

Capítulo 1

Los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (CASMCUNAD) como escenarios potenciadores de los servicios de salud mental de calidad, acordes con los contextos y particularidades de los territorios



María del Pilar Triana Giraldo¹

Yeison Alfonso Rodríguez Campo²

1 Psicóloga y especialista en Pedagogía para el Desarrollo del Aprendizaje Autónomo. Magíster en Migraciones Internacionales y estudiante de doctorado en Derecho.
Correo: maria.triana@unad.edu.co

2 Psicólogo. Magíster en Psicología Comunitaria. Correo: yeisonrodriguezcampo@gmail.com

Alrededor de la década de los 60 se inician movimientos de detracción contra la psicología clásica buscando replantear no solamente los conceptos de salud y enfermedad mental, sino también su abordaje y tratamiento (Galván, 2009). Coper en 1978 propone el término “antipsiquiatría” como un intento de establecer una postura crítica frente a la atención de personas con trastornos mentales desde el esquema de internación o “manicomial” reorientándolo a abordajes diferentes al encierro y en entornos sociales reconocidos por el paciente (Bang, 2004). Fundamentado también en las propuestas de Foucault (1964) de que el encierro lejos de buscar la rehabilitación y reintegración a la comunidad tenía por finalidad apartar de la sociedad a aquellas personas que se consideraban anormales o “locas” invisibilizándolas y desapareciéndolas del escenario social.

También Bang (2004) precisa que el esquema de encierro por largos periodos de tiempo, o en algunos casos de por vida, debe reconsiderarse y otorgar la importancia necesaria al papel de la comunidad en los procesos de rehabilitación, lo que resulta en un trabajo tanto con una persona en particular como con todo el grupo humano al cual pertenece, logrando mejores resultados no solo a corto plazo, sino logrando que los mismos se mantuvieran en el tiempo.

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

Tanto la normatividad vigente como la necesidad de implementar estrategias de abordaje en salud mental comunitaria promueven la creación de los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD), por medio de los cuales es posible abordar a las comunidades desde sus contextos particulares y apoyar de manera adecuada y funcional sus procesos de mejoramiento. Además, teniendo en cuenta que la UNAD hace presencia en todo el país por medio de sus diferentes sedes, la implementación de los CASMCUNAD puede hacerse a lo largo del territorio nacional, no solo desde la perspectiva de diagnóstico y acción psicosocial de comunidades específicas, sino también contribuyendo a la construcción

de un modelo de salud mental comunitario para Colombia a partir de ocho modelos regionales consistentes con las ocho zonas en las cuales la universidad ha dividido administrativamente al país.

Durante el segundo semestre del año 2020 los CASMCUNAD iniciaron la fase 1.1 o de diagnóstico participativo comunitario con la inclusión de 53 comunidades, presentes en 37 municipios de 14 departamentos del país. En el 2021 se desarrollan las fases 1.1 y 1.2 con un total de 108 comunidades, terminando el año con 76 comunidades activas. En el presente escrito se encuentra el desarrollo de esta estrategia y los resultados obtenidos en este periodo de trabajo.

Contexto de la propuesta de intervención/acción

La propuesta actual en el mundo para los procesos de salud mental es la desinstitutionalización de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, la atención en el medio social, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Minsalud, 2018). Procesos que pueden ser desarrollados y atendidos de manera adecuada desde los modelos de salud mental comunitaria por medio de los Centros de Salud Mental Comunitarios, propuestos en la Ley 1616 de 2013.

Sumado a las anteriores problemáticas sociales están las diferentes afectaciones mentales producto del confinamiento y demás situaciones relacionadas con el SARS-CoV-2, producida por el COVID-19, que requieren ser atendidas y que algunas de ellas aún siguen desconocidas. Algunos estudios (Hawryluk et al., 2004) basados en la epidemia de SARS del 2003 establecieron que la cuarentena y el confinamiento fueron determinantes para la presentación de angustia psicológica, trastorno de estrés postraumático y depresión, además de los síntomas de ansiedad producto del temor que generaba el riesgo de contagio, los cuales no desaparecieron una vez fueron levantadas las medidas de protección, sino que permanecieron de manera posterior al desconfinamiento. Balluerka et al. (2020) determinaron en un estudio realizado en España, entre los meses de marzo y mayo del año 2020, que tanto la pandemia como el confinamiento han afectado significativamente la estabilidad emocional y conductual no solo de las personas que se han aislado de manera drástica, sino también de quienes realizan trabajos y oficios que por su naturaleza impliquen la atención masiva de personas y, por lo tanto, un riesgo alto de contagio. En Colombia, en un estudio publicado por COLPSIC en el año 2021, se determinó que el confinamiento y el riesgo de afectaciones a la salud física por causa de la pandemia

generaron riesgos de depresión, somatización, ansiedad, soledad y baja resiliencia (Sanabria-Mazo et al., 2021).

Todo lo anterior plantea claramente la necesidad de priorizar la atención funcional y adecuada de la salud mental en entornos comunitarios, con el objetivo no solamente de disminuir la posibilidad de convertir en crónicas patologías de base, sino de abordar con criterios de participación activa las diferentes problemáticas dentro de una población, permitiendo el concurso de todos los actores, estableciendo estrategias cualitativas con un enfoque de apropiación social del conocimiento, y fundamentado en metodologías como la investigación acción participativa (IAP) por medio de la cual, la construcción comunitaria es quien define y estructura rutas de acción. Es en este espacio en donde los Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la UNAD (CASMCUNAD) no solo responden pertinentemente a las necesidades en atención de las problemáticas sociales, sino que, en cumplimiento de la Ley 1616 de 2013, promueven el acceso a la salud de una mayor cantidad de personas, descongestionarían significativamente el sistema de salud y mejorarían la calidad de vida de las comunidades.

Los CASMCUNAD buscan contribuir a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación en salud mental dentro las comunidades en las cuales desarrollen su labor, teniendo en cuenta el marco teórico propio de la psicología comunitaria, la participación y construcción desde lo social y el enfoque de la apropiación social del conocimiento. Estos centros abordan la salud mental y sus problemáticas desde la metodología de la investigación acción participativa (IAP), que permite una construcción continua en el reconocimiento de realidades y contextos desde perspectivas particulares y grupales, permitiendo y promoviendo la apropiación social del conocimiento. Por tanto, la salud mental es una construcción colectiva que debe ser comprendida desde la percepción misma de la comunidad y su búsqueda activa de transformación y avance (Colmenares, 2012).

En consecuencia, la salud mental comunitaria se entiende para los CASMCUNAD como el bienestar que permite el desarrollo de los diferentes potenciales del individuo en interacción con un grupo humano, el cual se beneficia y beneficia a sus miembros. La estrategia CASMCUNAD está coordinada desde la Maestría en Psicología Comunitaria de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH), y ha sido implementada en las ocho zonas en las cuales tiene influencia la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Vincula de manera permanente a docentes, estudiantes de pregrado y posgrado en especial de la ECSAH.

Estos CAMCUNAD, como centros de acompañamiento en salud mental con enfoque comunitario, parten del principio de reestructuración de conceptos como el de salud

mental y el de comunidad tanto en la atención, acompañamiento y rehabilitación de las personas que padecen cualquier tipo de trastornos, además de comprender que la salud es una construcción grupal en la que participan todos los miembros de una comunidad, y cuyos resultados influyen en la población en general.

Historia de los modelos de salud mental comunitaria en Latinoamérica

En el año 1990 la Declaración de Caracas establece la necesidad de replantear los modelos de atención e intervención en salud mental planteando que es fundamental “que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria” (OPS y OMS 1990, p. 2), teniendo en cuenta que el modelo de desinstitucionalización ha mostrado mejores resultados en el tratamiento de diversas enfermedades mentales (Bang, 2004). Dicha declaración se erigió como un hito para el abordaje de la salud mental en Sudamérica al aceptar la transformación de un modelo médico hacia uno social.

En Cuba, desde el año 1959 se crea el Sistema Nacional de Salud que permite brindar cobertura en salud asistencial a toda la población, además de replantear la atención en salud mental de lo intrahospitalario, a lo comunitario. Se establecieron servicios de psiquiatría en los hospitales generales y servicios de atención ambulatoria, los equipos de salud mental comenzaron a proyectarse a la comunidad. Desarrollaron un modelo de atención psiquiátrica desde los perfiles clínico, epidemiológico y social. “El perfil social está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, la comunidad participa activamente” (León, 2002, párr. 6).

En 1972 en Chile tuvo lugar la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud Pública del Hemisferio y se elaboró el Plan Decenal de Salud para las Américas, con orientaciones específicas en el área de salud mental, entre las que se destacan la atención ambulatoria y en comunidad, el empleo de técnicas colectivas, la creación de organismos técnicos de salud mental en los Ministerios de Salud y el fomento de la investigación epidemiológica, y la necesidad de definir por cada uno de los países políticas claras de salud mental (León, 1976).

En Argentina, a partir del año 1980 se inician procesos de reestructuración de los servicios de salud mental en hospitales generales, inicialmente explicitando este tipo de atenciones y, posteriormente, con la conformación de equipos interdisciplinarios

que privilegiaban la restauración de los lazos sociales. Este tipo de apertura hacia la comunidad significó la creación de centros de salud comunitarios, hospitales de día y programas residenciales y ocupacionales (López, 2011).

En Ecuador desde el año 2007 se han realizado esfuerzos desde el Estado para implementar el modelo de salud mental comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), con el fin de sustituir el enfoque médico-biologicista-asistencial por otro que promueva la salud en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Un avance significativo fue el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 que plantea la sustitución del modelo de atención hospitalaria, por un modelo de atención comunitaria. Sin embargo, a pesar de la existencia de la normatividad la implementación no ha sido posible por la carencia de recursos (Camas, 2018).

En Colombia, teniendo como base la Ley 100 de 1993 se han formulado propuestas de deshospitización y desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, en la práctica no se han logrado los resultados esperados dado que ha sido muy difícil modificar el paradigma existente en cuanto a la atención en salud mental desde el contexto comunitario, “siendo aún la clínica o el hospital psiquiátrico el eje de la atención de estas, mientras que las alternativas de atención y rehabilitación en comunidad son pocas” (MinSalud, 2013, p. 5).

Por otra parte, en el año 1998 emergen los Dispositivos Comunitarios en respuesta principalmente a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y como enlace entre los servicios de salud formales y los no formales, y de esta manera permitir el acceso a una mayor población. Entre los años 2002 y 2005 el Ministerio de Salud y Protección Social configuró dispositivos comunitarios como Centros de Escucha y Centros de Orientación y Acogida Comunitaria. Para el 2009 se implementan Dispositivos Comunitarios como las Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU). Para el 2011 en la Ley Estatutaria 1438 se plantean disposiciones para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con énfasis en atención primaria en salud.

En el año 2013 la Ley 1616 de Salud Mental establece la necesidad de implementar Centros de Salud Mental Comunitarios en todo el territorio nacional, además, en el mismo año se formula el “Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria” del Ministerio de Salud (Minsalud, 2013). El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, en su dimensión de Convivencia y Salud Mental, establece la importancia de los dispositivos comunitarios como alternativas de acción en salud mental comunitaria, el cual es reiterado en el plan decenal 2022-2032.

En el 2015 el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Resolución 518 de 2015, adopta formalmente los dispositivos comunitarios como una tecnología clave para la acción del sector salud. Además, la Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015, en reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y por ende de los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como centro de la atención en salud, deriva en la apuesta que hace la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Para el año 2018 se formula la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) en articulación con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019). Finalmente, para el año 2020 el Ministerio de Salud emite los lineamientos para la implementación de Dispositivos Comunitarios en Salud.



Desarrollo de la intervención/acción

En el desarrollo teórico para la implementación de los CASMCUNAD se formula el siguiente concepto de comunidad, fundamentado en los aportes que en la materia han realizado Bang (2014), Erazo y Moreno (2014), Montero (2004, 2010), Sánchez (2002), Krause (2001) y Zambrano y Berroeta (2012). La comunidad puede entenderse como un organismo vivo, con historia propia, en constante desarrollo y transformación, conformado por individuos que comparten un territorio común (incluyendo lo que podría definirse como “territorios virtuales” u “organizaciones sociales”), que se agrupan alrededor de aspiraciones, intereses, necesidades, objetivos, y cuyas relaciones internas se fundamentan primordialmente desde lo afectivo, en un reconocimiento del “otro” sobre lo meramente productivo. Los miembros de una comunidad tienen consciencia de su existencia como un colectivo (sentido de comunidad), de pertenencia al mismo y de lo identitario correspondiente, se benefician y benefician a los demás a partir de sus constantes interrelaciones y del apoyo social, desempeñan roles, observan el cumplimiento de normas tanto explícitas como tácitas (propias de este grupo) para su interacción y la realización de acciones conjuntas.

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

Tabla 1. Grupos humanos

Aspecto	Comunidad indígena	Comunidad de base	Organizaciones sociales	Organizaciones formales
Filosofía de vida, doctrina o cosmovisión sustentante	Comparten cosmovisión, usos y costumbres.	No necesariamente comparten una misma cosmovisión, aunque pueden compartir algunos usos y costumbres.	Comparten filosofías de vida, doctrinas o cosmovisiones que definen las dinámicas de la organización.	No es necesario compartir una cosmovisión o una filosofía de vida.
Territorialidad	Comparten el arraigo a un territorio específico. Territorios indígenas.	Comparten un territorio con sus potencialidades y necesidades.	No necesariamente comparten territorios físicos, dado que pueden compartir territorios virtuales o pertenecer al grupo humano y provenir de diferentes territorios.	No necesariamente comparten territorios físicos dado que pueden compartir territorios virtuales, o pertenecer a la organización y provenir de diferentes territorios.
Ejercicio de la autoridad	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas y son reconocidas por el grupo.	El liderazgo es emergente y no necesariamente representativo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.	Las formas de autoridad y liderazgo están organizadas, claramente estructuradas, y son reconocidas por el grupo.
Pertenencia	Las personas nacen al interior de la comunidad – no voluntaria.	Está generalmente condicionada a factores externos – no voluntaria.	Es generalmente voluntaria.	Vinculación generalmente laboral.

Fuente: CASMCUNAD (2020).

Proceso metodológico

La estrategia CASMCUNAD asume un modelo dinámico de interacción multinivel que establece 5 fases así:

Figura 1. Fases de implementación del modelo CASMCUNAD

Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria



Fases de implementación estratégica CASMCUNAD:
 Nivel 1 - N1: Comunidad
 Nivel 2 - N2: Equipo interdisciplinario
 Nivel 3 - N3: Institucionalidad

Fuente: ESCAH – UNAD (María del Pilar Triana).

Cada una de las fases está elaborada de manera participativa con el *staff* de la estrategia integrada por:

Comunidad: 123 comunidades distribuidas en 21 departamentos y 77 municipios.



Tabla 2. Grupos impactados

Fase	Atendidas - Activas	Inactivas ³	Total	Impacto directo	Impacto indirecto (aprox.)
Fase 1.1	26	0	26	344	1800
Fase 1.2	36	35	71	471	2500
Fase 2	14	12	26	180	1000
Total	76	47	123	995	5300

Fuente: CASMCUNAD (2021).

1. Coordinadores de programa: hacen parte permanente de la estrategia CASMCUNAD la líder del programa de Maestría en Psicología Comunitaria y la líder del programa de Psicología de la universidad.
 2. Docente de prácticas de la Maestría en Psicología Comunitaria: teniendo en cuenta que algunos de los estudiantes maestrantes se encuentran desarrollando el curso de prácticas, también harán parte de la implementación de la estrategia los docentes que orienten este curso dentro del programa de posgrado.
 3. Docentes de prácticas del programa de Psicología: serán los encargados de orientar y supervisar el proceso de prácticas de los estudiantes del programa de pregrado en Psicología para los escenarios 1 y 2.
 4. Estudiantes del curso de práctica de la Maestría en Psicología Comunitaria: los estudiantes del programa de posgrado en Psicología Comunitaria asumirán el rol de tutores dentro del proceso, por lo tanto, coordinarán junto con los monitores (docentes del pregrado en Psicología) las diferentes acciones que se llevarán a cabo para la implementación de la estrategia.
- 3 Las comunidades inactivas se reconfiguran para un acompañamiento diferencial, por lo que se estable con ellas un plan diferente que implica la reestructuración de tiempos y herramientas, si bien, desean continuar el proceso el acceso no es continuo y, por tanto, el proyecto las define como inactivas.

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

En general, en promedio son 45 profesionales, 80 estudiantes y 6 invitados nacionales e internacionales.

Durante el desarrollo del proceso en las fases transcurridas se han desarrollado diferentes herramientas e instrumentos que apoyan la metodología de la estrategia:

- » En la fase 1.1 las comunidades reflexionan sobre su salud mental comunitaria desde 5 categorías (resiliencia, afrontamiento comunitario, inclusión social, sentido de comunidad y bienestar) logrando que la comunidad sea líder de su planteamiento y motive a gestar su bienestar en comunidad.
- » En la fase 1.2 se aplican instrumentos de salud mental comunitaria propios derivados de discusiones internas en el equipo y ajustadas a cada grupo humano, donde se evidencia el estado de estas desde la salud mental positiva, apoyo social, sentido de comunidad, entre otros.
- » En la fase 2 se realiza un análisis de contexto y de acuerdo con lo encontrado en la fase de diagnóstico se plantea una intervención donde la comunidad participa de forma dinámica en el fortalecimiento de su salud mental comunitaria. Se desarrolló una herramienta para el reconocimiento de redes comunitarias, paso a paso que permite un trabajo conjunto con la comunidad para definir redes percibidas, recibidas y brindadas.

Uno de los primeros pasos del abordaje es la caracterización de la comunidad, la cual se convierte en la información previa de la dinámica comunitaria. Esta herramienta se construye desde una visión del grupo humano que se contacta y la necesidad de información que requiere previamente el proyecto. Se puede ver la caracterización como

diagnóstico inicial, como parte de la intervención, como instrumento o como punto de partida que permite el autorreconocimiento de la comunidad de sus potencialidades.

Metodología de aplicación de cartografías: CASMCUNAD va en función de las comunidades y desde allí reconoce en época de pandemia que el abordaje a las comunidades es desde la conectividad, por ello crea un paso a paso para la aplicación de cartografías de forma virtual, que ha servido de base para la aproximación a las necesidades y problemas sociales que cada grupo humano experimenta.

La estrategia cuenta con herramientas propias como:

- » Carto-expresión. El cual es un espacio de reconocimiento de la cartografía social como expresión misma de la comunidad.
- » Instrumento para la selección de actores CASMCUNAD.
- » Herramienta de redes comunitarias con la información previa, contactos y experiencias.
- » Página web donde se consigna la información de CASMCUNAD y el desarrollo de sus fases durante el año 2020 y 2021.
- » Repositorio. Espacio donde reposan documentos, informes, evidencias y todo lo que se gesta desde y con la participación comunitaria durante el proceso de abordaje.
- » Formatos propios de CASMCUNAD para informes cartográficos, de aplicación de instrumentos y documentos en general.

En la fase 3 cada comunidad elabora su plan de salud mental comunitaria considerando sus propias lógicas y necesidades y fortalecida con la red que ha trabajado.

En la fase 4 el equipo consolida el trabajo realizado, para esto se cuenta ya con 10 tesis de maestría con cada una de las categorías desarrolladas, análisis cartográfico por comunidad, análisis de caracterización y análisis crítico de la propuesta metodológica con comunidades étnicas, lo cual nos aproxima a un modelo regional de salud mental comunitaria.

En la fase 5 el equipo consolida el trabajo por cada región para enunciar un modelo nacional de salud mental comunitaria ajustada al Plan Decenal 2022-2032 y a la Ley 1616.

Conclusión

Los aportes de la propuesta CASMCUNAD como bien se pueden expresar se encuentran en el desarrollo metodológico de una estrategia implementada a nivel nacional que elabora herramientas propias ajustadas a cada grupo humano. Se ha caracterizado por comprender las dinámicas psicosociales que rodean el ejercicio de lo comunitario, fortaleciendo las competencias profesionales del equipo a través de escenarios de formación y capacitación organizados de manera colaborativa, reorganización y evaluación permanente de lo encontrado, evidenciando la necesidad de un trabajo diferencial con cada comunidad y fortaleciendo en cada grupo humano su autorreconocimiento y gestión de la salud mental comunitaria.

Algunos aportes por categorías en cada uno de los grupos humanos se reflejan así:

Tabla 3. Aportes por categorías de análisis

Concepto de comunidad		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
Tienen objetivos y metas comunes, sin embargo, no necesariamente comparten una filosofía, doctrina o cosmovisión particular, es más, pueden tener percepciones y creencias muy diversas y aun así pertenecer al grupo.	Tienen objetivos y metas comunes, los cuales se ven fundamentados en una filosofía, doctrina o cosmovisión particular que es aceptada y compartida por todos los miembros del grupo, y que permite interpretar la realidad de una manera particular.	No necesariamente comparten metas y objetivos, más allá del cumplimiento de una labor o acción específica. Tampoco tienen en común formas de interpretar la realidad, cosmovisiones o creencias.

<p>El liderazgo surge por lo general de manera espontánea y es ejercido por la aprobación de un grupo no necesariamente mayoritario, lo que resulta en que no siempre sea representativo.</p>	<p>El liderazgo está estructurado y organizado previamente a la inclusión de nuevos miembros, con posibilidades de ascenso en la escala social para todos los integrantes del grupo previo cumplimiento de requisitos que se desarrollan durante su convivencia dentro de la organización.</p>	<p>Existe la jefatura, dirección o coordinación, la que ha sido delegada a una persona, y que no necesariamente es producto de todo un proceso o de aceptación del grupo. Esta forma de liderazgo no resulta necesariamente en el cumplimiento de los objetivos.</p>
<p>Los miembros de la comunidad pertenecen al grupo de manera por lo general circunstancial y no necesariamente voluntaria.</p>	<p>La pertenencia al grupo se hace de manera voluntaria al compartir cosmovisión o filosofía de vida.</p>	<p>Por lo general no se pertenece al grupo de manera voluntaria sino condicionada. Algunos miembros del grupo desertarían al presentarse condiciones mejores en otras organizaciones.</p>
<p>Categoría: afrontamiento comunitario</p>		
<p>Comunidad (no incluye comunidades indígenas)</p>	<p>Organización social</p>	<p>Organización formal</p>
<p>Por lo general permite la interacción de los diferentes miembros para el abordaje de problemas generales.</p>	<p>Provee de una filosofía, doctrina o cosmovisión que enmarca las acciones de respuesta de los integrantes a las necesidades propias de la cotidianidad.</p>	<p>No necesariamente aporta a los miembros herramientas para afrontar las necesidades cotidianas, como tampoco muestra interés en apoyar a sus integrantes en el abordaje de crisis y problemas.</p>



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



<p>Aunque presentan algunas herramientas que permiten el afrontamiento de problemáticas y de crisis, la manera en que se abordan las diferentes situaciones puede generar mayores conflictos y divisiones.</p>	<p>Las herramientas de afrontamiento parecen tener resultados a corto, mediano y largo plazo para mejorar la salud mental y prevenir fenómenos como el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, entre otras.</p>	<p>Las herramientas de afrontamiento son fundamentalmente organizacionales enfocadas a la productividad laboral, por lo cual pueden mejorar el rendimiento del equipo, pero no abordan situaciones de salud mental personales.</p>
Categoría: inclusión social		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
<p>La inclusión social es percibida como un proceso de ayuda a la persona en condición de discapacidad frente a la imposibilidad de esta de lograr las cosas por sí mismo (invalidez).</p>	<p>Entiende la inclusión social como un proceso en el cual se hace partícipe a todos los miembros del grupo del sentido de existencia, de la cosmovisión, de las creencias o de la filosofía de vida que sustenta al colectivo.</p>	<p>Existen parámetros para la conformación de equipos de trabajo y de acciones. El resultado se prioriza sobre el proceso y sobre las necesidades individuales de los miembros equipo.</p>
<p>Se generan subgrupos que generalmente se excluyen entre sí, impidiendo el avance de toda la comunidad.</p>	<p>Aunque se generan subgrupos, la existencia de un liderazgo definido y sustentado en la experiencia permite que se mitiguen los efectos de la exclusión social.</p>	<p>Existen subgrupos que la organización permite siempre y cuando las relaciones entre los mismos no impidan el logro de los objetivos organizacionales.</p>
Categoría: sentido de comunidad		
Comunidad (no incluye comunidades indígenas)	Organización social	Organización formal
<p>Existe un sentido de comunidad y de pertenencia a un grupo definido. Sin embargo, esto no significa que no exista el deseo de desertar.</p>	<p>Existe un claro sentido de comunidad y de pertenencia a un grupo definido, el cual permite, teniendo en cuenta normas tácitas y explícitas, diferenciarse claramente de otros colectivos.</p>	<p>No necesariamente existe un sentido de comunidad, sin embargo, existe una noción de equipo, área o departamento, y de unos objetivos que cumplir y productos que entregar.</p>

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

Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.	Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.	Se establecen áreas de bienestar humano, en especial la física y la emocional, además de interacciones con grupos como la familia, el trabajo, los amigos, entre otros.
Aporta a los diferentes aspectos del bienestar humano como la construcción de identidad, de grupos de apoyo y amistades, sin embargo, también promueve la exclusión social y puede fomentar hábitos asociados a las adicciones.	Teniendo en cuenta la filosofía que sustenta a la organización, suma cada una de ellas criterios de bienestar humano propios de su cosmovisión.	Promueve el bienestar humano desde servicios de psicología tanto en el ámbito de la terapia como desde el ámbito organizacional, enfocado especialmente en la productividad y el logro de los objetivos organizacionales.
	Promueven el bienestar humano desde sus diferentes esferas, apoyando el desarrollo personal y grupal.	

Fuente: CASMCUNAD (Yeison Rodríguez).

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

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

Otra conclusión, la comunidad como aquel grupo humano marginal con grandes necesidades para su supervivencia y a quien se debe asistir dadas sus incapacidades fue un hallazgo dentro de las representaciones sociales que del concepto tenían una gran mayoría de los participantes. Parte del trabajo de los CASMCUNAD fue ayudar a reestructurar esta representación social en dos sentidos, el primero en cuanto al concepto mismo de comunidad, y el segundo en lo referente a la acción psicosocial diferenciándola del asistencialismo social.

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

Referencias

- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el caribe*, 30(1), 123-145.
- Auburn, G., Gott, M. y Hoare, K. (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 980-1000.
- Balcazar, F. (2003). Investigación acción participativa (IAP): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 59-77.
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo M., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J. y Santed, G. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de Investigación*. Universidad del País Vasco.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Bosco, S. (2011). *Maneras colectivas de enfrentar problemas: ¿Mejor muchos que uno?* [tesis de posgrado]. Universidad del País Vasco.
- Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>

- Cano, J., Gala, F., Lupiani, M., Guillén, C., Roa, J. y Lupiani, N. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome del estrés postraumático. *Revista Psiquis*, 25(1), 4-11.
- Castro, J. (2017). “RESILIENCIA, el trascender de la experiencia. Estrategias psicosociales para la potenciación individuo-comunidad”. Séptimo Simposio Internacional de Psicología Comunitaria. Bucaramanga, Colombia.
- Colmenares, A. (2012). Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. file:///C:/Users/Yeison/Downloads/Dialnet-InvestigacionaccionParticipativa-4054232%20(2).pdf
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia*, (3), 1-16.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Galván, V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 485-500.
- Guadamuz, E. (1991). La investigación-acción participativa: Sus bases conceptuales y metodológicas. *Revista ABRA*, 11(15-16), 9-46.
- Gabinas, V. (2012). Dilemas intervención psicosocial. ¿Qué y cómo hacerlo? *Revista Latinoamericana de Psicología Social IMB*, (1), 140-153.
- Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. y Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206-1212.
- Herazo, I. y Moreno, B. (2014). *Sentido de comunidad en un pueblo originario: Santa Martha Acatitla (Entre los Carrizos)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herrera, M. (2010). *ABC del diagnóstico rápido participativo*. https://www.academia.edu/26928675/ABC_DEL_DIAGNOSTICO_RAPIDO_PARTICIPATIVO
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *ENE. Revista de Enfermería*, 10(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

Hormazábal, N. y Riquelme, C. (2009). Modelo comunitario en salud mental y psiquiatría como modelo tecnológico. *Revista GPU*, 5(2), 245-249.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2019). *Boletín estadístico mensual. Diciembre. Subdirección de Servicios Forenses Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – CRNV*. INMLCF.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2020). *Boletín estadístico mensual. Abril. Subdirección de Servicios Forenses Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – CRNV*. INMLCF.

Krause, M. (2001). Hacia una definición del concepto de comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología*, 10(2), 4-60.

Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services.

Larban, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental. “Contenido y contenido”. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, (49), 205-224.

Latorre, A. (2007). *La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Grao.

León, C. (1976). *Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica*. Oficina Sanitaria Panamericana.

León, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5), 340-348.

López, C. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria, *Revista Salud Mental y Comunidad*, 77-84.

Marín, E. (2013). *Una mirada sobre la inclusión social* (documento inédito). UNAD.

Maya, I. (2012). *Sentido de comunidad y potenciación comunitaria*. Universidad de Sevilla.

Ministerio de Salud. (2013). *Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Protección Social en Colombia*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co>

gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-desinstitucionalizacion-trastorno-mental.pdf

Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de salud mental. Análisis de indicadores en salud mental por territorio*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>

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

Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: área de encuentro entre la psicología política y la psicología comunitaria. *Psyche*, 19(2), 51-63.

Mori, M. (2008). *Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria*. Universidad San Martín de Porres.

Muñoz, B. y Barrantes, A. (2016). *Equidad e inclusión social: superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas*. Organización de los Estados Americanos.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (1990). *Declaración de Caracas*. OPS; OMS. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Páez, D., Vázquez, C. y Echeburúa, E. (2012). Trauma social, afrontamiento comunitario y crecimiento postraumático colectivo. En M. Carrasco y B. Charro (eds.). *Crisis, vulnerabilidad y superación* (pp. 15-50). Universidad de Comillas.

Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2020). *Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social*. Universidad Nacional de Colombia.

Rojas, B. (2020). *OVI Unidad N.º 1. El diagnóstico participativo comunitario*. UNAD.

Rodríguez, Y. (2021). *CASMCUNAD ECSAH*. UNAD.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of psychiatry*, (147), 598-611.

Sanabria-Mazo, J., Useche-Aldana, B., Ochoa, P., Rojas-Gualdrón, D. y Sanz, A. (2021). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia*. Editorial CES.

Urquijo, M. (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *EDETANIA*, (46), 63-80,

Velázquez, T. y Valdez, R. (2012). Una propuesta de salud mental comunitaria frente a la violencia social. *Revista de Ciencias Sociales*, (25), 130-143.

Villagrán, L., Reyes, C., Wlodarczyk, A. y Páez, D. (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia psicológica*, 32(3), 243-254.

Zambrano, A. y Berroeta, H. (2012). *Teoría y práctica de la acción comunitaria: aportes desde la psicología comunitaria*. RIL editores.

Zaraza, D. y Hernández, D. (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciência y Saúde*, 21(8), 2607-2618.



