

mejoramiento de la salud mental, realizando actividades de aprovechamiento del tiempo libre y actividades encaminadas a la formación y labor psicosocial.

En la actualidad, en este programa se realizan talleres de fortalecimiento personal y sirve como una red de apoyo a la primera ayuda psicológica en sus comunidades e instituciones educativas.

La finalidad de este programa es concientizar a la comunidad respecto a las causas, consecuencias y alternativas de solución acerca de las problemáticas suicidas, el consumo de sustancias psicoactivas y dar información sobre la sexualidad, ya sea infecciones de transmisión sexual o embarazos a temprana edad.

### **3. Comité de Salud Mental o Mesa de Atención Psicosocial**

El comité de salud mental o mesa de atención psicosocial, es una instancia Municipal que busca promover las diferentes líneas de acción y objetivos estratégicos de la Política Pública de Salud Mental, en articulación con la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto y el Plan Municipal de Prevención de Drogas, espacio que se hace cada mes, conformado por todos los profesionales en el Área Psicosocial residentes en el Municipio de Giraldo, con el fin de realizar acciones de promoción y prevención de ideación suicida y consumo de sustancias psicoactivas dirigido por una asesora en salud mental directamente de la Gobernación de Antioquia.

Se cuenta con reuniones mensuales coordinadas por una funcionaria de salud mental de la Gobernación de Antioquia y la psicóloga de la Secretaría de Salud del municipio, en el que hacen partícipes todos los profesionales en el Área Psicosocial residentes en el Municipio de Giraldo, Comisaria de Familia, Secretario de Educación, Policía de Infancia y Adolescencia, gerente de la ESE y rectores de las institución educativas, con el fin de articular espacios dentro del municipio donde se analicen y realicen acciones referentes a la salud mental, acciones de promoción y prevención de ideación suicida y consumo de sustancias psicoactivas.



## 9.2. Rutas de acceso

### 9.2.1 Demanda y atención de servicios en los Centros de Escucha:

Los Centros de Escucha del Municipio de Giraldo se desarrollan para dar una respuesta inmediata a las demandas y necesidades en salud mental de la población de Giraldo; el programa es atendido por la psicóloga del PIC en compañía con un psicólogo de Comisararía de Familia. Estos Centros de Escucha se han convertido en una opción de búsquedas de respuesta a eventos asociados que afectan la salud mental y convivencia social de la comunidad Girdalina, en temas como consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia comunitaria, trastornos mentales y problemáticas asociadas que, de no resolverse, afectan áreas como la educación, el trabajo, la vivienda, la familia, la vida de grupo, es decir, la calidad de vida.

Los servicios se centran en asesorías individuales y colectivas que mejoren la calidad de vida de los actores que lo integran. Aunque se cuenta con varias organizaciones para la divulgación de la oferta de los Centros de Escucha, la página oficial de Facebook de la Alcaldía Municipal de Giraldo es la principal herramienta para la divulgación de estos servicios ya que a través de una infografía y videos publicados en la página se le hace saber a la comunidad la existencia de estos servicios, las horas de atención y como llegar al lugar de atención.

Figura1. Infografía Centros de Escucha. Municipio de Giraldo



Sin embargo, esta estrategia de divulgación no logra llegar a todos, porque quienes viven en zona rural y rural dispersa no cuentan con wifi, ni acceso particular al uso de internet.

Por esta razón, el “voz a voz” es una de las maneras por las cuales la comunidad se entera de estos servicios, ya que en muchas ocasiones se le informa a la comunidad a través de diferentes reuniones en las zonas veredales, escuela de padres, instituciones educativas sobre el programa Centros de Escucha.

A continuación se dan los testimonios de las personas que fueron entrevistadas, estos son codificados dependiendo si es un usuario o un funcionario y si son mujer o hombre seguido del número de la entrevista, con el fin de tener un anonimato a cada uno de los testimonios presentados a continuación.

*“Hay varias formas, lo publican por las redes sociales, también cuando se hace reuniones en las comunidades se hace énfasis en que hay estos servicios en el municipio, por la radio, entonces si hay muchas formas para uno enterarse de este programa” USF10*

Hay diferentes maneras para que los usuarios accedan a los “Centros de Escucha”, se accede de manera virtual a través de WhatsApp o llamadas telefónicas atendidas personalmente por alguno de los dos psicólogos encargados de los Centros de Escucha y personalmente dirigiéndose a la oficina de Atención primaria en salud APS ubicada en el hospital, en la oficina de la Secretaría de Salud o Comisaría de Familia ubicadas en la alcaldía, en un horario de 8 am a 5 pm de lunes a viernes, en la que se realizan asesorías con niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres, y personas de tercera edad. Lo habitual es que se hagan tres asesorías a cada usuario en un periodo de dos semanas y posterior a esto un seguimiento dos veces al mes hasta que se considere necesario.

*“Están habilitados unos números de WhatsApp, un número telefónico, un correo electrónico, pero también está la atención al público con un horario de 8 a 5 todos los días de la semana, entonces se atiende personalmente o también se pueden atender por estos medios electrónicos, esa es básicamente la demanda que se recibe de las personas y de los usuarios es así, se ofrece el servicio presencial o virtual o telefónico”*  
PFF03

### **9.2.2 Capacidad instalada**

El programa Centros de Escucha está coordinado por una psicóloga ubicada en la oficina de Atención Primaria en Salud - APS y un psicólogo ubicado en Comisaría de Familia estos son encargados de brindar la asesoría sea virtual o presencial, de realizar una búsqueda activa de casos, la detección, el reporte, canalización, atención, y seguimiento de los diferentes eventos presentados en el municipio según nivel y competencia en problemas mentales y encargados de atender las demandas provenientes de las redes sociales, llamadas telefónicas y/o asignación de citas.

El programa “Centros de Escucha” se financia con recursos provenientes del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC; la Secretaría de Salud del Municipio de Giraldo es la responsable de apoyar el cumplimiento de estos compromisos asumiendo la operación y la gestión de acciones complementarias para responder integralmente a las necesidades sociales. Por su parte, los recursos para la ejecución del PIC, la cobertura de las mismas y los criterios para el respectivo monitoreo y evaluación, se definen cada año de acuerdo con las necesidades y problemáticas presentes en el municipio de Giraldo.

El Plan de Intervenciones Colectivas responde al programa “Centros de Escucha” en la generación de procesos y actividades en prevención de todos los problemas existentes asociadas a violencia sexual e intrafamiliar, violencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y situaciones de intolerancia en diferentes entornos sociales, familiares y escolares, las cuales deterioran la calidad de vida y salud mental de las personas, familias y comunidades, y de esta forma se puedan reducir las brechas entre los trastornos mentales y la atención de las mismas, así como

la incidencia positiva sobre ciertos factores socio económicos y culturales determinantes para la Salud Mental, cuyos ejes principales necesitan una oportuna intervención para mejorar la calidad de vida de los Giraldinos

Hablando de configuración de equipos se pudo observar que el programa “Centros de Escucha” cambia mucho de personal y no se tiene continuidad, debido a esto se interrumpe el proceso, lo retrasa y los usuarios no tienen la suficiente confianza para seguir con su asesoría con el personal nuevo. Por esta razón debe existir más constancia en cuanto a la administración del programa y darle continuidad al personal. Los motivos por los cuales el personal no tiene continuidad son la temporalidad de los contratos, la escasez de oportunidades y mejor oferta de trabajo por fuera del municipio.

*“las veces que he asistido me han asesorado muy bien pero que pasaba, apenas se le terminaba el contrato al profesional, digámoslo así, se terminó el contrato de trabajo, los programas quedaban a medias, entonces nos dejaban pues como a la mitad, ya después al tiempo mandaban otro profesional. Entonces pues, una sugerencia es... que rico que estos programas que son tan importantes para atender a las familias y que nos ayuda a mejorar a todos, tengan siempre una continuidad constante, porque son orientaciones demasiado importantes que nos ayudan en la convivencia, en familia y en la comunidad” USF07*

Los Centros de Escucha no cuentan con oficina propia o espacios que permitan la atención individual, hasta ahora se adecúan ciertos lugares que se consideran apropiados y cómodos para atender a los usuarios de una manera más privada, como la biblioteca, el Consejo Municipal, la casa de la Juventud, la oficina de APS o casetas comunales para atender la población rural, todo esto con el fin de favorecer a los usuarios su acceso al programa “Centros de Escucha”.

*“Se hace uso de espacios como la biblioteca o el consejo, son lugares improvisados pero que han funcionado... también utilizamos aulas de clase, en las*

*veredas se utiliza las sedes de junta de acción comunal, pero, así como un espacio propio para encargarse de estos asuntos de salud mental, no se tienen, pero ahí se va como adecuando lo que encontremos a nuestro alrededor” PFM03*

Otra de las formas para lograr desarrollar el programa “Centros de Escucha” en la zona urbana es que, aunque no se cuenta con un espacio específico para prestar el programa “Centro de Escucha”, el hospital adecuó un espacio en donde prioriza las asesorías desde una manera más privada.

*“un espacio instalado no se tenía, se contaba con la oficina de APS que se compartía con alguna de las enfermeras y entonces en el momento de las asesorías las enfermeras salían y nosotros hacíamos las asesorías” PFF02*

Afortunadamente el servicio puede prestarse en varios lugares para favorecer a los usuarios el acceso al programa “Centros de Escucha”, esto hizo que las personas se sintieran más cómodas, más seguras y el servicio fuera más accesible, además se hacían jornadas en las distintas entidades y comunidades del municipio para identificar los problemas asociados a la salud mental de la comunidad en general.

### **9.3 Barreras de acceso**

#### **9.3.1 Accesibilidad geográfica**

El municipio de Giraldo cuenta con una extensión total del territorio de 97 km<sup>2</sup>, de los cuales 2 km<sup>2</sup> corresponden al área urbana y 95 km<sup>2</sup> al área rural; cuenta con dos (2) corregimientos: Manglar y Pinguro y trece (13) veredas: Ciénaga, Cuajarón, El Águila, El Balso, El Limo, El Roblar, Filo del Medio, La Planta, La Sierra, La Sierrita, Tambo, Tinajitas, Toyo; presenta una densidad poblacional de 49.46 hab/ km<sup>2</sup>. Los medios de transporte más comunes para los participantes del área rural son los caballos, motos, mototaxis, caminar hasta la carretera para coger el bus que los lleve hasta el casco municipal y carros. Por otra parte, los participantes que viven en la zona urbana tienen un panorama muy distinto ya que caminando llegan al lugar de atención con aproximadamente de 3 a 10 minutos, mientras que los participantes que viven en zona

rural tardan aproximadamente de 45 minutos a 1 hora y media. En lo que respecta al acceso al internet por parte de los participantes de la zona rural, éste es muy escaso ya que no poseen el servicio.

Las posibilidades de acceso a los “Centros de Escucha”, tiene repercusiones directas sobre la calidad del servicio. En efecto, cuando se habla de salud mental, resulta indispensable que los lugares de atención cuenten con una localización geográfica acorde a las necesidades de las personas, siendo ésta uno de los elementos claves de la accesibilidad geográfica, o adaptaciones locativas y tecnológicas que faciliten que una persona del Municipio pueda acceder a los Centros de Escucha, independientemente del lugar donde se ubique su vivienda, sea en zona urbano o rural.

Las distancias que deben recorrer las personas hasta el lugar de atención y el tiempo que ocupan en ello, representan las principales barreras de accesibilidad, ya que las personas que viven en la zona rural no cuentan con la suficiente capacidad económica para poder transportarse, gastando aproximadamente 15.000 pesos en pasajes (dependiendo de la vereda). Los profesionales a cargo del programa, reconocen que esto hace que haya menor adherencia al programa y deserción temprana:

*“Se inicia un proceso de asesorías y muchas veces por la falta de recursos económicos de la familia para desplazarse dejan el proceso iniciado, no lo finalizan”*  
TSF01.

Esta situación, no sólo genera riesgos en la salud mental de las personas cuando se trata de una urgencia, sino que pone en condición de desventaja a aquellas que viven a mayor distancia del centro de atención, generando desigualdades sociales en salud, injustas y evitables, en razón del territorio que se habita.

En lo que respecta al indicador distancia-tiempo, uno de los primeros indicadores analizados es el lugar de procedencia de los informantes. De esta manera, puede

decirse que para los usuarios que viven en la zona urbana, el costo que genera el desplazamiento al lugar de atención, localizado en la cabecera del municipio, no dificulta la utilización de los servicios por parte de la población, mientras que para la población que vive en la zona rural, donde los participantes proceden de veredas más alejadas del lugar de atención, los costos pueden variar entre 10.000 y 15.000 pesos para llegar a la cabecera municipal y el tiempo puede variar entre 45 minutos y 1 hora y media. En una situación opuesta, está la población que vive en la zona rural, donde los participantes proceden de veredas más alejadas del lugar de atención. En relación al primero, debe decirse que, los participantes del área urbana deben recorrer aproximadamente 5 cuadras para acceder al servicio; mientras que, en el segundo, los participantes del área rural deben recorrer más de 5 kilómetros y demoran, por lo tanto, más de una hora.

*“Yo me dirijo al servicio por mis propios medios, ya que vivo en la zona urbana y el lugar queda a pocas cuadras de donde resido” USM08*

*“En caballo a cuarenta minutos y caminando a dos horas” USM12.*

Se halló, que, en algunos casos, el equipo de trabajo conformado por los funcionarios del programa “Centros de Escucha” realizaban brigadas de salud en las veredas, que incluían: servicios de vacunación, reuniones gerontológicas, reuniones en casetas comunales, reuniones en las instituciones educativas de las veredas, aprovechando cada convocatoria para que el psicólogo prestara el servicio y poder realizar las asesorías o agendar las citas de la asesoría para el día después:

*“se realizan otras actividades en las diferentes veredas, muchas veces le tocaba a uno como agendar de pronto un espacio a los señores para atender un día después” PF02,*

Pero esto no es suficiente ya que la población que vive en la zona rural es muy extensa y no se logra llegar a toda la población, pero, además, las veredas no cuentan con wifi, que les permitiera acceder a los servicios a través de tecnologías de la

información, lo que marca desigualdades sociales en el acceso a información en salud:

*“La mayor población del municipio es rural, en donde muchos de los sitios no hay internet, incluso no hay acceso como a la señal del teléfono, entonces Facebook no es una plataforma que va a llegar a todos los hogares o a todas las familias del municipio” PF04.*

Los participantes de este estudio, indican que los problemas en el desplazamiento hasta los servicios, son el resultado de una combinación de varios elementos: un municipio con una geografía muy abrupta, población dispersa en las diferentes veredas, veredas sin acceso a wifi, vías en mal estado y un transporte público precario.

Otras de las variables estudiadas, ha sido el estado de los caminos que los usuarios recorren desde su vivienda hasta el lugar de atención. En términos generales, debe decirse que gran parte de los caminos recorridos por los usuarios son sin asfalto. No obstante, podría marcarse como situaciones más críticas las que deben pasar los usuarios de las veredas “La sierra” y “Cuajarón”, a quienes no solamente se les dificulta llegar los días de lluvia, sino que en algunas ocasiones les resulta completamente imposible acceder al programa “Centros de Escucha”.

### **9.3.2 Instalaciones**

El programa “Centros de Escucha”, no cuenta con infraestructura propia para desarrollar su función. A la fecha se cuenta con lugares improvisados ya que son prestados, se atiende en diferentes espacios y con poca privacidad.

*“Muchas veces en urgencias del hospital, se hacía un permiso y se hacía la asesoría directamente en una de las instalaciones que nos facilitarían, pero espacio instalado no había” SF02.*

Teniendo en cuenta que los Centros de Escucha no cuentan con consultorios ni espacios propios, los participantes manifestaron inconformidad, indicando que es



necesario tener una instalación física fija para la prestación del servicio, puesto que no se puede garantizar criterios de confort y de confidencialidad que garanticen calidad:

*“Pienso que le falta como un poco más de privacidad pues no hay un lugar muy específico para atender a todas las personas que llegan a este sitio y para que les den un mejor servicio” USM08.*

Los participantes del estudio identifican diversos elementos relacionados con las instalaciones del programa que limitan el acceso a los servicios por parte de la población; con opiniones diferentes según el tipo de participante. Entre ellos las condiciones de falta de privacidad y que no exista un lugar específico para la atención, además de las distracciones debido a las interrupciones ya que donde se presta la atención no son lugares aislados. Además, se dificulta que el programa desarrolle una identidad propia, sentido de pertenencia por parte de la comunidad.

*“Una gran barrera, por lo que te digo, no hay un espacio constante que usted diga aquí voy a estar disponible en cualquier momento, entonces esa es una de las barreras más grandes” PF02.*

La mayoría de las barreras de acceso percibidas es que no existen escenarios de intervención ni individual ni colectivos, se hace uso de espacios como la biblioteca o el consejo, estos son lugares improvisados, cuando hay intervenciones colectivas, se utilizan aulas de clase, en las veredas se utilizan las sedes de junta de acción comunal, no se tiene un espacio propio para encargarse del programa “Centros de Escucha”, van adecuado el lugar de atención que les presten. Al no tener una infraestructura no se garantiza un espacio apropiado para la atención de los usuarios, además crea brechas para el mejoramiento continuo, impidiendo que se desarrolle oportunamente la atención al usuario.

### **9.3.3. Barreras actitudinales**

Los prejuicios y estigmas alrededor de la salud mental, emergieron de manera

reiterativa en los testimonios de los participantes, constituyéndose en barreras actitudinales para el acceso a los servicios, reforzadas en parte, por la falta de espacios propios y de garantías de privacidad y por otra, porque al tratarse de un Municipio pequeño, es usual que las personas del Municipio (vecinos, amigos) se enteren fácilmente del uso de los servicios por parte de los usuarios y los rumores se expanden rápido.

*“Hoy en día hay mucho tabú respecto a eso de que las personas que acuden a un psicólogo o un psiquiatra son locas, las tildan como locas” USM09.*

*“Así como dije ahorita, nos tildan de locos, de desquiciados que nos falta un tornillo” USM09.*

A través de la manifestación verbal de situaciones de rechazo, discriminación y estigmatización, se puede identificar como estas les ocurren a las personas que asisten a al programa “Centros de Escucha”, la sociedad suele etiquetarlos como enfermos mentales o locos, lo que genera actitudes y actos discriminatorios de rechazo hacia ellos.

*“uno dice psicólogo y de inmediato dicen eso es para los locos” CMF03.*

Además, al ser un municipio relativamente pequeño la población siente temor al ser señalados por asistir al programa:

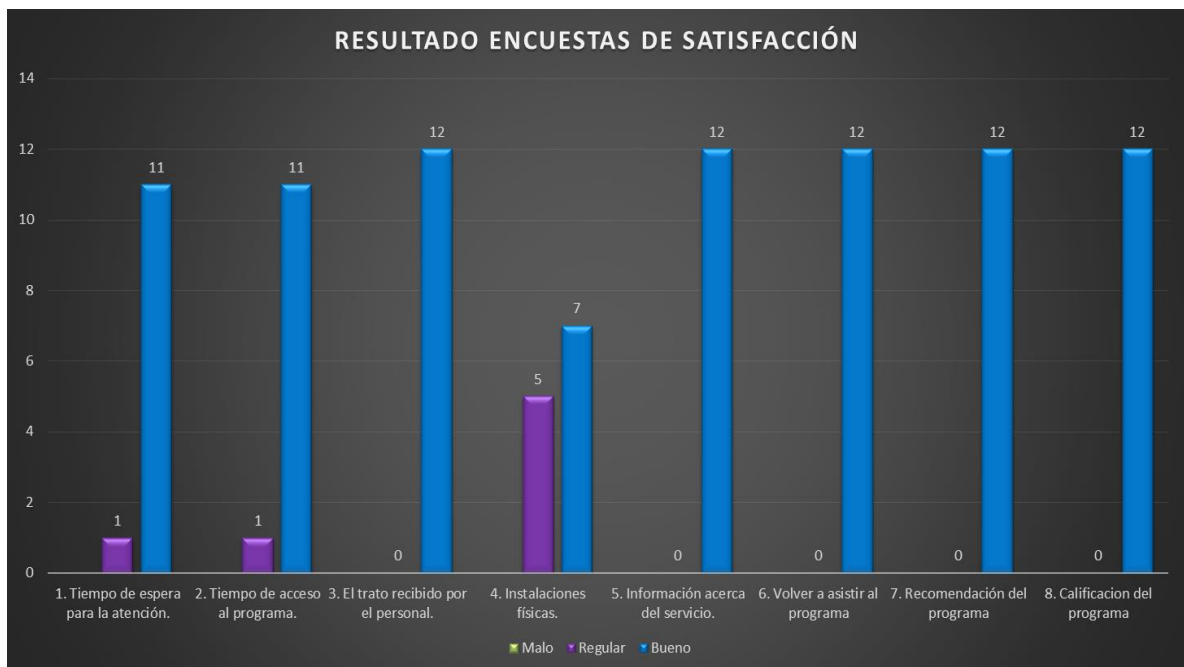
*“Pues al ser un pueblo tan pequeño, las personas pueden tildar a la persona tal vez de loco por el simple hecho de buscar ayuda y más pues un caso muy severo un caso que sea muy bullicioso para la comunidad” USM08.*

El estigma, los prejuicios y sentimientos alrededor del servicio, constituyen una barrera actitudinal que predisponen a los usuarios a demandar el servicio, y de esta manera retrasar la atención de casos que pueden agravarse con el tiempo.

#### 9.4. Satisfacción de los usuarios

Se realizó una encuesta de satisfacción a los usuarios que asistieron a los Centros de Escucha en el año 2021, cuyos resultados se triangularon con las entrevistas. De la encuesta participaron 12 usuarios de los cuales 9 eran mujeres y 3 hombres; de estos 8 viven en la zona urbana y 4 en la zona rural, el rango de edad de mayor relevancia de las personas encuestadas es de los 18 y los 35 años de edad.

Figura 2. Encuesta de satisfacción



De las variables evaluadas, los tiempos de espera para la atención, tiempo de acceso al programa y las instalaciones físicas, tuvieron evaluaciones que van de regular a buenas, lo que es coherente con los hallazgos presentados anteriormente. Lo que puede representar una oportunidad de mejora para el programa Centros de Escucha, relacionado con la infraestructura, ya que casi la mitad de las personas encuestadas indican que no están tan satisfechos con este aspecto

*“Yo pensaría que debiera ser como un poco más privado o más aislado porque en ocasiones había interrupciones” USF09*

Las variables de accesibilidad al programa, los tiempos de espera para la atención y la atención en general, esto respecto al trato recibido por los profesionales que los atendieron, también está el tema de la adherencia y la eficacia del programa los cuales son percibidos de una buena manera por las personas entrevistadas:

*“Super bien, muy bien porque las personas que nos estaban dando el servicio supieron llegar a nosotros, entonces nos dieron confianza para uno hablar abiertamente de lo que uno está viviendo” USM05*

Los participantes indican que, al asistir al servicio, lograron mejorar su condición o la situación que los llevó a consultar, muchos de ellos se sienten bien con el servicio, tanto así que lo recomendarían y también volverían a asistir al programa en caso de verlo necesario.

*“Me sentí muy bien, acoplado, pude afrontar el problema por el que estaba pasando” USF08.*

Las personas sienten satisfacción con el servicio, en especial porque el personal que los atiende se dirige de una manera personalizada y humanizada, lo que da cuenta que son profesionales idóneos para escuchar y ayudar a mejorar esa condición en la cual necesitan una escucha o una guía:

*“El profesional muy cordial, la bienvenida pues, la llegada fue bastante buena, me recibieron de una manera adecuada, me sentí muy cómodo” USM02*

*“Por lo mismo, porque me pareció bueno, me pareció muy profesionales, sabían lo que hacían, eran bueno en lo que hacían” USF09*

## 10. Discusión

La OMS, bajo el slogan “*No hay salud sin salud mental*” ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países. Esto se relaciona, no solo con la magnitud de los problemas asociados con la enfermedad mental y por los costos que conlleva, sino, también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera <sup>35</sup>. La salud siempre ha sido valorada y buscada a través de la historia de la humanidad; pero a pesar de su importancia, se ha probado que es algo difícil de definir y, por tanto, de describir y medir con precisión.

“Los Centros de Escucha” son servicios de orientación que sirven para atender las demandas de la comunidad relacionados con salud mental, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, abuso sexual, es un lugar donde se les permitió expresarse de manera libre y natural y, sobre todo, no se sienten juzgados, sino todo lo contrario, apoyados y comprendidos con mucha amabilidad, generosidad y paciencia. Asimismo, en todo momento encontraron absoluto respeto y profesionalismo por parte de los que los acompañaban. Los hallazgos demuestran que la percepción general hacia los Centros de Escucha de Giraldo, es positiva, y que han recibido un apoyo muy efectivo. Por lo tanto, esto reafirma que los Centros de Escucha se constituyen en un espacio para buscar ayuda, recibir apoyo emocional, activar rutas de atención o evitar el deterioro de la salud mental <sup>95</sup>.

Las actitudes que asumen los profesionales de la salud mental, suelen favorecer o no la experiencia de los servicios de salud mental. La empatía, favorece la confianza y por tanto un clima que permite hablar de manera abierta, sin temor a ser juzgados. En ese sentido, Gutiérrez indica que la actitud del profesional generó una relación de comprensión, acogida que les ayudó a sentirse cómodos <sup>95</sup>.

Los hallazgos dan cuenta que, los usuarios al ser atendidos en los Centros de

Escucha, perciben apoyo y orientación frente a su situación de salud mental, y experimentan el servicio como un lugar de libre expresión de sus sentimientos y emociones. Se pone de manifiesto que en los Centros de Escucha las personas encontraron un medio para sacar todas las emociones que no se permitían exteriorizar en otros espacios. Al respecto, Bermejo y Santos refieren que el asesoramiento es un modo de relación en el que una persona experta trata con otra que está en situación de crisis o con alguna dificultad, ya sea problemas de trabajo, salud, familiar y emocionales, es decir es un acompañamiento que ayuda a clarificar decisiones para lograr el equilibrio emocional <sup>96</sup>.

En este sentido precisamente, los participantes del estudio señalaron que ellos se encontraban desesperados, que no se sentían conformes con alguna situación de su vida y no tenían cómo expresar sus emociones. En cambio, luego de asistir a este Centro de Escucha de alguna forma se sienten más libres, más tranquilos y con más orientación de enfrentar la situación por la cual asistieron al programa. De igual modo, perciben al Centro de Escucha como un espacio de acompañamiento psicológico, pues los escuchados destacan que recibieron una ayuda emocional que les permitió recibir y aprender pautas de afrontamiento a sus situaciones difíciles. Sobre ello, podemos destacar que Bermejo (2011) afirma que el asesoramiento implica un acompañamiento en el afrontamiento de la dificultad de la otra persona en situación de crisis <sup>97</sup>.

Esta noción destaca que se trata de ayudar a tomar decisiones responsables, promoviendo las capacidades de decisión del ayudado para que las opciones tomadas sean realmente significativas para él o ella <sup>97</sup>. Precisamente esta idea es un principio fundamental en el Centro de Escucha investigado, por lo que el asesoramiento permite que la persona vaya afrontando la situación por la cual acudió al servicio. Entonces, es probable que, debido a que los escuchados perciben la relación de ayuda como un espacio de acompañamiento psicológico, lo valoren y recomienden a otras personas, pues saben por experiencia personal que se trata de una atención responsable.

Además, el buen trato fue uno de los factores que favoreció la recuperación. Éste

fue conceptualizado como la legitimación del otro desde el respeto, con importantes componentes afectivos y éticos, lo que ha sido concebido como trato humanizado.

Los resultados muestran que los participantes, al asistir a este programa Centro de Escucha, tienen una percepción más positiva de su bienestar emocional porque lograron adquirir herramientas para afrontar sus problemas, tales como: analizar la situación real, voluntad para cambiar de pensamiento o plantear alguna solución para cambiar su situación.

Por otro lado, según los resultados, el Centro de Escucha es visto como un lugar de desarrollo personal, donde las personas pueden hablar de sí mismas. Además, se estima como un proceso de acompañamiento individual, no sólo con las crisis y desorientaciones personales o profesionales, sino con quienes buscan el desarrollo y crecimiento personal o laboral para alcanzar sus objetivos. Además, se encontró que, gracias al profesional, todo fluía de la manera más natural y demostró interés y confianza para hablar libremente de sus emociones y su mundo interior, respecto a esto, es probable que las personas durante la asistencia a este servicio se sintieran cómodas y valoradas y percibieran la relación de escucha como apoyo cercano, respetuoso y sin juzgamiento por encima de sus problemas. Esto se podría inferir cuando los participantes mencionaban y reconocían que por medio de esta escucha se sintieron más tomados en cuenta y por eso lograron abrirse para contar su situación.

La participación es un componente esencial de la efectividad, eficiencia y cuidado de la salud. En los países con bajos ingresos la participación significativa es una estrategia para mejorar la atención primaria en salud en pro de ofrecer servicios de salud de alta calidad, y se considera un elemento clave para el fortalecimiento de un sistema de salud eficaz. Diferentes estudios de casos han dado a entender que un incremento en la calidad de los servicios, puede ser el resultado de la participación comunitaria; por ejemplo, en el Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, las quejas de los pacientes han permitido que el Sistema aprenda de sus errores y por lo tanto mejore la calidad <sup>98</sup>. Por tal motivo es muy importante establecer estrategias para

que los usuarios no deserten del programa, esto se puede efectuar mediante la Secretaría de Salud reforzando el acompañamiento a los usuarios del programa “Centros de Escucha”, donde el programa conozca las características propias de cada usuario y donde tengan una cercanía para poder intervenir en el momento que se presente una intención de deserción, además de implementar un sistema de peticiones, quejas y reclamos donde los usuarios puedan expresar sus pensamientos.

Un equipo cumple con su razón de ser, si logra interdependencia, puesto que el trabajo de cada uno se articula con el de otros, de modo tal, que al aportar cada miembro sus conocimientos, habilidades y competencias, no sólo contribuye al logro de los objetivos comunes, sino también al enriquecimiento de los otros.

El estudio realizado en la Universidad Nacional San Martín sobre el trabajo en equipo, muestra que las organizaciones actualmente requieren de personas capaces de relacionarse sanamente con otros, se entiende que las relaciones humanas sanas son aquellas en donde existe diálogo y discusión, individuos que reconocen que lo importante no es imponer, sino comprender y llegar a acuerdos. Mediante la puesta en marcha del diálogo se está en condiciones de alinearse como equipo y desarrollar la capacidad para crear los resultados deseados colectivamente a través de generar en los miembros una visión compartida emanada del convencimiento que produce el conversar. Una comunicación eficaz entre los miembros de un equipo de trabajo es fundamental para hacer frente con mayor solvencia a las situaciones críticas, y encontrar soluciones más adecuadas, permitiendo el traspaso de experiencias, habilidades, capacidades y puntos de vista diversos <sup>99</sup>.

Para la investigación realizada fue muy importante el tema del trabajo en equipo, porque lograr comunicarnos entre todos es algo de fundamental importancia, para lo cual se respetó cada uno de los aportes que se perciben y se tienen en cuenta para la investigación, trabajar en equipo y estar integrados todos enfocados en sacar el proyecto exitosamente, se manejaron cada una de las habilidades y competencias que cada investigador posee y se adaptaron a beneficio del proyecto en general.



Si bien es cierto que los resultados obtenidos en este análisis muestran que la decisión de buscar atención en salud mental depende de razones comportamentales o actitudinales de la persona, cabe subrayar que la existencia de barreras de índole geográfica y el desconocimiento de la oferta de servicios de la salud mental son recurrentes, lo que puede ocasionar que se empeoren las situaciones individuales o familiares, cuando el acceso al servicio se reduce por las barreras de tiempo, geográficas y/o económicas.

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarán a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico. También puede ser concebida como la capacidad de obtención de cuidados de salud cuando es necesario, de modo fácil y conveniente. Atendiendo a su dinámica, se enfatiza la necesidad de que los servicios sean oportunos, continuos, atiendan la demanda real y garanticen el acceso a los otros niveles del sistema. La atención integral e integrada compromete que haya servicios disponibles para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, y apoyo para el autocuidado <sup>100</sup>.

El estigma hacia la salud mental impide que las personas con enfermedad mental accedan a servicios de salud mental y se beneficien de un manejo médico integral. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia reconoce que personas con enfermedad mental no consultan al médico por varias razones, entre ellas el estigma <sup>101</sup>.

La auto estigmatización también conlleva a reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacias bajas. Estas, a su vez, generan

comportamientos tendientes a fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente, lo que se evidencio en este estudio, representado en el miedo de asistir a las consultas de salud mental <sup>101</sup>.

La estigmatización para utilizar los servicios de salud mental es algo que no solo afecta a las personas que padecen de algún trastorno o enfermedad sino también a las personas que tienen a sus alrededores, familiares, amigos; las familias y cuidadores tienen una tendencia natural a alejarse de su red social y a dejar sus actividades laborales para convertirse en cuidadores. Más aún, se agrava en aquellos periodos de crisis y recaídas <sup>102</sup>.

El estigma y los prejuicios que rodean a los trastornos mentales parecen ser más fuertes en los países desarrollados que en los países en desarrollo. Según una encuesta online que incluyó a casi 600.000 personas de 229 <sup>103</sup>.

El estudio, realizado por investigadores del Instituto de Salud de la Universidad de Toronto, Canadá y publicado en la edición online del Journal of Affective Disorders de noviembre del año 2016, sugiere que, a pesar de que en los países en vía de desarrollo las personas son más propensas a equiparar las enfermedades mentales con trastornos físicos, sólo 7% cree que los trastornos mentales puedan superarse <sup>103</sup>.

El programa “Centros de Escucha” de Giraldo no cuenta con una infraestructura física fija como ya lo mencionamos, por eso es importante implementar una metodología donde los usuarios se sientan más cómodos y en confianza, como administradores proponemos hacer una prueba piloto de una plataforma virtual para hacer asesorías en línea, esto permite al programa ampliar el acceso a la atención y los servicios mediante canales de asesoramiento tanto virtual como telefónicamente. Por otra parte, se pueden implementar asesorías domiciliarias para los usuarios que no tengan acceso a internet y estos no queden excluidos.

La investigación realizada en Cali, Colombia respecto a la infraestructura de los

servicios de salud, demuestra que ésta es un elemento fundamental para la oferta y prestación de servicios, permite el acceso oportuno a las instalaciones físicas en salud, incentiva modelos de desarrollo sostenible y de crecimiento; es por eso que se hace necesario conllevar a ventajas competitivas en términos de desarrollo local, pues su disponibilidad es una función directa para suministrar una atención eficiente en salud. Además, menciona que la infraestructura en salud es de vital importancia para lograr resolver necesidades poblacionales en un sistema local, departamental o regional <sup>103</sup>.

## 11. Conclusiones

Para el año 2021, los Centros de Escucha del Municipio de Giraldo fueron bien acogidos por la comunidad, ya que se contó con una cobertura de atención para todas las edades, dirigido tanto a la zona urbana como zona rural y conformado por un equipo integral de psicólogos del municipio que están siempre identificando señales de alarma, para remitir y activar rutas con Comisaría de Familia, el Hospital, Secretaría de Salud y Protección Social y la Policía para ejercer un control y una calidad de salud mental más fructífera.

El programa “Centros de Escucha” ha tenido un impacto positivo en los sujetos al haber tenido la posibilidad de ser escuchados, orientados y al tener un espacio de reflexión que les brinde la claridad necesaria para resolver el motivo que los llevó a acudir al servicio

Es importante desarrollar educación para la salud mental en el Municipio de Giraldo. Esto puede facilitar la adopción de conductas de autocuidado y cambiar la percepción de los servicios de salud como una alternativa de “Salud para el alma” y no como un servicio solo para quienes padecen enfermedad mental grave. La disminución del estigma alrededor del usuario puede promover que éstos sean atendidos de manera más temprana, mejorar sus redes de apoyo, que la evolución y el pronóstico sean más favorables.

Es necesario eliminar el estigma frente a los usuarios del programa, ya que las personas que asisten a “Centros de Escucha” deben enfrentar no sólo los problemas e inconvenientes individuales, sino que deben hacer frente a los efectos del estigma, los que tienen grandes consecuencias tanto en su calidad de vida como en su proceso de integración social. La lucha contra el estigma requiere de la cooperación, no sólo de las personas que asisten al programa y de sus familias, sino de múltiples organismos tanto públicos como privados.

En lo que respecta a los factores asociados a la infraestructura, las respuestas de los participantes revelan que es necesario que exista una infraestructura permanente para asistir al programa, por ende, es necesario que la Secretaría de Salud revise este factor y busque estrategias o mecanismos para poder tener una infraestructura permanente y donde los usuarios se sientan seguros y en completa privacidad. Por esta razón, la infraestructura y los ambientes armónicos son ejes que ayudan a fortalecer la prestación del programa y a su vez mejorar la calidad.

Las enfermedades mentales y los trastornos relacionados con el abuso de alcohol, drogas psicoactivas y violencia intrafamiliar y sexual, son los factores de riesgo más importantes del suicidio, convirtiéndose en un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas sean eficaces se requiere una estrategia de prevención que sea multisectorial e integral. Esas acciones deben ser amplias e integradas, dado que ningún enfoque individual por separado puede tener efecto en una cuestión tan compleja como esta. Por ello en el municipio de Giraldo se tienen los protocolos y la ruta de atención y se crearon programas psicosociales en el marco de la política pública de salud mental y convivencia social para la prevención de problemas de salud mental.

## 12. Recomendaciones

Para afrontar las problemáticas que se generan como barreras de acceso para hacer posible la prestación del servicio adecuadamente, se da la recomendación de brindar asesorías que sean más personalizadas y se hagan visitas domiciliarias o grupos focales en los cuales se logre llegar a todas las veredas del municipio para así lograr dar una cobertura a cada persona que pueda ser partícipe del programa Centros de Escucha, también la divulgación se puede generar no haciendo un énfasis fuerte en redes sociales sino también en los canales de radio, en comunicados de las parroquias o en espacios que se encuentren en puntos estratégicos cerca de las veredas para así lograr tener una mayor información y cobertura para la prestación de los servicios y que puedan acceder más fácil a él.

La infraestructura para prestar el programa “Centros de Escucha” como elemento fundamental para la oferta en la prestación de los servicios incentiva al crecimiento del programa, es por eso que se hace necesario tener una adecuada instalación contando con una ventilación e iluminación, pintar con colores claros el espacio reflejando la luz y brindando un ámbito cálido y amable para los usuarios, garantizar la privacidad del paciente, tanto visual como auditiva ya que es una función directa para suministrar una atención eficiente al usuario.

Para lograr una estabilidad laboral de los equipos de trabajo se recomienda designar una oficina de atención para las personas que quieran asistir al programa, debido a esto se da la necesidad de que siempre haya personal psicológico encargado de atender todas las demandas que se presenten en el municipio relacionadas con la salud mental, además de ello se les da más priorización a los programas de salud mental generando así una continuidad en los programas que presta el servicio.

### 13. Referencias

1. OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [Citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. . El monteriano que ‘revolvió’ la OMS y reformó el concepto de salud [Internet]. LARAZON.CO. LARAZON.CO | Noticias de Montería; 2016 [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://larazon.co/cordoba/monteriano-revolvio-la-oms-reformo-concepto-salud/>
3. Cuellar Rivas LX. La Salud Mental, un verdadero problema de salud pública. Rev colomb salud libre [Internet]. 2019 [citado el 21 de junio de 2022];13(1). Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/4985>
4. Acuña, C, Bolis, M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Organización Mundial de Salud; 2005.
5. Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. Rev CES Med 2018; 32(2): 129-140.
6. Murthy, R.S. Mental health: new understanding, new hope. Organización Mundial de Salud; 2001.
7. López, M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en sa[1]lud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica. 2008;28:43–83
8. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin H-M, Altenor A, Altenor RJ, et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Pennsylvania State Hospital System’s Seclusion and Restraint Reduction Program. Psychiatr Serv. septiembre de 2005;56(9):1115-22.
9. Yolanda T, Diana R, Guillermo C, Gloria S, Carolina B, Carolina Z, et al. Estudio Poblacional Salud Mental envigado 2017. Medellín : Universidad CES; 2018.
10. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. Ginebra, Suiza; 2004 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

11. World Health Organization. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Funk M, editor. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 74 p.
12. Cía AH, Rojas RC, Adad MA. Current clinical advances and future perspectives in the psychiatry/mental health field of Latin America. *Int Rev Psychiatry*. Agosto de 2010;22(4):340-6.
13. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2012-2020 [Internet]. [citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3CTELYb>
14. Andrews G, Henderson S. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*, 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
15. Ustun TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*. 1999; 89:1315–8
16. Carballo LM. Percepción de las personas usuarias del Sistema de Atención en Salud Mental Público sobre los procesos de estigmatización: Efecto en la inclusión laboral [Internet]. [Uruguay]: Facultad de Psicología; 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2UrtXzo>
17. Posada Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Carlos-Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33(5):241-62.
18. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez; N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr*. diciembre de 2016;45:2 8.
19. González L, Peñaloza R, Matallana M, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta A. Determining Factors in the Access to Mental Health Services by the Adult Colombian Population. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016; 45:89-95.
20. Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Towards a community mental health care for people with schizophrenia in Colombia. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(8):2607-18.
21. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero de 2013. [Internet]. Disponible en:



<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión social y salud mental. En: Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021 [Internet]. Bogotá; 2013 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
23. Kohn R, Levav I, Almeida JMC de, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. noviembre de 2005; 18:229-40
24. Ministerio de salud. [Internet] [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-on-sm-abril-2018.pdf>
25. Cabañas R. Evaluación de la Atención de la Salud. REVISTA MÉDICA HONDUREÑA. 62:1 Disponible en:  
<https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol62-1-1994-7.pdf>
26. Alcaldía de Giraldo-Antioquia. Plan integral de seguridad y convivencia social. 2020-2023. [Internet]. [Citado 31 de Marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3pl5ibc>
27. Ministerio de salud. Orientaciones para el desarrollo de las Zonas de Orientación (ZO) y Centros de Escucha (CE) en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. [Internet] [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-centros-de-escucha.pdf>
28. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu M del C, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2008 [citado el 21 de junio de 2022];34(4):1–10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013)
29. World health organization. [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_module\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf)

30. Zamora-Rondón DC, Suarez-Acevedo DE, Bernal-Acevedo OA. Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. Rev Salud Publica (Bogota) [Internet]. 2019 [citado el 21 de junio de 2022];21(2):175–80. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/175-180/>
31. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
32. Olga T. “INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD. [Chile]: UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA; octubre 2007. Disponible en: [http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/519/Tesis\\_Olga%20Toro.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/519/Tesis_Olga%20Toro.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
33. Parales-Quenza CJ. Anomia Social y Salud Mental Pública. Rev Salud Pública (Bogotá). 2008; 10(4):658-66. Disponible en: <https://bit.ly/3smu6k0>
34. Minsalud. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. [Internet]. [Citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3yRWwEY>
35. Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública Conceptions about mental health in the field of public health [Internet]. Org.co. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
36. Ministerio de salud. Políticas Salud Mental y SPA [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/Politiclas-Salud-Mental-y-SPA.aspx>
37. Corrigan, P. How stigma interferes with mental health care. American Psychologist. 2004; 57:614–25.
38. World health organization. [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch1\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_es.pdf)
39. Ministerio de salud. Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022].

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

40. Secretaria de salud de Medellín. Análisis de Situación de Salud de la Salud Mental y Convivencia. [Internet]. <https://bit.ly/2VUfGvo>
41. Ministerio de salud. Plan decenal de Salud Pública. [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022].  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
42. Alcaldía de Medellín. Análisis de situación en salud mental y convivencia social. [Internet]. [Citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Gatzzq>
43. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. octubre de 2006; 23(4):237-8
44. Pacheco Borrella G. Aspectos que Configuran la Salud Mental. Medwave [Internet]. 2003 [citado el 21 de junio de 2022];3(8). Disponible en:  
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2774>
45. Minsalud. Comprometido con la salud mental de los colombianos [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
46. Cardona EYB, Villalba LEM. Suicidio y Trastorno Mental. CES. 19 de julio de 2016; 179-201. Disponible en: <https://bit.ly/3gb4cLd>
47. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzón Duque M, Segura Cardona A, Sierra SM. Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia. Rev Bras Geriatr E Gerontol. febrero de 2016;19(1):71-86
48. Novoa-Gómez MM. De la salud mental y la salud pública. Rev Gerenc Polit Salud. diciembre de 2012;11(23):1-9.
49. Organización Mundial de la Salud. La atención de la salud. [Internet]. [citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3ySshO5>
50. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1 de diciembre de 2016; 45:39-49.

51. Mesa Municipal de salud y Bienestar Social. Política Pública de convivencia social y salud mental. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3sr2jyT>
52. Secretaria sectorial de Salud y Protección social de Antioquía. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. [Internet]. [Citado 31 de Marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2W4xaFE>
53. PLAN DE DESARROLLO 2020 -2023 [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.giraldo-antioquia.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-2020-2023>
54. Ardila, Sara y Stolkiner, Alicia (2009). Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: consideraciones metodológicas. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-020/210.pdf>
55. Diana S. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista médica de instituto mexicano del seguro social . vol. 55, núm. 1, pp. 82-89, 2017 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/>
56. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, El concepto de Accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2006;XIV:201-9. Disponible en: <https://bit.ly/2VZVIFo>
57. Parra CSM. Evaluación de la Oportunidad en la atención en el Servicio de Urgencias en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón Octubre-diciembre de 2008 [Internet]. [Bucaramanga]: Universidad CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2009. Disponible en: <https://bit.ly/3gaYw3M>
58. Salazar PH. La importancia de la Satisfacción del Usuario. Documentación de las ciencias de la información. 2011;34-349-68.
59. Miranda Guerra A de J; Hernández Vergel LL; Rodríguez Cabrera A. Calidad de la Atención en Salud al adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integral. 2009;25(3). Disponible en: <https://bit.ly/3iRkVVF>
60. Martínez J; Martínez L. ¿Cuál es la percepción de la Calidad del Servicio? Nuevas

- aportaciones tras el uso de la introspección personal y subjetiva. [Internet]. [Citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/37SBkmg>
61. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. [Internet]. [Citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en:
62. [file:///C:/Users/ris\\_hce/Downloads/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](file:///C:/Users/ris_hce/Downloads/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)
63. Minsalud. Prestación de servicios [Internet]. [citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3iSRu5A>
64. Ministerio de salud. Política Nacional de Salud Mental. [Internet] [Citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
65. Rojas LA, Castaño GA, Restrepo DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med* 2018; 32(2): 129-140.
66. Rojas-Bernal LÁ, Universidad CES; Castaño-Pérez GA; Restrepo-Bernal DP, Universidad CES. Salud Mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Med*. 2018;32(2): 129-40. Disponible en: <https://bit.ly/2Xz1E3a>
67. Travassos C, Martins M. Una revisión de los conceptos de acceso y uso de los servicios de salud. *Cad Salud Pública*. 2004;20:S190–8.
68. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá D.C., Colombia: DANE; 2003.
69. Landini F, Cowes VG, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saude Publica*. 2014;30:231–44.
70. Burns JK. Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health Human Right*. 2009;20:19–31.
71. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. [Internet] ] [Citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>
72. Wagner LC; Geidel AR; Torres-González F; King MB. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Cien Saude Colet*. 2011;16(4):2077-87. Disponible en: <https://bit.ly/3xRSD1B>

73. Martínez SB. Evaluación de la calidad asistencial en un servicio de salud mental a través de la percepción y evolución de pacientes con trastornos obsesivo-compulsivo. *Clínica y salud* [Internet]. 2001;12:305-26. Disponible en: <https://bit.ly/3iNxxgy>
74. Silvia HH; Restrepo V; Alzate R AF; González CM. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquía, 2004-2006. 2009; 271-81. Disponible en: <https://bit.ly/3m3aEb0>
75. Marulanda FAT, Posada CMG. Percepción de Usuarios del programa de salud de la Universidad de Antioquía sobre el servicio de atención de Salud Mental. 2009. Disponible en: <https://bit.ly/3yURPKy>
76. Castañeda SL; Flórez IMP. Evaluación de calidad del servicio de Tele-psiquiatría del Hospital Mental de Antioquia en algunos municipios del Oriente 2020: desde la percepción del usuario [Internet]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/37MjL2D>
77. Ley 1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Ley 1616 2013. 2013;1-17.
78. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental. [Internet]. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
79. Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx#:~:text=vida%20en%20Colombia.-,El%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica%20PDSP%2C%202012%2D2021%2C,y%20territorial%20para%20la%20planeaci%C3%B3n%2C>
80. Giraldo Antioquia. Adrian O, Cifuentes R. [Internet] citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: [https://giraldoantioquia.micolombiadigital.gov.co/sites/giraldoantioquia/content/files/00227/11343\\_pdm-final-giraldo.pdf](https://giraldoantioquia.micolombiadigital.gov.co/sites/giraldoantioquia/content/files/00227/11343_pdm-final-giraldo.pdf)
81. Vacía LS. ¿Qué ha pasado con el enfoque territorial en Colombia? [Internet]. La Silla

- Vacia - Últimas noticias locales y nacionales. [citado el 21 de junio de 2022].  
Disponible en: <https://www.lasillavacia.com/historias/historias-silla-llena/que-ha-pasado-con-el-enfoque-territorial-en-colombia->
82. Galeano M. Estrategias de Investigación social Cualitativa. El giro en la Mirada. La Carreta editores. Medellín, Colombia. 2010. [Internet]. Disponible en:  
<https://es.slideshare.net/juancarlosgomezjaramillo9/diseo-de-proyectos-en-la-inv-cualitativa-maría-eumelia-galeano>
83. Nuño P. Diagrama de Ishikawa. 2017 [citado 5 de febrero de 2021]; Disponible en:  
<http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/3202>
84. Vargas I, Vásquez L, Mogollón A. Acceso a la atención en Salud en Colombia. 2010 agosto; 12:701-712. [Internet]. [Consultado 2017 abril 19]. Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/33448/1/33310-123512-1-PB.pdf>
85. Equipos de expertos y ciencia. ¿Qué es la observación no participante y qué usos tiene? [Internet]. VIU. 2018 [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en:  
<https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/que-es-la-observacion-no-participante-y-que-usos-tiene>
86. Jimenez Chaves V, Comet Weiler C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Academo* [Internet]. 2016 [citado 23 de febrero de 2022];3(2):5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757749>
87. Wikipedia. Encuesta de satisfacción [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Encuesta\\_de\\_satisfacci%C3%B3n](https://es.wikipedia.org/wiki/Encuesta_de_satisfacci%C3%B3n)
88. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa el giro de la mirada. Medellín: La carreta, editores; 2004. P,11
89. Durán MM. EL ESTUDIO DE CASO EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. *Rev nac adm* [Internet]. 1969 [citado el 21 de junio de 2022];3(1):121–34.
90. Echeverri M. Derecho a la salud, Estado y globalización. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006 sep; 24:81-96.
91. El Informe Belmont. Principios Y Guías Éticos Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación. *Obd*. 1979 Jul 18. 1- 11.
92. Colombia. Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en

salud. Diario Oficial (Oct 4. 1993).

93. Universidad de Antioquia. Protocolo de Bioseguridad para Covid 19. Medellín; 2020

94. Se expide la ley de Salud Mental Artículo 5o. Definiciones [Internet]. [citado el 7 de julio de 2022]. Disponible en:

[https://leyes.co/se\\_expide\\_la\\_ley\\_de\\_salud\\_mental/5o.htm#:~:text=La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud,y%20ejercer%20control%20de%20la](https://leyes.co/se_expide_la_ley_de_salud_mental/5o.htm#:~:text=La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud,y%20ejercer%20control%20de%20la)

95. ANÁLISIS DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2018 [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en:

[https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5192/1053829632\\_46678630\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5192/1053829632_46678630_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

96. Esmeralda C. PERCEPCIÓN SOBRE COUNSELLING Y BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS DURANTE LOS AÑOS 2016 - 2017 EN UN CENTRO DE ESCUCHA DE LIMA METROPOLITANA. [Perú]: Universidad Antonia Ruiz de Montoya ; 2019. Disponible en:

[https://repositorio.uarm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12833/2012/Merma%20Camacho%2C%20Esmeralda\\_Tesis\\_Licenciatura\\_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.uarm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12833/2012/Merma%20Camacho%2C%20Esmeralda_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

97. Bermejo, J, Santos, E. (2015). Counselling y cuidados paliativos, Centro de humanización de salud. Editorial Desclee de Brouwer, S. A. España

98. Grandón Fernández P, Cárcamo Guzmán K, Cofré Lira I, Flores Oyarzo G, Lagos Arriagada D, Oñate Vidal N. Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. Psicoperspectivas [Internet]. 2019 [citado el 21 de junio de 2022];18(2):59–69. Disponible en:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242019000200059](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242019000200059)

99. Francy P. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Diciembre 2014;1–11. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>

100. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2016;45 Suppl 1:89–95.



Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a12.pdf>

101. PAHO. [Internet] [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en:  
[https://www.paho.org/arg/dmdocuments/aps-40-anos/becas/beca\\_2010\\_gerlero\\_ausburger\\_duarte\\_2010.pdf](https://www.paho.org/arg/dmdocuments/aps-40-anos/becas/beca_2010_gerlero_ausburger_duarte_2010.pdf)
102. Assir Acosta MP, Cárdenas Charry MP, Uribe Restrepo JM, Cepeda M, Cubillos L, Bartels SM. Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021;50 Suppl 1:95–105. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745021000172>
103. Colombiano EP. El poder del Estigma en la salud mental [Internet]. El Paciente Colombiano. Fundación Periodismo en Salud; 2017 [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://elpacientecolombiano.com/salud-mental/el-poder-del-estigma-en-la-salud-mental/>



**Gasto personal**

Investigador Experto Auxiliar	Formación Académica	Función dentro del proyecto	Dedicación horas	Valor hora	Costo en miles de pesos \$
Asesor	Experto	Dirigir el desarrollo del proyecto y asesorar al estudiante durante el proceso investigativo	40	\$110.000	\$4.400.000
Comité de ética	Experto	Aprobar la investigación	20	\$110.000	\$2.200.000
Andrés Yepes Quiroz	Estudiante investigador	Desarrollar el proyecto, entrevistas tabulación de la información recolectada, análisis y elaboración del informe final, y finalmente socializar los resultados	120	\$ 25.000	\$ 3.000.000
Julieta Silva López	Estudiante investigador		120	\$ 25.000	\$ 3.000.000
Stefany Marín Oquendo	Estudiante investigador		120	\$ 25.000	\$ 3.000.000
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>510</b>	<b>\$ 295.000</b>	<b>\$ 15.600.000</b>

**Equipos**

Investigador Experto Auxiliar	Formación Académica	Función dentro del proyecto	Dedicación horas	Valor hora	Costo en miles de pesos \$
Asesor	Experto	Dirigir el desarrollo del proyecto y asesorar al estudiante durante el proceso investigativo	40	\$110.000	\$4.400.000
Comité de ética	Experto	Aprobar la investigación	20	\$110.000	\$2.200.000
Andrés Yepes Quiroz	Estudiante investigador	Desarrollar el proyecto, entrevistas tabulación de la información recolectada, análisis y elaboración del informe final, y finalmente socializar los resultados	120	\$ 25.000	\$ 3.000.000
Julieta Silva López	Estudiante investigador		120	\$ 25.000	\$ 3.000.000
Stefany Marín Oquendo	Estudiante investigador		120	\$ 25.000	\$ 3.000.000
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>510</b>	<b>\$ 295.000</b>	<b>\$ 15.600.000</b>

**Salida de campo**

Rubro	Cantidad	Justificación	Grupo Investigador	TOTAL
Salidas de campo	5	Visitas al lugar de recolección de la información	\$ 1.250.000	\$ 1.250.000
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 1.250.000</b>

**Anexo 3. Formato de entrevista a usuarios**

ENTREVISTA A USUARIOS	
Formato de la entrevista:	Audio
Objetivo: Evaluar el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021, favoreciendo líneas de recomendación para su consolidación.	
PREGUNTAS	
<p>Para usted ¿qué es la salud?</p> <p>Para usted ¿qué es la salud mental?</p> <p>Para usted ¿qué es convivencia social?</p> <p>¿De qué manera usted se enteró de los servicios de salud mental?</p> <p>Para usted ¿por qué son importantes estos servicios?, ¿de qué manera la han beneficiado?</p> <p>Puede indicarme ¿cómo se sintió cuando recibió el servicio?</p> <p>Indíqueme ¿la atención que recibió fue presencial o virtual?</p> <p>Si fue presencial ¿en qué medio de transporte se trasladó hasta el sitio de atención?</p> <p>¿qué tan retirado queda el centro de salud de su vivienda?</p> <p>¿cómo le parecieron las instalaciones físicas del servicio de salud mental?</p> <p>¿Qué tipo de profesional la atendió? (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social)</p> <p>¿Volvería a utilizar este servicio? ¿Porqué?</p> <p>¿Recomendaría este servicio a alguien cercano?</p> <p>¿Qué recomendaciones le haría al servicio?</p> <p>¿Cómo fue el trato que recibió por parte del profesional que la atendió?</p> <p>De acuerdo a la necesidad que tuvo al consultar este servicio ¿sintió que pudo solucionar su situación?</p> <p>¿Cuál era su expectativa al utilizar el servicio? ¿Se cumplió o no?</p> <p>¿Qué piensa de las personas que consultan servicios de salud mental?</p> <p>En su comunidad ¿cómo ven a las personas que consultan estos servicios?</p> <p>Indíqueme ¿qué tipo de problemáticas en salud mental debería atender los servicios de salud mental del municipio?</p>	

**Anexo 4. Formato de entrevista a funcionarios**

ENTREVISTA A PERSONAL DEL PROGRAMA CENTROS DE ESCUCHA	
Formato de la entrevista:	Audio
Objetivo: Evaluar el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021, favoreciendo líneas de recomendación para su consolidación.	
<p><b>PREGUNTAS</b></p> <p>Indíqueme ¿cuál es su rol dentro de los servicios de salud mental de Giraldo?</p> <p>¿Qué tipo de servicios en salud mental ofrece el municipio?</p> <p>¿Cuál es la capacidad instalada de los servicios? en cuanto a personal disponible, consultorios, salas de atención a pacientes con enfermedad mental grave, hospitalización, servicios de remisión</p> <p>¿A través de qué medio se divulgan los servicios de salud mental en el Municipio?</p> <p>¿Tiene alguna sugerencia para su difusión?</p> <p>¿A través de qué medio ustedes reciben la demanda de servicios en salud mental?</p> <p>¿Cuáles cree usted, que son las barreras de acceso a los servicios de salud mental que tienen las personas que acuden a ellos?</p> <p>¿Qué tipo de actitudes de la población favorecen la atención?</p> <p>¿Qué tipo de actitudes de la población dificultan la atención?</p>	

**Anexo 5. Formato encuestas de satisfacción**

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Apreciado usuario su opinión es muy importante para nosotros, con esta investigación buscamos conocer su experiencia y satisfacción frente a la atención y servicios brindados por parte del profesional que brinda el programa “Centros de Escucha”. Esta encuesta es confidencial y anónima. Agradecemos su sinceridad en sus respuestas.

El objetivo es evaluar el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021, favoreciendo líneas de recomendación para su consolidación, Esta investigación hace parte de nuestro proceso formativo para otorgar al título como Administradores en Servicios de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”

Marque con una X la opción que considere

Rango de edad: 18 años a 25 años   26 años a 35 años  36 años a 45 años  
 46 años  60 años 60 o más

Género:  Masculino  Femenino  Otro

Zona residencial  Urbano  Rural

Preguntas	M	R	Bueno
	Malo	Regular	
Desde el momento en que usted solicito la atención, hasta que le fue asignada su cita ¿considera que el tiempo de espera para la atención fue?			
2. El tiempo de acceso al programa es:			

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA CENTROS DE ESCUCHA EN GIRALDO-ANTIOQUIA 2021...

3. El trato que recibió por parte del personal, lo considera como:			
4. Cómo evalúa las instalaciones físicas del programa?			
5. Cómo evalúa la información que le brindaron acerca del servicio de salud mental?			
6. ¿Cómo se sintió para volver a asistir al programa Centros de Escucha?			
7. ¿Cómo evalúa el programa para recomendarlo?			
8. ¿Como calificaría el programa Centros de Escucha en general?			

Recomendaciones y/o sugerencias:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

## **Anexo 6. Consentimiento informado usuarios**

Evaluación del programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” del municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021

Investigadores: Stefany Marín Oquendo, Julieta Silva López, Andrés Yepes Quiroz.

La presente investigación es conducida por unos estudiantes de pregrado en Administración en Salud con énfasis de Servicios de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. El objetivo de la investigación es evaluar el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021, favoreciendo líneas de recomendación para su consolidación.

Las personas son seleccionadas teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios que se quieren estudiar. Si usted accede a participar en este estudio, deberá responder a las preguntas sobre la percepción que tiene como usuario durante todo el proceso de atención en el programa Centros de Escucha. Toda la información recolectada será guardada en una base de datos y almacenada para fines netamente académicos, adicionalmente al ser partícipe autoriza a que las entrevistas sean grabadas por medio de voz y que exista la posibilidad de evidencias fotográficas como prueba de la realización de la entrevista.

Se tiene en cuenta, según la pauta 15, CIOMS de 2016, entre las protecciones especiales para los usuarios cabe mencionar, requerir que la investigación se lleve a cabo sólo cuando esté dirigida a condiciones que afecten a estos grupos. Pueden diseñarse medidas de protección para promover la toma voluntaria de decisiones, limitar el potencial de violación de la confidencialidad y otras medidas para proteger los intereses de aquellos en mayor riesgo de daño. Los investigadores deben tener el cuidado de no excluir abiertamente a las personas y permitirles participar con el



requisito de que se adopten.

Dado a que se tendrá que recurrir con un contacto directo para la recolección de datos en este sentido y dándole énfasis al tema actual relacionado con el Covid-19 se tendrá las normas reglamentarias frente a la bioseguridad por parte del investigador y la población, al ser un tema de pandemia todos debemos de tener en cuenta las reglamentaciones y recomendaciones también estipuladas para los ejercicios de investigación como en la Pauta 20, CIOMS de 2006, Investigación en situaciones de desastre y brotes de enfermedades. La participación de las comunidades locales desde las primeras etapas de la investigación es esencial para mantener la confianza pública y asegurar que los estudios se realicen de una manera culturalmente sensible, Al trabajar con las comunidades, los investigadores, los patrocinadores y los comités de ética de la investigación deberán ser conscientes de posibles conflictos de intereses respecto de la investigación propuesta.

En todo momento los investigadores estarán dispuestos a responder y aclarar inquietudes que en el momento se le presenten, así mismo estar en un ambiente adecuado, silencioso y ventilado el cual se prestara para obtener toda la atención necesaria que usted requiere, en este documento estará pactado el derecho de confidencialidad y protección a su seguridad como los riesgos y beneficios directos e indirectos que se presentaran al participar de esta investigación, respecto a esto y para dar cumplimiento se aplicara la pauta 6 CIOMS, 2016 “Atención de las necesidades de salud de los participantes”

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación en esta investigación, es absolutamente voluntaria, el estudio no brinda un beneficio directo a los usuarios, diferente al de identificar la percepción frente al programa Centros de Escucha, además, no recibirá ninguna compensación, ni

remuneración por participar.

Debido a las características del estudio de investigación, este proyecto se considera como una investigación con riesgo mínimo según la Resolución 008430 del Ministerio de Salud (octubre 4 de 1993), ya que este no requiere de ningún tipo de experimentación directa con las personas que participan en el estudio, de igual forma las preguntas contenidas en la entrevista y la encuesta no afectan la integridad ni emocionalidad de las personas participantes. Dicho esto, se garantiza que la investigación será en beneficio de los usuarios y el programa Centros de Escucha porque les permitirá mejorar los puntos negativos expresados por los usuarios.

Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse cuando usted lo desee sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

Para mayor información o si tiene alguna duda se puede comunicar con:

Stefany Marín Oquendo Celular: 3122919972, Correo: stefany.marino@udea.edu.co  
Carlos Andrés Yepes Quiroz, Celular: 3002321832, Correo: Andres.yepes1@udea.edu.co  
Julieta Silva López, Celular: 3127869712, Correo: Julieta.silva@udeaedu.co

María Isabel Zuluaga, Celular: 3113189410, Correo: [Isabel.zuluaga@udea.edu.co](mailto:Isabel.zuluaga@udea.edu.co)

De antemano se agradece su participación, si quiere contactarse con alguien que conozca el proyecto diferente a los investigadores principales se puede contactar con:

Presidenta del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública: Alba Emilse Gaviria Méndez Teléfono: 2196820 Correo: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co)

Identificación del participante:

Nombre:

Apellidos:

Código:

Aceptación de la participación

He leído o me han leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarse bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

---

Firma del participante

---

Fecha

## **Anexo 7. Consentimiento informado funcionario**

Evaluación del programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” del municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021

Investigadores: Stefany Marín Oquendo, Julieta Silva López, Andrés Yepes Quiroz.

La presente investigación es conducida por unos estudiantes de pregrado en Administración en Salud con énfasis de Servicios de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. El objetivo de la investigación es evaluar el programa de salud mental y convivencia social “Centros de Escucha” en el municipio de Giraldo Antioquia en el año 2021, favoreciendo líneas de recomendación para su consolidación.

Las personas son seleccionadas teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios que se quieren estudiar. Si usted accede a participar en este estudio, deberá responder a las preguntas sobre la percepción que tiene como funcionario durante todo el proceso de atención en el programa Centros de Escucha. Toda la información recolectada será guardada en una base de datos y almacenada para fines netamente académicos, adicionalmente al ser partícipe autoriza a que las entrevistas sean grabadas por medio de voz y que exista la posibilidad de evidencias fotográficas como prueba de la realización de la entrevista.

Se tiene en cuenta, según la pauta 15, CIOMS de 2016, entre las protecciones especiales para los usuarios cabe mencionar, requerir que la investigación se lleve a cabo sólo cuando esté dirigida a condiciones que afecten a estos grupos. Pueden diseñarse medidas de protección para promover la toma voluntaria de decisiones, limitar el potencial de violación de la confidencialidad y otras medidas para proteger los intereses de aquellos en mayor riesgo de daño. Los investigadores deben tener el cuidado de no excluir abiertamente a las personas y permitirles participar con el

requisito de que se adopten.

Dado a que se tendrá que recurrir con un contacto directo para la recolección de datos en este sentido y dándole énfasis al tema actual relacionado con el Covid-19 se tendrá las normas reglamentarias frente a la bioseguridad por parte del investigador y la población, al ser un tema de pandemia todos debemos de tener en cuenta las reglamentaciones y recomendaciones también estipuladas para los ejercicios de investigación como en la Pauta 20, CIOMS de 2006, Investigación en situaciones de desastre y brotes de enfermedades. La participación de las comunidades locales desde las primeras etapas de la investigación es esencial para mantener la confianza pública y asegurar que los estudios se realicen de una manera culturalmente sensible, Al trabajar con las comunidades, los investigadores, los patrocinadores y los comités de ética de la investigación deberán ser conscientes de posibles conflictos de intereses respecto de la investigación propuesta.

En todo momento los investigadores estarán dispuestos a responder y aclarar inquietudes que en el momento se le presenten, así mismo estar en un ambiente adecuado, silencioso y ventilado el cual se prestara para obtener toda la atención necesaria que usted requiere, en este documento estará pactado el derecho de confidencialidad y protección a su seguridad como los riesgos y beneficios directos e indirectos que se presentaran al participar de esta investigación, respecto a esto y para dar cumplimiento se aplicara la pauta 6 CIOMS, 2016 “Atención de las necesidades de salud de los participantes”

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación en esta investigación, es absolutamente voluntaria, el estudio no brinda un beneficio directo a los usuarios, diferente al de identificar la percepción frente al programa Centros de Escucha, además, no recibirá ninguna compensación, ni

remuneración por participar.

Debido a las características del estudio de investigación, este proyecto se considera como una investigación con riesgo mínimo según la Resolución 008430 del Ministerio de Salud (octubre 4 de 1993), ya que este no requiere de ningún tipo de experimentación directa con las personas que participan en el estudio, de igual forma las preguntas contenidas en la entrevista y la encuesta no afectan la integridad ni emocionalidad de las personas participantes. Dicho esto, se garantiza que la investigación será en beneficio de los usuarios y el programa Centros de Escucha porque les permitirá mejorar los puntos negativos expresados por los usuarios.

Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse cuando usted lo desee sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

Para mayor información o si tiene alguna duda se puede comunicar con:

Stefany Marín Oquendo Celular: 3122919972, Correo: stefany.marino@udea.edu.co  
Carlos Andrés Yepes Quiroz, Celular: 3002321832, Correo: Andres.yepes1@udea.edu.co  
Julieta Silva López, Celular: 3127869712, Correo: Julieta.silva@udeaedu.co  
María Isabel Zuluaga, Celular: 3113189410, Correo: [Isabel.zuluaga@udea.edu.co](mailto:Isabel.zuluaga@udea.edu.co)

De antemano se agradece su participación, si quiere contactarse con alguien que conozca el proyecto diferente a los investigadores principales se puede contactar con:

Presidenta del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública: Alba Emilse Gaviria Méndez Teléfono: 2196820 Correo: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co)

Identificación del participante:

Nombre:

Apellidos:

Código:

### Aceptación de la participación

He leído o me han leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarse bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

---

Firma del participante

---

Fecha

## Anexo 8. Consentimiento para desarrollar el trabajo de campo

---



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE GIRALDO  
NIT: 890.983.786-7  
ADMINISTRACIÓN 2020 -2023

**GIRALDO >>>**  
**AVANZA AL CAMBIO**  
Alconides Usuga Carmona  
Alcalde 2020 - 2023

---

Giraldo-Antioquia 10 de diciembre de 2021

Señores:  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.  
Medellín.

**Asunto: Carta de Consentimiento prácticas profesionales.**

Cordial saludo.

La secretaria de Salud y Protección social desde sus programas de Salud Pública y su componente Salud Mental y convivencia Social, respetuosamente, me permito otorgar la presente carta de consentimiento a los señores estudiantes:

Julieta Silva López con C.C N° 1001744071, Stefany Marín Oquendo con C.C N° 1152213695 y Andrés Yepes Quiroz con C.C N° 1039466862 autor (es) del trabajo de grado titulado la percepción de la calidad por los usuarios del servicio de salud mental y convivencia social del Municipio de Giraldo-Antioquia, presentado para el año 2021-2022 como requisito para optar al título de administración en énfasis de servicios de salud; autorizo (amos) al programa de salud mental y convivencia social prestado por la Secretaría de Salud y Protección Social del Municipio de Giraldo-Antioquia a:

- ✓ Suministrar los datos pertinentes para el desarrollo idóneo del presente trabajo de grado para que sean usados únicamente para fines académicos.
- ✓ La realización de su trabajo de campo en el municipio de Giraldo-Antioquia en compañía de la secretaria de salud y del programa de salud mental y

---

"GIRALDO AVANZA AL CAMBIO"

JORGE ALCONIDES USUGA CARMONA – ALCALDE 2020-2023  
Carrera 09 No. 10-36 – Conmutador 857 11 07 E-MAIL [alcaldia@giraldo-antioquia.gov.co](mailto:alcaldia@giraldo-antioquia.gov.co)





REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE GIRALDO  
NIT: 890.983.786-7  
ADMINISTRACIÓN 2020 -2023

**GIRALDO >>>**  
**AVANZA AL CAMBIO**  
Alconides Usuga Carmona  
Alcalde 2020 - 2023

---

convivencia social e igualmente el apoyo necesario para su correcta ejecución.

Dado en el Municipio de Giraldo para fines pertinentes de los interesados.

Atentamente

  
ALCALDÍA DE GIRALDO  
NIT. 890.983.786-7  
SECRETARÍA DE SALUD  
GIRALDO ANTIOQUIA

**María Camila Manco Suárez**  
Secretaria de Salud y Protección Social.

---

"GIRALDO AVANZA AL CAMBIO"

JORGE ALCONIDES USUGA CARMONA – ALCALDE 2020-2023  
Carrera 09 No. 10-36 – Conmutador 857 11 07 E-MAIL [alcaldia@giraldo-antioquia.gov.co](mailto:alcaldia@giraldo-antioquia.gov.co)