

De las barreras a los posibles:

Las Políticas del Acontecimiento en los Grupos de Ayuda Mutua de Salud Mental Juvenil en
Colombia

Felipe Agudelo Hernández

De las barreras a los posibles:

Las Políticas del Acontecimiento en los Grupos de Ayuda Mutua de Salud Mental Juvenil en
Colombia

Felipe Agudelo Hernández¹

- ^{1.} Profesor de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Manizales, Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Médico cirujano y especialista en psiquiatría de la Universidad de Caldas, Especialista en psiquiatría pediátrica de la Pontificia Universidad Javeriana.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	8
Introducción	19
Capítulo I	27
La Urgencia De Decir Nosotros.....	31
Área Problema	27
1.1. GAMJ: Definiciones Y Su Rol En Los Sistemas De Salud.....	39
1.2. Situación De La Salud Mental Juvenil Colombia.....	53
1.3. Problemas De Implementación En Las Acciones Comunitarias Para La Salud Mental.	53
1.4. Los GAM Como Problema En La Ontología Política.	57
1.5. Formulación De La(s) Pregunta(s).....	65
1.6. Hipótesis.	66
1.7. Justificación.	66
1.8. Palabras Clave.....	69
1.9. Objetivos.....	69
Objetivo General.	69
Específicos.....	69
Capítulo II	70
Marco Teórico.....	70
2.1. Abordaje De La Salud Mental: El Paso Del Manicomio A La Comunidad	70

2.2. Cambio De Principios Y Principios Para El Cambio.....	76
2.2.1. 2005 A 2020: Un Nuevo Paradigma En La Salud Mental De Colombia.	81
2.2.2. Políticas Públicas Relacionadas Con La Rehabilitación Basada En Comunidad En Salud Mental.	91
2.3. Rehabilitación Basada En Comunidad Para La Salud Mental.....	96
2.3.1. La Comunidad Como Eje De Tratamiento.	105
2.3.2. La Rehabilitación Basada En Comunidad Como Recuperación De La Libertad. ..	97
2.3.3. Grupos de Ayuda Mutua: ¿Qué Son y Cómo Funcionan en los Contextos?	100
2.3.3.1. Las Intervenciones Grupales Para La Salud Mental en Colombia.	108
2.3.3.2. Grupos de Ayuda Mutua en Colombia.	108
2.4. Grupos de Ayuda Mutua y las Políticas del Acontecimiento	120
2.4.1. La Urgencia de Decir Nosotros.....	138
2.4.1.1. Desarrollo Psicosocial Hasta la Juventud.	124
2.4.1.2. El Acontecimiento.	129
2.4.1.3. Políticas del Acontecimiento en los GAMJ: Una Ontología Pluralista.	140
2.5. Conclusión Al Capítulo II.....	154
Capítulo III.....	178
Metodología	160
Diseño y Metodología de la Investigación.....	178
3.1. Enfoque	178
3.2. Objeto de Estudio.....	179
3.3. Método	184
3.4. Plan de Recolección de la Información	193

3.4.1 Unidad de Trabajo / Población.	194
3.4.2 Definición de las Técnicas de Recolección de Información.	195
3.4.2.1. Análisis FODA Para Barreras y Facilitadores en la Implementación Territorial de los GAM.	195
3.4.3 Registro y Sistematización de Información: Herramientas de Análisis.	198
3.4.4. Las Fuentes.	200
3.4.4.1. Fuentes Primarias.	201
3.4.4.2 Fuentes Secundarias.	203
3.4.5. Barreras, Facilitadores, componentes y Clima de implementación de los GAMJ.	210
3.4.6. Cuadros de Categorías.	211
3.4.6.1. Categorías Cualitativas.	211
3.4.6.2. Categorías Cuantitativas.	386
3.5. Consideraciones Éticas	389
Capítulo IV.	221
4.1. Identificación de los Componentes Nucleares de los GAMJ: Resistencia al Control y a la Aleatorización.	180
4.1.1. Revisión Sistemática.	222
4.1.2. Revisión Panorámica (Scoping Review)	226
Conclusión al Capítulo IV	242
Capítulo V.	245
5.1. Componentes de los GAM en Colombia y Barreras de Implementación.	200

5.2. Características en la Implementación de Intervenciones Grupales en Salud Mental: Caso Colombia.....	246
5.2.1. Intervenciones Comunitarias en Colombia Desde los Grupos	201
5.2.1.1. Barreras en la Implementación de Intervenciones Grupales en Salud Mental: Caso Colombia.....	205
5.2.1.2. Componentes Nucleares en las Intervenciones Grupales Comunitarias para la Salud Mental: Caso Colombia.	211
Conclusión al capítulo V.....	219
Capítulo VI.....	224
6.1. Los GAMJ Desde sus Participantes: Políticas del Acontecimiento.....	276
6.1.1. Insatisfacción con el Tratamiento Tradicional.....	226
6.1.2. Conocimiento en Salud Mental para la Búsqueda de Ayuda.....	236
6.1.3. Componentes Nucleares del GAMJ.....	245
6.1.4. Agenciamiento	261
6.1.5. El grupo Como Opción de Salud	271
6.1.6. Acontecimiento	277
6.2. Integración Metodológica	283
Conclusión al Capítulo VI	347
Conclusiones.....	307
Recomendaciones	372
Referencias.....	334
Anexos	383

Anexo 1. Instrumento de la implementación de los Servicios de Salud.....	431
Anexo 2 Instrumento para la realización de la entrevista con el grupo focal.....	384

Exordio

Agradezco la confianza depositada por Andrés Felipe, al permitirme realizar el prólogo de su obra, que me llena de satisfacción por los logros obtenidos. Haber participado en su dirección, fue una experiencia muy enriquecedora, en un tema tan complejo como es el problema de salud mental de la juventud.

Andrés Felipe Agudelo Hernández, médico psiquiatra de niños y adolescentes y profesor de Medicina de la Universidad de Manizales, ha contribuido significativamente a la investigación en temas de salud mental, con la construcción de documentos de política pública nacional y la participación en el equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social (2022) encargado de diseñar las orientaciones para la implementación de grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua (GAM) para el fortalecimiento de la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental.

Ha participado en eventos internacionales, como los *Diálogos Iberoamericanos de Rehabilitación Basada en Comunidad* en su condición de consultor de la *Unión de Ciudades Capitales Iberoamericanas* (UCCI), y ha sido co-editor de la Revista *Global Implementation Research and Applications* (GIRA). Actualmente colabora con el plan piloto para la implementación nacional de la RBC en Salud Mental que orienta la Universidad de Manizales como parte de un convenio de donación de la USAID (Embajada Americana) y con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

Su tesis de grado “Las Políticas del Acontecimiento en los Grupos de Ayuda Mutua (GAMJ) de Salud Mental Juvenil en Colombia” consecuente a su formación doctoral en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Línea de Investigación en Políticas Públicas), del Centro de Estudios

Avanzados en Niñez y Juventud (CINDE) en alianza con la Universidad de Manizales, obtuvo la calificación *Summa cum Laude*, tanto por la rigurosidad metodológica, como por la profunda discusión teórica y epistémica que la soportan.

Emplea el método mixto de investigación integrando datos cuantitativos y cualitativos, emplea la revisión sistemática de la literatura (dos modalidades) con el fin de identificar los componentes de estrategias de recuperación como los GAMJ; su presencia en las políticas públicas de salud mental en la actualidad.

Su propósito central es analizar la concepción e implementación de la estrategia de los Grupos de Ayuda Mutua Juvenil (GAMJ) para la Rehabilitación Basada en la Comunidad –RBC- en salud mental, como parte de la Política Pública de Salud Mental incorporados en la Ley 1616 de 2013 a la luz de las Ciencias de la Implementación y de las Políticas del Acontecimiento en Colombia.

En consecuencia, el resultado de la tesis la convierte en un gran aporte por la conformación de elementos críticos y recomendaciones de política pública relacionada con la rehabilitación en salud mental, que enfatizan la importancia de pasar del estigma del manicomio a la terapia comunitaria. Se trata de una observación pertinente, puesto que a nivel global, las políticas públicas en salud mental están transitando desde los tratamientos clínicos (psiquiátricos en manicomios) a la comunidad, para una atención grupal en recuperación (Perdiguero, 2004).

Entre tanto, en Colombia se han presentado obstáculos para implementar estas terapias, debido a la falta de elementos prácticos fundamentados en enfoques epistémicos y ontológicos, que enriquezcan nuevos lugares de enunciación para superar el estigma, la incapacidad y la falta de agencia con las que se han asociado los problemas y trastornos mentales. Se precisa, por tanto, fijar un nuevo paradigma en salud mental en nuestro país, considerando la comunidad

como eje de tratamiento en la que el individuo pueda recuperar la libertad y tenga la oportunidad de superarse como persona.

Es un tema de gran vigencia, considerando que estamos viviendo en un mundo con grandes cambios, sociales, científicos, tecnológicos, culturales, entre otros y muchas de las transformaciones globales, han contribuido a incrementar los problemas psico-emocionales en las personas. De acuerdo con estudios hechos por la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad, los problemas de salud mental tienden a agudizarse cada día más, con psicopatologías como la depresión, psicosis, trastornos mentales y conductuales, epilepsia, demencias y quejas somáticas asociadas a malestar emocional, que se han convertido en foco de atención por parte de los organismos internacionales a cargo del sector salud.

Además, en los estudios sobre salud mental en la niñez y la juvenil, existe consenso en que la depresión, la ansiedad, las conductas agresivas y violentas, la pérdida de sentido de la vida, la fractura de significados, trastornos relacionados con uso de sustancias psicoactivas, autolesión/suicidio, embarazos no deseados, etc., son expresión de un malestar social y renuencia a adaptarse a un mundo que los priva de oportunidades, en el que predomina un “adulto-centrismo que los ha relegado a un segundo plano y excluido de las decisiones importantes que afectan su vida” (Nateras, 2013).

Es por ello, que la presente obra, contiene de forma implícita una interpelación a la institucionalidad y ciudadanía en general, acerca de la urgencia de abordar un problema sanitario que se extiende en el mundo entero con graves repercusiones para la salud y calidad de vida de la población en particular en jóvenes y adolescentes. La salud mental de los jóvenes debe ser un tema prioritario en la agenda de los organismos multilaterales y de los gobiernos para adoptar políticas de prevención, atención y rehabilitación (OMS, 2019).

Andrés Felipe, considera que los problemas de salud mental en la población joven, pueden prevenirse y tratarse mediante estrategias colectivas de intervención, -al reconocer la condición psicosocial y la interacción como mecanismos de ayuda-, acorde a los postulados planteados por sociólogos como Maurizio Lazzarato (2006) y Gabriel Tarde (2002) sobre el pluralismo ontológico y la política del acontecimiento.

Es una forma de ser consecuente con un pluralismo epistemológico y metodológico que ha contribuido a ampliar las fronteras del conocimiento científico, particularmente en las ciencias sociales y de la salud, por su aporte al desarrollo conceptual inclusivo, y la ruptura con respecto a parámetros rígidos para comprender la complejidad de los procesos sociales. Los grandes desafíos sociales, tienden ahora a enfrentarse con propuestas innovadoras -y, en muchos casos, disidentes con respecto a la tradición ortodoxa-, en la que se configuran nuevos escenarios de investigación/acción, partiendo de las narrativas y los significados de las voces de los actores sociales (Rodríguez, 2019).

Conjuntamente con otros métodos científicos de investigación e intervención en lo social emergentes, – como el *Pensamiento Complejo*, *la Trans-disciplinarietà*, *la Bioética*, o el *Realismo Crítico*- el pluralismo metodológico ha significado además, una apertura y a su vez, “una ruptura epistemológica que postula la inclusión de procesos dinámicos, emergentes, no lineales y diferenciados” (Alvarez, 2004, pág. 62) antes ignorados, para profundizar en los fenómenos sociales.

El pluralismo ontológico alude a una nueva concepción de la realidad, un postulado de la acción y un principio hermenéutico con gran aceptación entre muchos profesionales de las ciencias sociales y de la salud (Connolly, 2005). Asume al sujeto como ser integral cuya singularidad prevalece en medio de la diversidad de su entorno, pero aprende de él, lo cual aporta

elementos para la adopción de nuevas prescripciones para el tratamiento de los problemas de salud mental. Son posturas que reconocen al individuo como un ser integral, *biopsicosocial* cuya interacción es determinante en los procesos de salud-enfermedad.

La política del acontecimiento, por su parte, sostiene que en las sociedades modernas, se presentan una diversidad de relaciones, y formas distintas de unificación, diferentes modos de ser “uno”, y de realizarlos, que se concretan en un acto o situación específica denominada “acontecimiento” (Lazzarato, 2006 a, pág. 24).

Si las reflexiones epistémicas y filosóficas tradicionales con respecto a la sociología se centraron en el sujeto (Deleuze, 2009), las sociologías contemporáneas (fundamentalmente el constructivismo social) dieron un paso más adelante, al considerar la constitución del mundo y de sí, desde la perspectiva de la relación entre los sujetos (intersubjetividad). Sin embargo, la filosofía del acontecimiento toma rumbos diferentes a estas posiciones y “define un proceso de constitución del mundo y de la subjetividad que no parte del sujeto (o del trabajo), sino del acontecimiento” (Lazzarato, 2006 b, pág. 8)

La teoría del acontecimiento, representa por tanto, una apertura a la solución de los problemas sociales, ya que considera que estos no contienen implícitamente sus soluciones, sino que por el contrario, estas deben ser creadas bajo la expectativa de los posibles (Tarde, 2002). Esto abre un amplio abanico de posibilidades para la interpretación de los procesos sociales y para la acción social, así como para abordar estrategias en el campo de la salud mental de las personas.

De esta forma, la acción conjunta adquiere una nueva significación como creación y no como simple producción o fenómeno social. Para el presente caso, como una alternativa de comprensión e intervención en los problemas de salud mental de los jóvenes, con un nuevo

ingrediente: la política del acontecimiento que abarca una amplia gama de representaciones – como el agenciamiento corporal y de los signos - además del sujeto y su interacción (Videla, 2009) para enriquecer las herramientas de estudio y comprensión del tema de la juventud.

Por otra parte, la idea de que todo fenómeno humano es social (Tarde, 1989) y de que el individuo no es un universo aislado que pueda ser tratado de forma independiente bajo estándares rígidos de lo que se considera salud y enfermedad, es supremamente relevante y de actualidad para ser considerado en diversos ámbitos y por las entidades encargadas de velar por la salud de las personas. El ingrediente social, adquiere así una gran significación en los procesos de prevención y rehabilitación en trastornos de salud mental (Videla, 2009). La salud mental ya no es considerada una condición exclusivamente individual, sino que “se presenta como un concepto colectivo, bajo el cual se cobija un conjunto de diferentes perspectivas” (Macaya, Pihan, & Parada, 2018).

En este contexto teórico y epistémico, Agudelo (2021) aborda en profundidad el tema de los Grupos de Ayuda Mutua, qué son y cómo funcionan en los contextos, es decir, las políticas del acontecimiento, desde una ontología pluralista. Explica que un grupo de ayuda mutua se define como un colectivo conformado por personas que comparten un problema similar, que se reúnen regularmente para intercambiar información y para dar y recibir apoyo psicológico. Es algo que constituye un valioso aporte a los componentes de los GAM en Colombia y a superar las barreras de implementación, eliminando prejuicios y tabúes al respecto.

Seguramente, el presente trabajo de investigación doctoral contribuirá a generar en el sector salud colombiano el interés por mejorar las capacidades técnicas, operativas y de gestión en atención integral a los múltiples casos de salud mental, mediante las terapias grupales. Ese ha

sido, precisamente, el propósito de la presente obra: dotar de un sentido ético y humanista la atención a los problemas de salud mental.

Corresponde a la comunidad académica y los profesionales de la salud, la tarea de avanzar en tratamientos alternativos y potencialmente eficaces que contribuyan a mejorar el nivel de vida y la salud mental de los jóvenes de hoy, que son el futuro de la sociedad, y los grupos de ayuda mutua que operan bajo los principios de la RBC, ofrecen grandes ventajas para la rehabilitación e inclusión social de la juventud.

Finalmente, es pertinente señalar que se debe trabajar en la promoción y reducción del estigma que representan los problemas de salud mental, la detección temprana, el tratamiento integral y la rehabilitación basada en comunidad con apoyo de la academia (interdisciplinariedad e intersectorialidad) en la producción de conocimiento, como el presente trabajo de investigación.

BEATRIZ DEL CARMEN PERALTA DUQUE

PhD. En Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

Directora de la Línea de Investigación en Políticas Públicas

Alianza CINDE- Universidad de Manizales.

Referencias

Agudelo, F. (2021). *Las Políticas del Acontecimiento en las Políticas Públicas de Salud Mental Juvenil*. Manizales: Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud CINDE- Universidad de Manizales.

- Alvarez, M. (2004). La pretensión ontológica del pluralismo. *Azafea, Revista de filosofía*, Salamanca. No. 6 pp. 61-111.
- Connoly, W. (2005). *Pluralism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deleuze. (2009). *Diferencia y Repetición*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lazzarato. (2006 a). *Políticas del acontecimiento*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Lazzarato. (2006 b). *Por una política menor. Acontecimiento y política en las sociedades de control*. Madrid: Traficante de sueños.
- Macaya, X., Pihan, R., & Parada, J. (2018). *Evolución del constructo de Salud Mental desde lo multidisciplinario*. Santiago de Chile: Humanidades Médicas 2018;18(2):215-232 / Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud.
- Nateras, A. (2013). Culturas Juveniles e Identidades Estudiantiles: Narrativas de violencias. *Revista de Trabajo Social UNAM*, 57-72.
- OMS. (2019). *Invertir en Salud Mental*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias:
http://www.who.int/mental_health
- Perdiguero, E. (2004). La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, vol. 19 No. 4 Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400022 [Links].

Rodríguez, A. (2019). Ontología del pluralismo: Diversidad y escenarios intersticiales.

Andamios, Vol. 16 No. 40 México. Mayo de 2019

<https://doi.org/10.29092/uacm.v16i40.695> .

Tarde. (1989). *La opinión y la multitud*. Madrid: Taurus.

Tarde, G. (2002). *Fragmento de una historia futura*. Barcelona: Abraxas.

Videla, M. (2009). Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria. *Revista*

Latinoamericana de Psicología, (21), 255-260.

Dedicatoria

A mi abuela, Adielia Gutiérrez, quien nos enseñó con su amor el origen de la ayuda mutua para vivir y extrañarla un poco menos.

A Federico (*el que trae paz* y revaloriza valores) y Marcela, donde el amor es el agenciamiento de los posibles. Gracias por donarme minutos de sus juegos y sus conversaciones para poder realizar esta investigación.

A Memo, mi ángel clandestino, mi héroe cotidiano, quien hace de su vida una revolución amorosa y me da ha dado su mano para andar los caminos.

A Mamá y Papá, por enseñarme a jugar, a persistir, a insistir y a resistir... a ponerme siempre *en disposición para...*

A Lorenita, la madre de todos, su tierna rigurosidad me ayudado a soñar firmemente.

A Gloglo, la amiga de todos, la que, *en lugar de sopa, sirve jazmines*.

A Omita, Ángela, Alejo y Paty: gracias por habitar mi corazón y mantenerlo tan bien decorado.

A la juventud detenida de Sebas: la fuerza que dejó en el recuerdo, me invita hacia el futuro.

A Leo, John y Javi, por quererme y aceptar una amistad del siglo XIX.

A las personas con trastornos mentales que en mi consultorio me han mostrado que la sensibilidad nos hace más fuertes que vulnerables.

A las personas que no hablaron en esta investigación, a las que la evidencia científica o las políticas públicas no han logrado atender.

Hay una fuerza de armonización, el deseo de poner fin a un desacuerdo o un malestar: se trata de una verdadera fuerza que reside en el cerebro de los individuos, que aumenta o disminuye, se desvía a la derecha o a la izquierda, se vuelca hacia tal o cual objeto; unas veces se reduce a una brisa insignificante otras veces se convierte en un huracán, hoy arremete contra los gobiernos, ayer contra las religiones, mañana contra la organización industrial, pero no se detiene en absoluto.

Maurizio Lazzarato, Potencias de la Invención

*I celebrate myself, and sing myself,
And what I assume you shall assume,
For every atom belonging to me as good belongs to you.*

Walt Whitman, Song of Myself

INTRODUCCIÓN

Según Kessler et al. (2007) el 20% de los jóvenes presentan un problema de salud mental y, de todas las personas que se diagnostican con trastornos o problemas mentales, el 75% han tenido los primeros síntomas antes de los 20 años. Lo anterior, presenta el agravante que entre más tarde el abordaje de estos problemas, peores serán las complicaciones, específicamente, abandono escolar, trastornos por uso de sustancias psicoactivas, violencia interpersonal y suicidio.

En un estudio publicado por la OMS se calculó que para el año 2020 las enfermedades mentales y neurológicas explicarían el 15% de los años de vida perdidos por discapacidad del mundo, en Colombia se presenta una de las tasas más altas junto a Estados Unidos (World Health Organization -WHO-, 2012). Sin embargo, esas cifras sobrepasan actualmente el 20% (WHO, 2022).

A nivel de Colombia, según la última Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) (2016), el 12.2% de los jóvenes presenta problemas mentales, de este porcentaje, el 24.6% refiere asustarse con facilidad y el 20.5% refiere dolores de cabeza de causas emocionales. Dicha situación se evidenció en un escenario previo a la pandemia por COVID-19.

Al respecto, Atencio et al. (2021) encontró que en el marco de la pandemia los principales problemas fueron a nivel del sueño, sentirse agitado, pérdida de apetito, sentimientos de irritabilidad o enojo (Atencio et al., 2021), con cifras que se calculan hasta de un 20.5% para jóvenes (Racine et al., 2021) a nivel mundial, con peores desenlaces en países de medianos ingresos, dados especialmente por condiciones de desigualdad (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD-, 2021). Pese al panorama anterior, más del 75% de las personas

afectadas por problemas mentales en países como Colombia no recibe tratamiento alguno (Evans-Lacko et al., 2018).

Las estrategias de salud mental, propuestas como políticas públicas o enmarcadas en estas, están lejos de las personas en países como Colombia, mientras la política global y la evidencia científica avanzan en el reconocimiento de las necesidades de las personas y de la comunidad como eje de recuperación.

Desde el tratamiento en el contacto con la naturaleza hasta el asilo, desde el asilo a los consultorios, desde estos a la comunidad, la niñez y la juventud, hasta el siglo pasado, tuvo poca participación en la construcción de la historia de la salud mental. Con respecto a esto, Rey et al. (2018) (como se citó en el libro *La Patología de la Mente*, de Henry Maudsley, 1985): “¿Qué pronto puede un niño puede volverse loco? (...) Obviamente no antes de que tenga una mente que pueda malograrse, y entonces solo en proporción a la cantidad y calidad de mente que tenga” (p.4). Lo anterior ilustra la creencia, que incluso se referenció hasta el siglo pasado, que los niños no contaban con una mente lo suficientemente desarrollada como para presentar problemas de salud mental. De hecho, los problemas conductuales eran considerados problemas morales, y merecían un castigo; los problemas cognitivos y de aprendizaje, causaban incluso más exclusión que ahora, con etiquetas como “el idiota del pueblo” (Rey et al., 2018). En *Historia de la locura en la época clásica*, Foucault (2015a) describe que el abordaje en salud mental en niños, niñas y jóvenes, para finales del siglo XVIII estuvo centrado en enfermedades neurológicas como epilepsia, la parálisis, *los humores fríos*, las cuales tenían un abordaje hospitalario y muy mal pronóstico; cita así a Audin Rouvière: “un niño de diez a doce años, admitido en esta casa, a menudo por convulsiones nerviosas consideradas epilépticas, contrae, en medio de verdaderos epilépticos, la enfermedad que no padece, y no tiene, en la larga carrera que a su edad le ofrece la

perspectiva, otra esperanza de curación que los esfuerzos, rara vez completos, de la naturaleza." (p. 84). Dicho abordaje se conservará hasta el siglo XX en Colombia, donde en instituciones como el Hospital de Sibaté se pueden encontrar historias clínicas de individuos que ingresaron a muy temprana edad por epilepsia, y envejecieron en la institución, sin más manejo que el control de crisis con un manejo farmacológico básicamente sedante, ya que aún no se precisaban un mejor abordaje farmacológico para la época (Simpson, 2015), generando un deterioro importante en la cognición, en el comportamiento, y especialmente en las capacidades.

Los problemas mentales en jóvenes tienen unas descripciones tan antiguas como la humanidad misma, sin embargo, su denominación y abordaje tuvo que esperar el avance de los derechos humanos. En el siglo XIX y principios del XX el comportamiento fue asumido como el resultado de la dotación genética, posteriormente se da una dicotomía entre naturaleza y crianza, genética y ambiente, que ha sido reevaluada aproximadamente desde las últimas cuatro décadas, en las que se ha aumentado la comprensión de los mecanismos biológicos, de los procesos de desarrollo humano y de su interacción con factores ambientales.

Basados en lo anterior, la atención en salud mental se trasladó desde las clínicas psiquiátricas con características asilares, y se crearon salas de psiquiatría en los hospitales generales, además se integró la salud mental en la atención primaria de salud, proponiendo al individuo y a la comunidad como eje de *recuperación*. Este último concepto se concreta en la expresión "nada sobre nosotros sin nosotros", donde las personas con problemas y trastornos mentales afirman su empoderamiento e invitan a defender su participación en la estructuración de los servicios de atención y en la investigación de salud mental. Este enfoque de recuperación ubica los deseos y las necesidades de los individuos que padecen trastornos, en el centro de la atención en salud mental, más allá de la sola disminución observable de los signos y síntomas del

trastorno, y la restauración del funcionamiento cognitivo, social y ocupacional; se refiere a los esfuerzos de la persona por vivir su vida de una manera significativa y gratificante a pesar de las limitaciones impuestas por la discapacidad (Davidson et al., 2005).

Es así como en 1990 se da la Declaración de Caracas, en la cual la Organización Mundial de la Salud -OMS-, la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, con el acompañamiento de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, entre otros, invitan a los gobiernos a “que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región” (OMS, 1990).

En 2005, los Principios de Brasilia, que reiteran la validez de la Declaración de Caracas de 1991, en relación a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales, y enfatiza la necesidad de establecer servicios comunitarios, entre esos, los Grupos de Ayuda Mutua -GAM- (Organización Mundial de la Salud – OMS-, 2010).

Dichos conceptos se refuerzan con otros momentos como la Declaración de Montevideo, donde los países integrantes de la OPS se comprometen a abogar por la integración de las directrices sobre la Atención Primaria de Salud, o la Declaración de Adelaida, que propone salud mental en todas las políticas.

En el caso de Colombia, se tardaron aproximadamente 20 años en incorporar los principios señalados en la Declaración de Caracas, en 1990. En 2013 se da la Ley 1616 de 2013, una ley de salud mental que reafirma el derecho a la salud y propone múltiples modalidades de atención, acercándose cada vez al enfoque de atención primaria que propuso la política global comenzando la década del 90. Posteriormente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece

expresamente que la salud es un derecho autónomo, aparte del derecho a la salud, la participación ciudadana en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud, desde la formulación, implementación y veeduría.

Esta Ley, en su artículo 20, menciona el deber del gobierno de implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial para lograr la salud en términos de promoción, prevención, atención integral y rehabilitación (Congreso de la República de Colombia, 2015). De igual forma, especifica que a más tardar en dos años, se tendrá una Política Nacional de Salud Mental.

En octubre de 2018 y enero de 2019 surgen, respectivamente, las Resoluciones 4886 (Política Nacional de Salud Mental) y 089 (Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas), que orientan estratégicamente acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias. Entre sus ejes de acción se encuentra un eje de promoción, uno de prevención y detección temprana, un eje de tratamiento integral, un eje de inclusión social y rehabilitación integral, y un eje de multisectorialidad y gestión del conocimiento.

En el cuarto eje, se mencionan como principales estrategias comunitarias la conformación de grupos de apoyo y Grupos de Ayuda Mutua (GAM), además de fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política (Ministerio de Salud y Protección Social -Minsalud-, 2018; Minsalud, 2019).

Interesa a esta investigación, como objeto de estudio, los Grupos de Ayuda Mutua en Jóvenes (GAMJ). Estos grupos son esencialmente asociaciones de individuos que se reúnen, ya sea presencial o virtualmente, de forma voluntaria, en respuesta a un problema o situación social

o de salud compartido; el control del grupo permanece con sus miembros en lugar de una agencia externa; y dentro del grupo se brinda apoyo mutuo entre pares (Baldacchino et al., 2006).

Aunque se describe a menudo como antiburocráticos (Borkman et al., 2008) e igualitarios, sus estructuras también varían de totalmente informales a organizaciones benéficas integradas.

Pese a ser señalados desde la Ley de Salud Mental a través de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, en 2013, lo cual se insiste con mucho más peso en la Ley Estatutaria de Salud de 2015, existen problemas en Colombia para implementarlos (Agudelo Hernández & Rojas Andrade, 2021), los cuales pueden, aparte de relacionarse con las dificultades del sistema de salud, se relacionan con la poca consideración de la ontología social y política para mejorar la aceptabilidad y los beneficios que las personas tienen de estos programas en sus contextos y sus historias reales (Alvarado et al., 2014).

Para considerar lo anterior, el pluralismo epistemológico alude a una nueva concepción de la realidad, un postulado de la acción y un principio hermenéutico con gran aceptación entre algunos profesionales de las ciencias sociales y de la salud. Es una forma de invitar a la apertura en los discursos, en la recuperación de la salud mental que tradicionalmente se han adoptado, y es algo que interpela a la comunidad académica con propuestas novedosas que tienen un marcado ingrediente interdisciplinario y donde la voz de las personas aparecen para construir las estrategias y los planes que están dispuestos a adoptar.

A esta apertura es lo que Lazzarato (2000), denomina Acontecimiento. Un Acontecimiento no es la solución de un problema, en este caso mental, sino la apertura de posibles, lo que incluye aspectos de cada persona que son explorados y potenciados a partir de la experiencia del GAM. Es una ontología de la multiplicidad, lo que supera una visión dicotómica y determinista de la juventud, pero también de las enfermedades mentales. Esto lo hace a través

de una aproximación a lo *indecible* (en términos de Derrida) y a lo *imposible* (en términos de Deleuze), para finalmente construir desde el vacío, un vacío ya no visto como ausencia sino como espacio compartido donde no hay nada definido y donde puede surgir de uno mismo o de los otros posibles agenciamientos o, en términos de Badiou (2004), de los *agenciamientos de los posibles*.

Los GAMJ vistos desde el Acontecimiento, van más allá de la intersubjetividad, convirtiendo a sus integrantes en seres activos desde sus diferencias, en cuanto en lo que se conoce distintamente en ellos sirve para dar razón de lo que sucede en otro, y pasivos, en cuanto que la razón de lo que en ellos sucede se encuentran en lo que se conoce distintamente en otro. Por esto, aparte de ser una estrategia de recuperación para la salud mental, también se constituye como una estrategia de acción y aprendizaje de política pues busca señalar las inequidades, fortalecer la ciudadanía y mejorar las condiciones de vida, las *formas de vida*, en términos de Agamben (1995), quien precisa:

Los comportamientos y las formas del vivir humano no son prescritos en ningún caso por una vocación biológica específica ni impuestos por una u otra necesidad; sino que, aunque sean habituales, repetidos y socialmente obligatorios, conservan en todo momento el carácter de una posibilidad, es decir ponen siempre en juego el vivir mismo. Por esta razón —es decir en cuanto es un ser de potencia, que puede hacer y no hacer, triunfar o fracasar, perderse o encontrarse— el hombre es el único ser en cuya vida siempre está en juego la felicidad, cuya vida está irremediable y dolorosamente asignada a la felicidad. Y esto constituye inmediatamente a la forma-de-vida como vida política. (p.53).

Es así como la presente investigación parte de dos cuestiones. La primera relacionada con el proceso de implementación de Grupos de Ayuda Mutua Juvenil (GAMJ) que ha seguido el

Estado colombiano; y la segunda, con la relación que tiene este proceso de implementación con elementos político-ontológicos dados a la luz del Acontecimiento (Lazzarato, 2005).

Para lo anterior, se ha llevado a cabo una estrategia de revisión de literatura, buscando ahondar en elementos de implementación de los GAMJ en los niveles local y global.

Posteriormente, se ha llevado a cabo un diseño de métodos contextuales (Cegarra Guerrero, 2022), propuesto en la presente investigación, en la cual recolectan datos cuantitativos para indagar la presencia de estos componentes de implementación en nuestro contexto nacional.

Posteriormente, se realizan entrevistas a profundidad y un análisis temático de las mismas, que busca interpretar prácticas o estrategias explicitadas en las políticas públicas a un nivel ontológico, con un marco conceptual de las Políticas del Acontecimiento (Lazzarato, 2006).

En el primer capítulo, denominado *La urgencia de decir nosotros*, se realiza una definición de los conceptos principales de la investigación, especialmente de los Grupos de Ayuda Mutua Juveniles, los que se diferencian de otras estrategias grupales como terapia de grupo o grupos de apoyo. Para esto, también se ubican estos grupos en el sistema de salud colombiano y en las políticas públicas de salud mental. De igual forma, se realiza una revisión epidemiológica global, local y regional de los principales problemas o trastornos mentales en jóvenes, enfatizando en las implicaciones que tuvo y puede estar teniendo aún la pandemia por COVID-19 en la salud mental juvenil.

Se continúa analizando cómo ha sido la respuesta del sistema de salud y de otros sectores a la crisis de salud mental exacerbada por el COVID-19. Dicho análisis se encuentra con los problemas de implementación, con las dificultades para llevar a cabo a nivel territorial las apuestas de política pública, especialmente aquellas relacionadas con la búsqueda de mejorar las condiciones de vida y con acciones comunitarias. Como uno de los principales problemas de

implementación se encuentra la poca participación de las personas en las mismas estrategias que se formulan para ellas, por esto este capítulo continúa proponiendo la implementación de los GAMJ como un problema de ontología política, donde la teoría del Acontecimiento promete develar la acción social para la recuperación de la salud mental.

Estos elementos conducen a la formulación de dos hipótesis: 1. Existen problemas en la implementación de los GAMJ para la salud mental propuestos en la Política Nacional de Salud Mental en Colombia. Entre estos se proponen falta de componentes nucleares en las recomendaciones de los grupos, ausencia de estrategias de diseminación, desconocimiento de las barreras a nivel nacional y local, además de una poca aplicación de algunos componentes relacionados con la efectividad de esta estrategia; y 2. La comprensión de los GAMJ para mejorar la salud mental de los jóvenes puede llevarse a cabo a través de una ontología pluralista dada por el *Acontecimiento*, lo cual deviene acción política.

En el segundo capítulo, denominado *Los controlados suben a la torre del panóptico* se ahonda en la concepción de los Grupos de Ayuda Mutua Juvenil en el marco de los acuerdos internacionales con elementos de la Política Pública de Salud Mental Juvenil de Colombia en las Leyes 1616 de 2013, en la Ley estatutaria 1751 de 2015 y en su herramienta, la Política Nacional de Salud Mental, Resolución 4886 de 2018, además de su relación con la ciencia de la implementación y las Políticas del Acontecimiento.

Para esto se inicia un recorrido histórico del paso de la recuperación desde el manicomio (orden manicomial de Foucault) hasta la comunidad como eje principal del mismo. En este proceso se resalta el diálogo con las políticas públicas globales de salud mental y con la transferencia a nivel de Colombia, con algunas décadas de retraso. Hasta llegar, finalmente a un diálogo más sincrónico, con un cambio de principios en la comprensión de la salud mental,

reflejado en leyes de salud mental, de discapacidad y de participación. Con esta base, se explora la implementación de las políticas públicas relacionada con la Rehabilitación Basada en la Comunidad en Salud Mental, programa que contiene a los GAMJ, a través de una búsqueda de experiencias exitosas a nivel nacional, donde se describen, específicamente, los componentes de Aranzazu (GAM para el Trastorno Bipolar) y de Manizales (para conducta suicida en adolescentes).

Posteriormente, este capítulo realiza una propuesta teórica para explicitar la relación existente entre las Políticas del Acontecimiento y los GAMJ, para lo cual se parte del desarrollo psicosocial hasta la juventud para argumentar que el comportamiento, el pensamiento y las emociones que ocurren en la juventud, constituyen un escenario propicio para potenciar escenarios de ontología social, para generar Acontecimientos y acción política derivada de este, lo que podría constituir, en términos de Lazzarato, una Política Menor.

Una vez realizado el anterior desarrollo teórico, en el capítulo denominado *Redireccionamiento en el diseño* se explica el método usado, el cual parte de una revisión sistemática que orienta posteriormente a una revisión panorámica o *Scoping review* para determinar los componentes nucleares de los GAMJ. Lo anterior, para ser aplicado en las diferentes fases del diseño mixto contextual, que pretende evaluar características de implementación (clima de implementación, barreras, facilitadores y los mismos componentes nucleares), en los GAMJ encontrados a nivel nacional y en los referentes territoriales de salud mental.

En el capítulo IV, *Resistencia al control y a la aleatorización*, se describen a profundidad los hallazgos de las revisiones de literatura, las cuales buscaron identificar los componentes nucleares asociados a los beneficios de los grupos de ayuda mutua en salud mental. Dichos

componentes se categorizan en agencia activa estrategias de afrontamiento, reconocimiento y gestión de emociones, resolución de problemas, interacción de apoyo, confianza, construcción de identidad y redes sociales. Además, se relacionan con beneficios encontrados de los GAMJ, como mejoría en la calidad de vida, Esperanza, Habilidades para la vida, Funcionamiento social y Aprendizaje en Salud.

Una vez definidos estos componentes y su relación con los beneficios de los GAMJ, en el Capítulo V, denominado *Políticas de Salud Mental en Colombia: Aún una propuesta*, se determinan algunas características de la implementación de la Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental y de la Política Nacional de Salud Mental, en especial de los GAMJ en Colombia. Acá se analizan las barreras y facilitadores de implementación, el clima de implementación de los GAMJ y la presencia de los componentes nucleares evaluados previamente. Para esto, se toman dos muestras, una constituida por los referentes nacionales de salud mental, profesionales que lideran los procesos administrativos a nivel departamental o distrital; y otra conformada por los líderes de los grupos registrados en el Ministerio de Salud de Colombia o en las asociaciones científicas de salud. Se reafirma en este capítulo la hipótesis planteada sobre los problemas de implementación que tiene esta estrategia a nivel nacional y se ahonda en posibles causas y soluciones, que podrían impactar en la Política Pública de Salud Mental, especialmente en jóvenes.

Posteriormente, en el Capítulo VI, *El GAMJ como terreno para el agenciamiento de los posibles*, se pretende interpretar el proceso mediante el cual se da el *Acontecimiento* en jóvenes con problemas o trastornos mentales que pertenecen a grupos de ayuda mutua. De igual forma, se busca un diálogo entre los elementos de la política pública, tanto teóricos como de implementación, y una ontología social, donde se propone esta última como elemento clave para

comprender mejor en enfermar y en recuperarse de las personas, además como herramienta para reducir el estigma y mejorar la capacidad de agencia que las enfermedades mentales tienden a reducir. Lo anterior, se aborda a través de temas como Insatisfacción con el tratamiento tradicional, Conocimiento en salud mental para la búsqueda de ayuda, Componentes nucleares de los GAMJ a nivel ontológico, Agenciamiento, El grupo como opción de salud y Acontecimiento.

En el capítulo siguiente, se busca proponer un enfoque complementario a la implementación de las políticas públicas en salud mental. Más allá de un enfoque de arriba hacia abajo, como forma de lograr y fortalecer los enfoques de abajo hacia arriba, se propone un enfoque denominado de adentro hacia arriba. En el capítulo VII, *Enfoque para las políticas públicas de adentro hacia arriba: Integración metodológica*, se pretende realizar una integración metodológica.

Finalmente, se propone la figura del *el GAMJ como solución ética a un problema público*, con una dinámica concatenada, constante, aunque no lineal, más bien vertical, en el sentido que apoya a la reconfiguración, al replanteamiento y al rediseño, de situaciones o estrategias que no han servido del todo.

Como lo ha propuesto esta investigación, la implementación en investigación se centra en pasar de la investigación a la práctica (Bhattacharyya et al., 2009), y en el desarrollo de métodos para garantizar que las estrategias y los programas basados en la evidencia sean efectivamente trasladados y usados en el mundo real (Curran et al., 2012). Estas prácticas, estos métodos y estos traslados de las prácticas basadas en evidencia, no se logran sin antes haber pasado por las personas. Este paso consiste, más allá de una adaptación de las personas a estos elementos, en una apropiación de las estrategias, lo que implica su análisis, su aceptación, su modificación y su puesta en marcha, o incluso la descalificación de la práctica como propuesta para mejorar la

salud, y esta puesta en marcha, en el caso de la salud mental juvenil, como lo mencionan en las entrevistas, debe surgir del *ser* y sus entornos.

Las personas tienen la necesidad de algo que no hallan en sus entornos, incluso en el entorno familiar, relaciones reales e íntimas, en las que sentimientos y emociones pueden expresarse en forma espontánea, sin estigma ni contención; en las que sea posible compartir experiencias profundas, desencantos y alegrías; en las que pueda correrse el riesgo de probar nuevas formas de conducta; en una palabra, en las que la persona se aproxime al estado en que todo se conoce y acepta, siendo así más factible un mayor reconocimiento de sí mismo, de sus potencialidades y, con esto, de un mayor desarrollo. Al parecer, este es el vehemente deseo que el individuo espera satisfacer mediante sus experiencias en un grupo Rogers (1973). En un GAM, se cumple la prescripción de Píndaro y Nietzsche, unos de los autores precedentes al *Acontecimiento*: cada uno y cada una llegar a ser quien es.

La propuesta final de la presente investigación consiste en mostrar las Políticas Públicas desde una ontología social y pluralista, desde donde pueden aportar mejor a la salud mental de la juventud y a la implementación de programas o estrategias de salud, al reconocer que la noción de acontecimiento está compuesta no sólo con fenómenos macrosociales, sino también con prácticas políticas microsociales, como las dadas en un GAMJ, donde el acompañamiento de los problemas mentales se convierte en la transformación del vacío en el espacio propicio para agenciar juntos nuevos posibles y recuperar la voz, la agencia, las capacidades, las funciones y la libertad.

CAPÍTULO I

La Urgencia De Decir Nosotros

Situación De La Salud Mental Juvenil Colombia

Entre el 10% y el 20% de los jóvenes viven con trastornos mentales, y el 50% de todas las personas que desarrollan trastornos mentales tienen sus primeros síntomas a la edad de 14 años y el 75% han tenido sus primeros síntomas a mediados de los 20 años (Kessler et al., 2007). Estos primeros síntomas a la edad de 14 años o más si se dejan sin tratamiento o se pierden, influirán seriamente en el desarrollo del niño/adolescente, sus logros educativos y su potencial para vivir vidas plenas, productivas y saludables. En esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud afirma que los jóvenes de todo el mundo comparten algunas enfermedades y lesiones comunes (OPS, 2018).

A nivel mundial los accidentes de tránsito, los intentos de suicidio o suicidio, la anemia por deficiencia de hierro y los trastornos depresivos representan alta morbi/mortalidad a nivel mundial. Dentro de estas la que más se asocia con mayor morbilidad entre los adolescentes de 15 a 19 años es la depresiónn, y el suicidio representa una de las tres primeras causas de mortalidad en la población de 15 a 35 años (OPS, 2018). 71.000 jóvenes se suicidan cada año y aproximadamente una cifra 40 veces superior han tenido un intento de suicidio (OMS, 2019).

Según datos de la última Encuesta de Salud Mental en Colombia – ENSM – (2016), el 31% de los escolares y el 13.4% de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física, el 69.9% y el 76.6% respectivamente, tiene tiempo excesivo frente las pantallas, sólo el 18.9% de los hombres y el 9.2% de las mujeres dedican tiempo libre a actividades culturales, deportivas o sus aficiones; y el 30% de los preescolares hombres y el 20% de los escolares mujeres tienen acceso a juego activo; y encontró que la escala SRQ (Self Reporting Questionnaire), que evalúa problemas de salud mental, fue positiva para algún trastorno mental

en 11.2% de los hombres y en 13.2% de las mujeres, en muchos casos con presencia de varios síntomas, encontrando especialmente depresión, ansiedad y síntomas sugestivos de psicosis.

En cuanto al suicidio se encontró una proporción de ideación suicida total de 7.4% en mujeres y 5.7% en hombres; para plan suicida los datos fueron 2.5% en mujeres y 1% en hombres; y para el intento de suicidio la prevalencia fue de 2.9% en mujeres y 2.1% en hombres; el 48.5% de los suicidios ocurrieron en individuos de 15 a 24 años (Gomez-Restrepo et al., 2016).

El anterior, era el contexto de salud mental cuando Colombia enfrentó la pandemia de COVID-19, un evento significativamente estresante para la mayoría de las personas. Si bien la población colombiana ha afrontado situaciones trágicas e históricamente ha logrado superar diversas condiciones adversas, nunca ha existido una situación global que afectara profunda y masivamente la vida cotidiana a nivel social. Los eventos críticos pueden desencadenar una creciente incertidumbre sobre el futuro (CDC, 2020; Norris, 2005).

A lo largo de la historia, el distanciamiento social ha ayudado a limitar los contagios para hacer frente a las pandemias. Sin embargo, la separación de los seres queridos, la restricción de libertades, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento pueden producir efectos dramáticos e incluso traer consecuencias negativas como suicidio, agresividad, situaciones violentas y demandas judiciales, descritos en cuarentenas por brotes anteriores (Hurémovic, 2019; Liu et al., 2003; Luyt et al., 2012; Maunder, 2009; Norris, 2005). Los beneficios potenciales de la cuarentena masiva obligatoria deben sopesarse cuidadosamente frente a los posibles costos psicológicos por lo que su uso exitoso como estrategia de salud pública requiere reducir los efectos adversos asociados (Brooks et al., 2020).

Eventos estresantes con características adversas como este, tienen un impacto notable en la salud mental; las personas realizan un esfuerzo cognitivo y conductual para afrontar en forma decidida las circunstancias percibidas como amenazantes, ya sea para reducir la respuesta emocional provocada por el evento estresante o para modificar la evaluación de la situación (Lazarus & Folkman, 1986). Los síntomas experimentados comprenden un amplio espectro. La categoría más leve corresponde a reacciones típicas de estrés, dificultades en el manejo de emociones y relaciones, y alteración de hábitos y conductas. Los niveles graves y complejos incluyen ideación y comportamiento suicida, episodios de pánico, depresión y ansiedad, comportamientos violentos y exacerbación de trastornos preexistentes (Douglas et al., 2009; Hurémovic, 2019; Jung et al., 2020; Maunder, 2009)

En un estudio realizado por Minsalud (2022b) durante la pandemia, se encontró 30.1% de participantes presentó algún riesgo en salud mental, y el grupo de edad más extenso fue el de 30 a 44 años, que representó 43.4% del total. Por otro lado, 13% de participantes mostró algún grado de riesgo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, y 5.3% por exposición a la violencia. Cabe destacar los riesgos concurrentes, representados por 7.33% de participantes con dos o más componentes de riesgo, convergiendo en las siguientes proporciones: 1.21% para salud mental, consumo de sustancias y exposición a violencia, 5.91% para salud mental y consumo de sustancias, y .21 % de uso de sustancias y exposición a violencia (Minsalud, 2022).

En relación con los riesgos de salud mental, llama la atención la alta proporción de personas que, de acuerdo con los resultados del SRQ, presentan un número importante de síntomas de ansiedad o depresión. Mientras que en la última ENSM la mayor proporción de personas no presentaba ningún síntoma (Ningún síntoma de ansiedad: 49.2%), en la investigación realizada por el Ministerio de Salud en la pandemia, se observó que la mayor

proporción de personas (52.87%) presenta tres o más síntomas de ansiedad, y 29.13% de las personas presentan cuatro o más síntomas de depresión, en contraposición a un 10.2% de personas en este mismo rango de síntomas en la ENSM (Gómez-Restrepo et al., 2016). Lo anterior permite evidenciar el impacto del fenómeno pandemia como probable factor facilitador de malestar emocional en la población participante.

Durante la pandemia del COVID-19 los problemas de ansiedad se vieron intensificados producto de la exposición a nuevos factores de riesgo como las barreras de acceso a la educación, las dificultades económicas, la pérdida de interacciones sociales con pares, la disminución de la de actividad física y el ocio, así como también el aumento de la violencia intrafamiliar (Palacio-Ortiz et al., 2020). Un metaanálisis que revisó 29 estudios que incluyeron un total de 80879 participantes encontró que la prevalencia global de trastornos ansiosos en jóvenes durante la pandemia encontró fue del 20.5 % (IC95%= 17.2 %-24.4%) (Racine et al., 2021).

En cuanto al impacto de la salud mental en niños, niñas y adolescentes, las revisiones de los efectos de las cuarentenas, no tan prologadas en el espacio y el tiempo, sugieren que el impacto psicológico es amplio, sustancial y puede ser duradero, por meses y años, en niños, niñas y adolescentes. Un estudio en Chile encontró que el 35.4% de los adolescentes experimentó emociones ansiosas asociadas a la preocupación, la soledad y el miedo durante el confinamiento (Larraguibel et al., 2021), incidencia mayor a la encontrada en adultos latinoamericanos, entre quienes un estudio en siete países estimó la prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada en un 25.5% (Vivanco-Vidal et al., 2021).

En Colombia, un estudio describe el impacto en los jóvenes debido a la cuarentena por la pandemia teniendo en cuenta el aislamiento social al que se han visto expuestos, encierro en las

casas, alteración de la rutina diaria, inactividad, emociones de miedo, angustia, tristeza.

Encontraron entonces alteraciones en el sueño, sentirse agitado, pérdida de apetito, sentimientos de irritabilidad o enojo (Atencio et al., 2021).

Algunos de los hechos estresores que han vivido los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y que han llevado a exacerbar los problemas y trastornos mentales, son (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD-, 2021):

- Desescolarización. Para millones de niños y adolescentes en Colombia, la escuela es lo único que los separa entre el hambre y la comida, entre la violencia y un lugar seguro; entre la tristeza y la recreación, y el encuentro con pares.
- Falta de alimentos y recursos básicos, incluyendo agua, energía.
- Falta de información clara sobre el Covid-19, la atención en salud, las rutas de apoyo y el ejercicio de los derechos humanos (libertades fundamentales vs protección) y la vida en sociedad.
- Falta de recursos para seguir protocolos: tapabocas, desinfectantes, jabones.
- Violencia en el hogar: entre padres, en su contra, entre otros habitantes de la casa.
- Viviendas con hacinamiento, poca ventilación, humedad, convivencia con fumadores, estufas de leña al interior de las casas.
- Mínimos espacios para el juego y la recreación.
- Exceso o mínimo acceso a nuevas tecnologías.
- Algunos de los hechos estresores post cuarentena y durante la pandemia
- Adaptación a la ‘nueva normalidad’.
- Situación financiera de los padres o cuidadores.
- Duelos por pérdidas humanas cercanas: familia, amigos, vecinos.

- Culpa, dolor, miedo, por no haber participado de manera tan activa en las medidas de cuidado solicitadas.
- Miedo del contacto con los otros.
- Falta de información clara sobre el ejercicio de los derechos en el contexto de la pandemia: atención en salud, rutas de apoyo, seguridad alimentaria, entre otros.
- Falta de recursos para seguir protocolos: tapabocas, desinfectantes, jabones.
- Dificultad para expresar emociones y para que estas sean contenidas por los cuidadores principales, los cuales, a menudo, también presentan manifestaciones emocionales adaptativas.

A nivel local, un estudio realizado por Agudelo et al. (2023) que determinó síntomas depresivos y ansiosos en jóvenes universitarios, encontró que el síntoma más frecuente fue “sentirse nervioso, tenso o aburrido”. El 47.2% de los estudiantes reportó por lo menos la presencia de 4 síntomas que sugerían depresión o ansiedad y que 12% respondió de forma afirmativa a la pregunta ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida? Además, encontró que la exposición a maltrato en la infancia fue reportado en un 42.5% y que este presentó una relación estadísticamente significativa con los síntomas afectivos durante la pandemia.

Los hallazgos mencionados previamente son consistentes con lo reportado hasta ahora por la literatura con respecto al impacto de la pandemia en las personas, familias y comunidades, la cual se ha relacionado con un amplio espectro de problemas y trastornos mentales que van desde confusión e ira, frustración, aburrimiento, reacciones emocionales como rabia o irritabilidad; hasta depresión, trastornos de ansiedad, trastornos asociados a trauma, delirium, agitación psicomotora y conducta suicida (Hurémovic, 2019; Rheingold, 2020). Lo anterior, en cuanto al Covid-19, se ve reforzado tanto en su origen como en su presentación por aspectos

sociales como la concentración de poder; la violencia en todas sus formas, política, criminal y social; y los elementos de diseño de los sistemas de protección social y de los marcos regulatorios de los mercados laborales que introducen distorsiones a la economía, además de la ineffectividad de la gobernanza en cada contexto (PNUD, 2021).

Las condiciones enunciadas previamente hicieron que las intervenciones comunitarias para la salud mental se vieran afectadas en todo el país. Si bien, sus indicaciones inician en el 2016 y tratan de difundirse con la Política Nacional de Salud Mental desde el 2019, en 2020 y 2021 se esperaba que fuera un periodo donde se comprendiera y se impulsaran los grupos de ayuda mutua y de apoyo como herramienta para la recuperación de la salud mental. Sin embargo, las condiciones mencionadas que se relacionaron con la pandemia por COVID-19, como el aislamiento y el confinamiento, hizo que no se diera su implementación.

Las anteriores cifras deben abordarse a la luz de los contextos sociales que, a su vez, son determinados por las políticas, resoluciones y leyes relacionadas con la salud mental. Como menciona Barba (2004), los países de la región no sólo enfrentan hoy serios retos en términos de pobreza y exclusión social, sino crecientes problemas de desempleo, subempleo, informalidad, desigualdad social y de género, e inseguridad ciudadana (Barba, 2004), lo cual tiende a abordarse en la Política Pública nacional con el eje de la inclusión social y la RBC en salud mental, de la cual los grupos de ayuda mutua es una estrategia principal.

No sólo a nivel de Colombia, sino en América del Sur, se encuentran mayores proporciones de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes en jóvenes. La inversión relativamente pequeña asignada (menos del 1% del presupuesto nacional de salud en la mayoría de estos países), el 20% se gastó principalmente en hospitales psiquiátricos: grandes instituciones independientes separadas de la comunidad, muchas de las cuales se construyeron hace décadas,

en lugar de financiar servicios comunitarios de salud mental (OMS, 2018). Por lo tanto, la financiación asignada para la atención orientada a la comunidad (donde funcionan los GAM) y centrada en las personas, con un enfoque en la integración en las plataformas de atención médica social y de rutina, fue insignificante (Patel et al., 2018).

Posibilidades de papel

Interesa en la presente investigación analizar los Grupos de Ayuda Mutua Juvenil (GAMJ), su concepción, implementación y su funcionamiento interno, como parte de la Rehabilitación Basada en la Comunidad –RBC– en salud mental, una de las estrategias principales de la Política Pública de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), e incorporados desde la Ley 1616 de 2013 en Colombia. Lo anterior, se realiza a la luz de las Ciencias de la Implementación y de las Políticas del Acontecimiento.

Es así como se plantean como hipótesis que existen problemas en la implementación de los GAMJ para la salud mental propuestos en la Política Nacional de Salud Mental en Colombia. Entre estos se proponen falta de componentes nucleares en las recomendaciones de los grupos, ausencia de estrategias de diseminación, desconocimiento de las barreras a nivel nacional y local, además de una poca aplicación de algunos componentes relacionados con la efectividad de esta estrategia. De igual forma, se presume que la comprensión de los GAMJ para mejorar la salud mental de los jóvenes puede llevarse a cabo a través de una ontología pluralista dada por el Acontecimiento, lo cual deviene acción política.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2018) define las acciones grupales comunitarias

Como parte del proceso de reglamentación de la Ley 1616 de 2013 (principalmente el Artículo 13: Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental) y en el marco de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS– el Ministerio de Salud y Protección Social, ha incorporado el trabajo con grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua como parte de las intervenciones del componente de salud mental en los lineamientos para la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y en la Ruta Integral de Atención en Salud a Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia. (p. 5)

En las *Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua*

(Minsalud, 2018), se describen los Grupos de Ayuda Mutua – GAM – como:

Funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando en mayor medida el potencial y los recursos de carácter informal procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros. Integran personas en situaciones de crisis o problemas específicos y también a otras que se relacionen con estos, por lo que muchas veces derivan en organizaciones sociales que incluso consiguen movilizar recursos institucionales para mejorar la calidad de vida de sus miembros. (p.15).

Los GAM son grupos con un enfoque de atención social o de salud donde las personas con un problema o experiencia compartida se reúnen para brindarse apoyo mutuo (Elsdon et al. 2000). El bienestar mental es una contribución importante de los GAM, sin embargo los miembros de los GAM tienen dentro de sus objetivos favorecer intereses más amplios como como la educación, el emprendimiento, la ciudadanía e incluso la acción política las campañas

(Seebohm et al. 2013). Los Grupos de Apoyo se distinguen de los GAMJ porque son orientados por profesionales con experiencia, conocimiento y reciprocidad entre pares, lo que permite a los miembros dar y recibir apoyo holístico y empático (Munn-Giddings & McVicar 2006). La reciprocidad reemplaza o complementa la dependencia de la atención profesional. Se ha evidenciado una serie de beneficios en salud mental al pertenecer a un grupo, dentro de los cuales la literatura descarta la posibilidad de exteriorizar emociones, realizar un análisis más objetivo de la realidad, mejorar la toma de decisiones mediante, recuperar la esperanza, apertura a diferentes formas de pensamiento, fomentar la solidaridad y el apoyo mutuo, desarrollar pertenencia, usar el poder colectivo y disfrutar actividades sociales (OPS, 2002).

Los GAM se establecen como lugares donde se fortalece la agencia de las personas y de las comunidades. Se busca complementar con estas estrategias comunitarias las medidas estandarizadas de recuperación clínica como la comprensión de factores psicosociales y problemas sociopolíticos más amplios de identidad, ciudadanía, bienestar y empoderamiento, que a su vez constituyen la esencia de estos grupos (Zoller, 2005).

En estos se hace hincapié a un conflicto que sobrepasa la presencia de síntomas, la configuración del diagnóstico, se resalta cuestiones relacionadas con la existencia, en palabras de Yalom (2010), “de un conflicto que emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de la existencia.” (p. 27). Estos aspectos para el autor tienen que ver con la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital. Aspectos que se describen, en gran parte, en los componentes nucleares encontrados en la literatura, aunque sin sistematización.

Como base de estos grupos podríamos ubicarnos en la psicología humanística, existencial y basada en el construccionismo. La psicología humanística se interesa por las potencialidades humanas, como el amor, la creatividad, el organismo, la gratificación de las necesidades básicas,

los valores más altos, el ser, la espontaneidad, el juego, el humor, el afecto, la naturalidad, el calor, la trascendencia del yo, la objetividad, la autonomía, la responsabilidad, el significado, la experiencia trascendental, la salud psicológica, la ausencia de suficiente descubrimiento humano, de sufrimiento social (Yalom, 2002).

Yalom (2010), cita a James Bugental, presidente Asociación Americana de Psicología Humanística (a la que pertenecían también Rollo May, Abraham Maslow, Carl Rogers, Aldous Huxley, entre otros), con cinco postulados de dicha asociación:

- El hombre, en cuanto a tal, sobrepasa la suma de sus partes (esto es, que el hombre no puede explicarse simplemente a partir del estudio científico de sus funciones parciales cierre paréntesis .
- El hombre es un ser dentro de un contexto humano (es decir que el hombre no puede entenderse estudiando simplemente sus funciones parciales y dejando de lado su experiencia interpersonal).
- El hombre tiene una conciencia (y no puede explicarse psicológicamente por una teoría que no reconozca el curso continuo de la autoconciencia humana, formada por sus distintas capas).
- El hombre tiene una capacidad de elección (no es un espectador de su propia existencia, sino que crea sus propias experiencias).
- El hombre tiene una intencionalidad (tiende hacia el futuro; tiene un propósito unos valores y un significado). (p. 36).

Dichas concepciones tienen sus bases en posturas más fenomenológicas que conductualistas o psicoanalistas. Estas dos últimas vertientes fueron la base de gran parte de las estrategias con las que se cuenta hoy en salud mental. En este sentido, la substancia de las

personas, como dice Heidegger, no es la síntesis del alma y el cuerpo sino más bien es la existencia. Con “ser en el mundo” no se entiende cómo actuar en un lugar estudiado por la física, con causas y efectos constantes, sino a un mundo de la vida, donde la persona, más que estar puesta allí, está dedicada a algo, participa del mundo.

Es así como el conocimiento de uno mismo no se alcanza buscando lo que el psicoanálisis había descrito como el “yo”, sino vislumbrándose a sí mismo en los cambios continuos de la vida. En este punto, como menciona Heidegger, somos entregados a nosotros mismos, a la tarea de vivir: el Dasein es clasificado como acontecimiento o suceso de una vida como un total, “entre el nacimiento y la muerte” (Calhoun & Salomón, 1989). Con estas bases, los GAM surgen también de una psicología que reconoce una relación recíproca entre nuestra agencia propositiva y los contextos prácticos en que nos encontramos.

Las anteriores reflexiones y teorías consolidan un cambio en la percepción de los modelos de atención en salud mental. En 2005, los Principios de Brasilia, que reiteran la validez de la Declaración de Caracas de 1991, en relación a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales, enfatiza la necesidad de establecer servicios comunitarios, entre esos, los grupos de ayuda mutua, que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren la provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales, la participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental, y la concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población (Organización Mundial de la Salud – OMS-, 2010).

En 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que vincula jurídicamente a las personas con impedimentos psicosociales, e incluye las barreras sociales como factor diferencial entre limitación y discapacidad en un individuo; y plantea el derecho de una participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás, por lo que invita a los estados a garantizar derechos económicos, sociales y culturales (United Nations General Assembly, 2006).

Un año después, la Comisión de Lancet (2007) revisó a fondo la salud mental en países de ingresos bajos y medianos, la carga de los trastornos mentales, los recursos disponibles, las brechas de atención en salud mental, los tratamientos con mayor evidencia científica y las dificultades en los sistemas de salud (Lancet Global Mental Health Group, 2007). Esta comisión se actualizó en el 2018, donde se señala que las enfermedades mentales causan más años de vida con discapacidad (32.4%) que cualquier otra condición de salud y 13% de años de vida ajustados por discapacidad, además menciona que las personas que viven con enfermedades mentales también tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud física, menos probabilidades de recibir atención médica de calidad y de adherir al tratamiento, lo que da como resultado resultados de salud física más deficientes, incluida una mayor mortalidad prematura (Patel et al., 2018).

La Comisión de Lancet, se soporta en la obra de Amartya Sen, Desarrollo y Libertad (Sen, 2000), quien afirma que el desarrollo solo puede lograrse cuando las personas tienen libertades reales en sus contextos sociales. Según esta opinión, tener acceso práctico a las cosas que una persona valora conducirá a un mayor bienestar (una buena vida). Pero la exposición a adversidades sociales o económicas graves socava las capacidades fundamentales de salud

mental que hacen posible la verdadera libertad. Además, el bienestar está restringido para las personas con trastornos mentales por un sistema que tiende a discriminarlos, como contextos sociales subyacen en gran parte a sus angustias, afectados además por las desigualdades estructurales que tienen un efecto negativo en la salud mental (Patel et al., 2018), desigualdades que, aparte de aumentar el riesgo de problemas o trastornos mentales, se asocian con la dificultad para constituir estrategias de recuperación que, aparte de reducir síntomas, mejoren las condiciones de vida. Al respecto de las intervenciones en salud mental, este documento menciona como *aspectos de la atención de la salud mental que son pioneros en el conjunto de la atención de la salud* (Patel et al., 2018):

- La reconfiguración de la atención fuera de los hospitales y en entornos comunitarios.
- Un compromiso de involucrar a los pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios.
- Proporcionar aspectos de intervenciones sociales junto con tratamientos psicológicos y farmacológicos adaptados a las necesidades de un individuo específico (el sello distintivo de la atención centrada en la persona) a través de equipos multidisciplinares.
- Un enfoque en la comorbilidad y la multimorbilidad en condiciones mentales y físicas a largo plazo. (p. 11).

Además, se insiste en la búsqueda de espacios donde se promuevan las competencias sociales y emocionales, además de fortalecer acciones comunitarias de forma paralela al sistema de salud, donde se aumentan las oportunidades de empleo, de inclusión social, se reduzca el estigma, enmarcando las acciones en la Rehabilitación Basada en la Comunidad (Patel et al., 2018; Thornicroft & Tansella, 2013).

En este sentido, la Comisión de Lancet sugiere la necesidad de incorporar en estas acciones comunitarias, dentro de las que se incluyen los GAM, creencias locales para combinar componentes de construcción de habilidades psicológicas con elementos de trabajo social, además de mejorar la aceptabilidad de las estrategias a las comunitarias, con personas de la misma comunidad que cuenten con las competencias necesarias para acompañar los procesos, seguido de un acompañamiento estructurado para garantizar la calidad. Así, los entornos propuestos deben ser los comunitarios, con intervenciones escalonadas, lo que implica fortalecer las capacidades de las personas en primer lugar, desde sus contextos, y, en segundo lugar, acompañarlos desde el sistema de salud para promover el bienestar, permitir que las personas con problemas mentales se sientan menos solos y encuentren apoyo de otros con experiencias compartidas (Patel et al., 2018; Singla et al., 2017).

La formación de GAM se ha convertido en un componente importante de los programas de salud mental operados por organizaciones no gubernamentales en países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, ha habido relativamente poca investigación sobre el tema en estos entornos (Cohen et al., 2012). BasicNeeds, una organización que ha trabajado en India, Sri Lanka, Ghana, Uganda, Tanzania, Kenia, Nepal, Vietnam y la República Democrática Popular Laos, busca implementar un enfoque de desarrollo social y económico para la atención de la salud mental. No hay instalaciones psiquiátricas ni psiquiatras en las regiones. BasicNeeds no proporciona ningún servicio de tratamiento. Más bien, facilita el acceso a lo que ofrecen los Servicios de Salud de Ghana, trabaja empoderando a las personas para que aboguen en su propio nombre, y ayuda con el desarrollo económico de las personas afectadas por las consecuencias de los trastornos mentales y la epilepsia. El programa busca alcanzar estos objetivos a través de actividades que incluyen: la financiación de visitas regulares de psiquiatras a las tres regiones del

norte, el apoyo al trabajo de las enfermeras psiquiátricas comunitarias, la provisión de programas de capacitación para el personal de salud, el trabajo con las organizaciones locales que organizan y apoyan los GAM, y la operación de un programa de préstamos que proporciona crédito a los usuarios del servicio y cuidadores (Cohen et al., 2012).

El principio básico se basa en lograr las recuperaciones a largo plazo solo a través de programas que abordan los múltiples desafíos (por ejemplo, clínicos, sociales y económicos) a los que se enfrentan las personas con trastornos mentales y epilepsia; esta estrategia se conoce como Modelo de Salud Mental (BasicNeeds, 2022).

Un ejemplo de lo anterior, proviene del trabajo de Chatterjee et al. (2003) en las zonas rurales de la India, en donde además las políticas públicas han respaldado el desarrollo de estos procesos (Cohen et al., 2012). Durante un seguimiento de cuatro años de una cohorte de personas con trastornos mentales graves, la participación en los GAM fue un predictor independiente de la mejora del funcionamiento social, por ejemplo, votar, asistir a festivales y trabajar (Chatterjee et al., 2003). En este mismo país, incluso se han tomado los GAM para aumentar el papel de las mujeres en la toma de decisiones puede reducir la brecha salarial, mejorar indicadores de salud infantil y femenina, además de fortalecer el papel de la mujer en la toma de decisiones sobre el campo y las comunidades (Raghunathan et al., 2019).

Estas estrategias se han implementado en múltiples lugares. En Uruguay se cuenta con la Ley de Salud Mental, de la cual las autoridades de ese país refieren (OPS, 2019):

Fue una ley muy trabajada, con fuerte participación de todos los actores, de múltiples organizaciones de la sociedad civil, familiares, el Instituto Nacional de Derechos

Humanos, de la academia en sus distintas expresiones, tanto psiquiatría como psicología,

la Facultad de Enfermería, la de Ciencias Sociales, más de 30 organizaciones participaron. (p.12).

Dicha Ley (19.529 de 2017) buscó aumentar los servicios comunitarios y reducir la institucionalización de las personas, enfatizando la sostenibilidad de esta estrategia en la participación de múltiples actores.

El sistema de Rehabilitación Basada en la Comunidad de Perú, se basa en los Centros de Salud Mental Comunitaria, los cuales brindan servicios de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia, servicios de prevención y control de adicciones, servicio de farmacia, y a su vez servicios de participación social y comunitaria. Estos Centros Comunitarios (Gobierno de Perú, 2022):

Fomentan la participación como persona de manera individual, grupal o como integrante de una comunidad u organización a la que perteneces dentro del mismo territorio donde se encuentra ubicado el Centro de Salud Mental Comunitario. Esto permite mayor participación en las actividades de prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental de tu propia comunidad. Este servicio articula con otras instituciones las necesidades de las personas, familias y comunidad. (p.3).

Para Colombia, no se podría la implementación de estos centros por la reglamentación actual de habilitación para los centros de salud (Resolución 3100 de 2019, Ministerio de Salud y Protección Social). La respuesta a dichos cambios en la concepción de la salud mental tardó en sincronizarse con la evidencia científica. En la Constitución de 1991 se dispuso que la salud es un servicio público al que toda la población tiene derecho (República de Colombia, 1991). Al ser

considerada como derecho fundamental, el Estado debe asegurar que se preste el servicio y el acceso de todos los colombianos, independiente de su capacidad de pago, aunque es responsabilidad de cada uno de los ciudadanos proveerse su propio bienestar.

Como se había mencionado, en 1991 se dio la Declaración de Caracas, que propuso aumentar la desinstitucionalización de las personas con problemas mentales y aumentar los servicios comunitarios. Dos años después, para garantizar una mejor calidad y mayor cobertura del servicio, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, se expidió la Ley 100 de 1993 que regula la Seguridad Social. Con esta ley se hizo una transformación de nivel administrativo y financiero, reflejado en la descentralización, la privatización, la autonomía de las entidades y la participación ciudadana. Uno de los principales objetivos de esta ley fue regular el Sistema de Salud, crear condiciones de acceso a este y garantizar que se preste un servicio de calidad (Jaramillo, 1999). La Ley 100 de 1993 de Seguridad Social Integral de Colombia señala los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad (Congreso de la República de Colombia, 1993), sin embargo, presenta una limitación en la prestación de los servicios y pocos recursos destinados directamente a los programas de salud mental (Jaramillo, 1999).

La Ley 100 privilegia el manejo de las crisis, sin seguimiento, en personas con recursos económicos escasos, mostrando falta de apoyo a las familias y continuidad en el tratamiento (Arango-Dávila et al., 2008). Como se había mencionado, resulta paradójico, pues dicha ley se da dos años después de la Declaración de Caracas, la cual insiste en los procesos comunitarios y en la desinstitucionalización de las personas con problemas o trastornos mentales, enfocando el esfuerzo en servicios comunitarios, entre estos, la conformación de GAM.

Posteriormente, la Ley 1616 (Congreso de la República, 2013), dada en el marco de la reforma de la salud del 2013, garantiza el derecho a la salud mental de los colombianos y busca la disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud mental; ajusta el plan de beneficios con nuevas tecnologías en salud mental, tanto en medicamentos como en los servicios de internación total o parcial, psicoterapia ambulatoria, individual, grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología. Este Plan de Beneficios en Salud, en 2019, y con la Resolución 2292 de 2021 (Minsalud, 2022a), que incluyó, a nivel de salud mental, regulación del precio de algunos medicamentos y aumento de las sesiones psicoterapéuticas, además de intervenciones comunitarias para la salud mental, como la conformación de grupos de apoyo y de GAM.

Cabe mencionar en este punto la Ley Estatutaria de 1715 (Congreso de la República, 2015), la cual tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud. En esta se especifica la formulación y adoptabilidad de políticas de salud enfocadas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, como función del estado, y mediante la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema; también se hace énfasis en políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; además plantea en el Artículo 12, el derecho fundamental a de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que afectan, y esto incluye desde la formulación de políticas, hasta su implementación, pasando por su participación en los programas de promoción, de prevención y de recuperación multisectorial, además en la veeduría y seguimiento del sistema.

Posteriormente, en octubre de 2018 y en enero de 2019, surgen las Resoluciones 4886 (Minsalud, 2018) y 089 (Minsalud, 2019), respectivamente. Plantean como fundamento el

enfoque promocional de calidad de vida con estrategias y principios de la Atención Primaria en Salud, además de tener un énfasis en niñez y juventud, mediante promoción y prevención del trastorno mental, en especial por el artículo 49 de la Constitución Política. Como mencionan ambas resoluciones, estas cuentan con un marco estratégico y operacional en MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud), coordinada en acciones de cada integrante del sistema, y debe ser implementada bajo un enfoque de derechos, multisectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes.

Las anteriores políticas públicas plantean cinco ejes de acción, a saber:

- Eje 1: Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos.
- Eje 2: Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos.
- Eje 3: Atención integral de los trastornos.
- Eje 4: Rehabilitación integral e inclusión social: en este se incluyen la RBC en salud mental, con los grupos de ayuda mutua como una de sus estrategias principales.
- Eje 5: Gestión intersectorial.

Con respecto al Eje 4, la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), en su cuarto eje estratégico menciona la Rehabilitación Integral e Inclusión Social como (Minsalud, 2018):

Proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima en los aspectos funcionales físicos, psicológicos, educativos, sociales, y ocupacionales, con el fin de lograr equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Incluye la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud local.

La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia. Implica de esta manera, la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación. (p. 21).

E incluye en su estrategia:

Ampliar la cobertura y cualificar la implementación de la Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, a través de la conformación de grupos de apoyo y ayuda mutua y del fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política. (p. 32).

Más recientemente, el CONPES 3992 de 2020, Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia, se constituye en herramienta operativa para la implementación intersectorial de estas dos políticas en el nivel nacional. Como parte de las acciones orientadas al logro de su objetivo específico 3: “Mejorar la atención en salud mental y la inclusión social para disminuir el número de personas con problemas o trastornos mentales, con consumo o abuso de SPA y víctimas de violencias”, se incluyó la acción 3.4: Diseñar una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad para la implementación de procesos intersectoriales de inclusión social de las personas con trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas, sus

familias y cuidadores. Esta estrategia se hará en el marco del Comité Técnico Interinstitucional para la salud mental, y buscará la inclusión de la comunidad en procesos de rehabilitación e inclusión social según recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud.

Es así como la Política Nacional de Salud Mental, se plantea como metas de implementación en los territorios trastorno (Minsalud, 2018):

Aumentar el 10% de resiliencia en la población general, aumentar 50% la proporción de involucramiento parental en niños, niñas y adolescentes; disminuir la tasa de violencia interpersonal, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4.7 por 100 000 habitantes y aumentar la frecuencia de uso de servicios de salud mental en 5% según trastorno. (p. 34):

En Colombia dichos indicadores no se han logrado. Esto se traduce en un aumento de las tasas de conducta suicida y de consumo de sustancias psicoactivas, como se evidencia en la tabla 1 y se abordará a continuación. De igual forma, los planes, programas y políticas tienen problemas de implementación, especialmente de aquellos propuestos en el Eje cuatro (RBC en Salud Mental), que concierne especialmente a este análisis y donde los GAM son parte fundamental del manejo de los problemas y trastornos mentales en las políticas públicas relacionadas, según la evidencia presentada y los elementos de política pública descritos.

Problemas De Implementación En Las Acciones Comunitarias Para La Salud Mental

Se ha podido reflejar que, en los países de bajos y medianos ingresos, entre 75–90% de las personas con trastornos mentales no recibe el tratamiento necesario a pesar de que existe un tratamiento efectivo (OPS, 2018). Se ha descrito un mayor gasto en hospitalizaciones

psiquiátricas en los países que designan menos recursos para la salud mental, mostrando que los países tienen menos hospitalizaciones psiquiátricas mientras mayor sea la inversión en servicios de base social y comunitaria (Jamison et al., 2018). En términos de tratamiento, los jóvenes requieren atención y rehabilitación, pues los trastornos mentales son los principales contribuyentes a la carga de enfermedad en este curso de vida, y se necesitan enfoques adecuados para los jóvenes para abordar las barreras de acceso que son únicas en este grupo de desarrollo (Patel et al., 2010). Un enfoque integral debe implicar la participación activa de los jóvenes en el diseño y la prestación de servicios, con la presencia de estos en los diversos entornos (Milligan-Saville et al., 2017).

La salud mental de los jóvenes es un problema creciente de salud pública no sólo en Colombia sino en el mundo. Para su abordaje se han propuesto algunas estrategias desde las políticas públicas y las leyes colombianas, entre esas, la Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental. Ubicados en el eje cuatro de la Política Nacional de Salud Mental, Resolución 4886 de 2018, presenta dos elementos que la constituyen especialmente los Grupos de ayuda mutua y los grupos de apoyo se han establecido como parte de las estrategias indicadas en la recuperación de la salud mental, y proveen de oportunidades para la movilización de recursos, pues, aparte de eficaces, viables y de proveer beneficios que mejoran la trayectoria de vida de los individuos, muchas de estas intervenciones, además, son poco costosas en su implementación y representan un uso costo-efectivo de los recursos para salud (Agudelo Hernández & Rojas-Andrade, 2021; Jamison, 2018). Pese a los avances teóricos y metodológicos, se han descrito grandes problemas de implementación de estas estrategias en Colombia (Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade, 2021), los cuales se muestran constituidos por escasos lineamientos que definan

estas estrategias a nivel nacional, como pocas estrategias de apropiación de estos elementos por parte de los jóvenes.

En este sentido, las prácticas basadas en la evidencia tardan en promedio 17 años en incorporarse a la práctica general de rutina en la atención de la salud (Morris et al., 2011), aunque otros estudios mencionan que solo la mitad de las PBE llegan a alcanzar un uso clínico generalizado (Bauer et al., 2015). El *National Institute of Mental Health* (NIMH), consideró que se necesitaba investigación orientada a incrementar la implementación de programas que fueran efectivos y eficientes (Fajardo Flores & Alger, 2019). Para lo anterior, los estudios de implementación generalmente emplean diseños cuantitativos y cualitativos mixtos, identificando factores que impactan la aceptación en múltiples niveles, incluidas las personas, el proveedor de salud, las clínicas, la instalación, la organización y, a menudo, la comunidad y el entorno de políticas en general.

Acerca de la historia de la implementación de estas estrategias, Diana María Rodríguez Araújo, consultora del Ministerio de Salud y Protección Social, líder de la estrategia desde su surgimiento hasta la actualidad y autora de las *Orientaciones* mencionadas, menciona en una entrevista elaborada para esta conceptualización. En el siguiente aparte se indaga por el surgimiento de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Se toma el relato a la psicóloga, magíster en intervenciones comunitarias. Se plantearon para ella dos únicas preguntas. ¿Cómo surge la estrategia de rehabilitación basada en comunidad para salud mental en Colombia?, y ¿qué dificultades o barreras ha presentado en su implementación? Al respecto menciona (Rodríguez, 2022) lo siguiente:

La estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental surge en Colombia con la iniciativa del doctor José Posada aproximadamente en el 2012,

psiquiatra que venía trabajando con grupos de personas con esquizofrenia y surge más en el Marco de la discapacidad. Esta es respaldada por la ley 1438 de 2011, la cual modifica el sistema de salud hacia la atención primaria en salud. Sin embargo, no se dio una difusión tan inmediata, sabíamos que estaba haciendo recomendada, que servía para mejorar las personas con problemas o trastornos mentales, que además la OPS la recomendaba y estaba emitiendo lineamientos, pero no sabíamos cómo ponerla a funcionar.

Partimos entonces desde la intersectorialidad como herramienta principal de la rehabilitación basada comunidad para salud mental. Los departamentos querían hacerlo, estaban muy motivados. Pero tuvimos algunos errores. Como estaba pensada en sus inicios la estrategia resultaba muy costosa, y ese costo era dado por pura planeación para unir sectores, que por lo general se unían, pero sin la gente. Además querían abarcar casi todo el departamento, lo que hacía que las personas contratadas para apoyar este proceso fueran insuficientes.

En este punto estamos en 2016, donde se consolidan los primeros lineamientos nacionales, los cuales dieron difíciles de construir por la escasa evidencia en la literatura y por lo difícil que era proponer indicadores y metodologías.

Pero después de 2016, cuándo empezamos a ver en el Ministerio que las estrategias no se sostenían, que algunas ni iniciaban bien, que se agotaban en el tiempo, que la gente no iba a los grupos de apoyo más de cinco sesiones, además que algunas estrategias que funcionaban no partían de la intersectorialidad, nos dimos cuenta que el camino era de abajo hacia arriba, que el énfasis estaba puesto en las personas y no en los sectores, en el acompañamiento que pueda hacer el estado a las personas. Eso lo enseñaron experiencias

como la de Aranzazu y la del Tambo, Cauca. Estábamos muy centrados en los servicios de salud y no en la gente, incluso esa dificultad puede percibirse en las Orientaciones – documento citado previamente- del 2018, documento que debe actualizarse.

Luego, en 2018, en la Política de Salud Mental, la cual se construyó con participación de los departamentos, se incluyó como todo un eje de política, junto a la inclusión social, por la motivación también que mostraban los departamentos en la RBC en salud mental. Y a partir de allí toma más fuerza en su difusión, aunque siguen persistiendo los bajos recursos para dar una buena asistencia técnica en la conformación de los grupos y para que, desde lo territorial, se haga un buen acompañamiento a los grupos que quieran formarse. Esa es la principal barrera.

Como se ha mencionado, tanto en este aparte como en las *Orientaciones para la implementación de grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua* (2018), hay dificultades para reconocer elementos prácticos y teóricos que permitan una adecuada implementación de la Rehabilitación Basada en Comunidad para salud mental, específicamente sobre los GAM, en Colombia, pese a la amplia descripción en la literatura de los beneficios de los GAM y de su propuesta como elemento de la Política Pública en Salud Mental. Resulta un desafío comprender los conceptos y el funcionamiento de los GAM, sustituir el enfoque pasivo por uno interactivo y participativo, e implementar estos grupos en el sistema de salud (Bonal et al., 2017).

Los GAM Como Problema En La Ontología Política

La Constitución Política de Colombia de 1991, en sus artículos 48 y 49, aborda la universalidad como aquel principio en el cual, a todas las personas, en todas las etapas de la vida, se les debe garantizar aseguramiento en salud. Para el principio de la década de los 90, estos niveles de aseguramiento se encontraban en niveles inferiores del 20% de la población, y se propuso un modelo donde el 100% de los colombianos recibieran cobertura, con un 30% en régimen subsidiado y un 70% en el contributivo (González et al., 1994; Jaramillo, 1999). De esta forma, surge la Ley 100, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral; compuesto por el Sistema de Pensiones, el Sistema de Riesgos Profesionales, Otros Servicios Complementarios y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Este Sistema adopta el modelo del pluralismo estructurado en el que se busca un punto medio entre el monopolio estatal y la anarquía del sector privado (Londoño & Frenk, 1997). En este punto, vale la pena considerar los principios de la Nueva Gerencia Pública (NGP), por los cuales se evidencia en la participación del sector privado en la promoción y prestación del servicio de salud, además de la competencia y el mercado como promotores de la eficiencia del Sistema, y la creación de pequeñas agencias, que permiten el acceso directo a los usuarios para conocer sus preferencias y cumplir con sus expectativas sobre el servicio (Jiménez Esguerra, 2013).

Lo anterior es fundamental para comprender el marco donde se llevan a cabo las acciones públicas en torno a la adolescencia y la juventud. Al respecto, menciona Peralta Duque (2021) “que los estados contemporáneos con sus agentes socializadores como el mercado, los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y espacios propios propician la pérdida de la centralidad

del estatuto adulto y la juventud es una nueva etapa de la vida que dispone de elementos suficientes y propios que la convierten en autónoma”. (p. 83).

La NGP es producto de las crisis económicas y políticas recurrentes en América Latina, principalmente en la década de los 80, las cuales hicieron un llamado a redefinir las funciones del Estado (Múnera Ruiz, 2003) para adaptarse al fenómeno de la globalización, lo que hacía necesario garantizar que las economías fueran competitivas en el sistema internacional y a nivel interno (Bresser Pereira, 1996). En este sentido, aparece el nuevo modelo gerencial, como alternativa al modelo poco eficiente de administración pública burocrática, revaluando las condiciones mínimas que debían ser garantizadas a los ciudadanos (Jiménez Esguerra, 2013). Se enmarca la reflexión asimismo en el nuevo paradigma de funcionamiento de la administración pública orientada a la gestión y rendición de cuentas por resultados y los requisitos que ésta le plantea al sistema presupuestario (Peralta Duque, 2021).

Lo anterior, se consolidó en el Consenso de Washington, adoptado en 1991 (Casilda, 2004). En lo relativo a la salud, este consenso tuvo efecto directo en el sector en la Ley 100. Por una parte, en lo relacionado con los cambios en la prioridad del Gasto Público, donde se busca reducir el déficit de presupuesto, dando prioridad a los gastos principales como salud, donde se evidencia un aumento del porcentaje del Gasto Público Social destinado a la salud, educación e infraestructura, que sobrepasó el 70% en la época (CEPAL, 2015). Por otra parte, la política de privatizaciones, busca reducir la presión en el presupuesto del gobierno, permitiendo que el sector privado se haga cargo de algunas funciones, previamente atribuidas al estado, que tuvo como objetivo inicial mejorar calidad en el sector de los servicios públicos, incluida la salud (Jiménez Esguerra, 2013; Pereira Arana, 2007).

Aunque se considera lo anterior, también deben considerarse las ventajas de una apuesta de la Ley 100 para mejorar la cobertura y la participación en salud, al considerar que cada persona del territorio colombiano debe contar con una afiliación al sistema de salud. En este sentido, Peralta-Duque (2021) menciona:

El modelo de la descentralización del Estado concibe la integración y relaciones sinérgicas entre los sectores público, privado y sociedad civil. De igual manera, promueve la alianza y cooperación entre los municipios para adelantar y operar instrumentos de planificación regional pero con base en la economía de la racionalidad económica. La integración del sector público, sector privado y la sociedad civil es una premisa fundamente del nuevo modelo de Estado Social en Colombia; busca sumar esfuerzos y capacidades para implementar estrategias integrales hacia el desarrollo urbano sustentable y sostenible, tejer redes y sistemas de actores capaces de participar en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas acordes con las necesidades de los espacios pero vistos como unidades regionales y autónomas en esos procesos de planificación. (p. 198).

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se basa en un modelo estructurado, con la posibilidad de que diferentes agentes y sujetos (principalmente públicos y privados) puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel, y plantea la necesidad de interacción entre estos actores para que el sistema cumpla sus objetivos (Franco Vásquez, 2008).

Es así como la Ley 100 aspiró a ampliar la cobertura, y contó con un crecimiento económico y con una disminución del desempleo, para dar con los porcentajes esperados en

términos de cobertura para el régimen contributivo, profundizando las consecuencias de la desigualdad económica a una inequidad en términos de salud. Como lo menciona Martínez et al. (2002):

Como consecuencia de esta desigualdad en los servicios ofrecidos en ambos regímenes, en este mismo artículo se fijó como meta la nivelación progresiva de los planes (...). Por consiguiente, al no prevenir las posibles falencias económicas que se podrían presentar, los resultados fueron evidentes y para la crisis de 1998 debido a la fuerte recesión registrada, se presentaron altos niveles de desempleo y por consiguiente un estancamiento en el incremento de los cotizantes y de la cobertura del Sistema de Salud. (p. 12).

Esto significó en un crecimiento del régimen subsidiado y una disminución del contributivo, con mayor desempleo y con recursos insuficientes del estado para cubrir los gastos del funcionamiento de este Sistema (Camacho & Sánchez, 2013).

Por otra parte, esta Ley privilegia el manejo de las crisis, sin seguimiento, muestra falta de apoyo a las familias y continuidad en los tratamientos, con un enfoque más coyuntural de las enfermedades basado en un modelo biomédico, y desplazando las causas sociales y el rol de los otros sectores y de la comunidad en la gestión de la recuperación de sus individuos; sin asumir un claro rol para superar las brechas geográficas, ni aportando orientaciones para la multisectorialidad, para la inclusión social y para la participación ciudadana, estos últimos elementos claves en el funcionamiento de los GAM. Debido a la posibilidad de un comportamiento principalmente individualista generado por sistemas sociopolíticos mencionados

en la respuesta de América Latina y la Nueva Gerencia Pública, además de una historia de un enfoque de riesgo, que ha tenido poco espacio para la prevención y la recuperación multisectorial, no se ha obtenido una consolidación clara de las acciones colectivas de las personas con enfermedades mentales.

Los gobiernos de los países de bajos y medianos ingresos luchan con recursos limitados y, sin embargo, se espera que satisfagan las grandes necesidades de sus poblaciones. Los trastornos mentales y por abuso de sustancias representan el 13.5% de la carga mundial de morbilidad; sin embargo, los gobiernos centroamericanos gastan solo el 1% de sus presupuestos nacionales de salud en necesidades de salud mental. Una intervención de bajo costo para personas con enfermedades mentales y sus familiares son los GAM, los cuales están dirigidos por personas y brindan educación, apoyo, empoderamiento, defensa o actividades similares para otras familias y personas. Estos grupos han sido estudiados y promovidos para el empoderamiento de los derechos y contra la opresión o desigualdad de oportunidades en nuestra sociedad, por lo que se han propuesto como alternativas comunitarias prometedoras, consistentes con las metas originales de desinstitutionalización y con las realidades políticas y económicas actuales (Yip, 2002), en la cual los GAM pueden ser el medio ideal para la comunicación dentro de la esfera pública de aquellos que los problemas o trastornos mentales y el estigma que estos generan, les pudieron haber apagado la voz.

Es así como Tuomella (2016) menciona argumentos a favor de la creación de estructuras de cooperación, a saber: es posible y ha recibido apoyo experimental; es funcionalmente más efectiva y colectiva e individualmente más gratificante que las acciones individuales; en varios casos ofrece más estabilidad, orden y más flexibilidad que las acciones individuales. La

identificación con el grupo puede provocar un comportamiento cooperativo incluso en ausencia de comunicación interpersonal entre los miembros del grupo. Al funcionar en un contexto de grupo, los individuos desarrollan confianza hacia la participación de los demás y una orientación cooperativa hacia los problemas compartidos.

Para considerar lo anterior, el pluralismo epistemológico alude a una nueva concepción de la realidad, un postulado de la acción y un principio hermenéutico con gran aceptación entre algunos profesionales de las ciencias sociales y de la salud. Es una forma de invitar a la apertura en los discursos, en los tratamientos de salud mental que tradicionalmente se han adoptado, y es algo que interpela a la comunidad académica con propuestas novedosas que tienen un marcado ingrediente interdisciplinario y donde la voz de las personas aparecen para construir las estrategias y los planes que están dispuestos a adoptar. Es así como en los lineamientos propuestos para desarrollar las estrategias comunitarias (Minsalud, 2018) carecen de esa voz individual, particular, que oriente la misma implementación de los GAM como estrategia política.

El desconocimiento sobre los procesos de implementación es un problema a nivel global, y uno de los puntos más críticos en el desarrollo de servicios de salud actualmente (Proctor et al., 2009) como parte de los procesos de implementación se considera la determinación de los componentes nucleares de una estrategia, en este caso los GAM. Los componentes nucleares son denominadores en tratamientos comprobados empíricamente que sirven como punto de referencia para comprender, aplicar y evaluar una intervención, además sirven para guiar la toma de decisiones en salud y, en última instancia, mejorar la atención, estos pueden ser técnicas, contenidos o habilidades discretas (Garland et al., 2008). Más estudios cualitativos comparativos

podrían sentar las bases para identificar puntos en común y variables que serían medibles en diferentes programas en diferentes países de América Latina (Nickels et al., 2016).

Mientras que los estudios cualitativos se centran en variables como empoderamiento, cohesión social, habilidades para la vida; los estudios cuantitativos se centran en los resultados con síntomas psiquiátricos, sin vincular, la mayoría de veces, los dos tipos de resultados en un modelo integrado (Labuschagne, 2003). Lo anterior dificulta especificar los componentes por los cuales estos GAM logran ciertos beneficios (Markowitz, 2015), especificar estos componentes podría ser de gran utilidad en la implementación de estos grupos, especialmente en aquellos países con dificultades de acceso a estrategias de cuidado y recuperación de la salud mental. Es así como en los GAM se satisfacen particularmente necesidades como la seguridad, la pertenencia y el afecto, tres necesidades cuya satisfacción se encuentra estrechamente relacionada con una adecuada salud psicológica (Gracia Fuster, 1996).

Según Seebohm et al. (2013), los GAM tienen un perfil bajo, son poco entendidos y no encajan fácilmente dentro de un sector de salud regulado, lo que puede asociarse con falta de reconocimiento de su potencial para potenciar a la vez la agencia individual y la responsabilidad colectiva ejercida a través de redes comunitarias. Dentro de una estrategia más amplia para la justicia social, las respuestas personalizadas de los grupos a diversas condiciones sociales y de salud podrían hacer una contribución importante al bienestar mental para todos (Seebohm et al., 2013).

En este sentido, algo que produce beneficios desde la individualidad debe estudiarse con métodos que consideren aspectos individuales, si se quiere, ontológicos. Por esta razón, otra dificultad relacionada con la poca implementación de esta estrategia a nivel nacional, es la poca

participación de las personas en la construcción de metodologías, de planes y estrategias de difusión de los GAM. Al respecto, refieren Alvarado et al. (2014):

Para ello, es necesario volver a las cosas simples, a las preguntas sencillas que nos llevan a recuperar la curiosidad y la capacidad de asombro por lo que siendo nuestro, parece mero acostumbramiento en el paisaje naturalizado de la vida cotidiana; es una necesidad que nos remite a recuperar la memoria que nos fue arrebatada por la hegemonía de un tipo de pensamiento que arremetió contra cosmovisiones particulares de la vida para decir que era la única verdad posible y que no era legítima la existencia de otras versiones del mundo (...). Hoy sabemos que es necesario estimular el cambio, que no es aceptable ni deseable esta opción de vida, que es menester una transformación que nos lleve a mutar de pensamiento y a construir nuevas alternativas de interpretación del mundo, menos excluyentes y más respetuosas de la dignidad y soberanía de los pueblos y los individuos.(p.15).

Sen (2000) sostiene (las libertades fundamentales o capacidades para elegir la vida que tenemos razones para valorar, y en este proceso está la mediación de los contextos para convertir esas capacidades en funciones. El desarrollo solo puede lograrse cuando las personas tienen libertades reales en sus contextos sociales. Los GAM se proponen como herramienta para afrontar las barreras internas y de los contextos que pueden limitar estas libertades. Nos menciona Sen (2000):

El concepto de “funciones”, que tiene unas raíces claramente aristotélicas, refleja diversas cosas que una persona puede valorar hacer o ser. Las funciones valoradas pueden ir desde las elementales, como comer bien y no padecer enfermedades evitables, hasta actividades o estados personales muy complejos, como ser capaz de participar en la vida de la comunidad y respetarse a uno mismo (p.78).

Una vez enunciados los problemas teóricos y prácticos o de implementación, es importante enunciar un problema político, que no sólo tiene que ver con los GAM sino con la apropiación de estrategias para la salud en general, y tiene que ver con los mecanismos internos, individuales, existenciales, en cada ser, de estas estrategias. En un GAM, aunque a través de acciones grupales, cada persona es un fin, nuevamente en términos de Nussbaum, y es considerada en forma separada como unidad básica para la distribución política (Nussbaum, 2012). Es en este punto donde se propone el otro marco de análisis de la presente investigación, el cual consiste en las Políticas del Acontecimiento.

Lazzarato ha denominado el Acontecimiento (2006a), al espacio en el cual “la unificación de las mónadas (más en el sentido de Tarde que de Leibniz) se hace a partir de la forma red y los sistemas constituyen un número incalculable de redes que se superponen unas con otras”. (p. 35). Un Acontecimiento no es la solución de un problema, en este caso mental, sino la apertura de posibles, lo que incluye aspectos de cada persona que son explorados y potenciados a partir de la experiencia del GAM. Al respecto, este autor precisa (2005):

El modo del acontecimiento es lo “problemático”. El acontecimiento no es la solución de un problema sino una apertura de posibles. Así, para Mijail Bajtin el acontecimiento revela la naturaleza de la vida como pregunta o como problema, de manera que la esfera

del acontecimiento es la de las “respuestas y las preguntas”. En contra de lo que piensa Marx, para quien la humanidad se plantea únicamente los problemas que ella puede resolver, el problema que se puede construir a partir del acontecimiento no contiene implícitamente sus soluciones, las cuales deben, al contrario, ser creadas. (p. 37).

Los GAMJ vistos desde las Políticas del Acontecimiento, van más allá de la intersubjetividad, convirtiendo a sus integrantes en seres activos desde sus diferencias, en cuanto en lo que se conoce distintamente en ellos sirve para dar razón de lo que sucede en otro, y pasivos, en cuanto que la razón de lo que en ellos sucede se encuentran en lo que se conoce distintamente en otro, usando nuevamente los conceptos de Leibniz sobre las mónadas. Agrega Lazzarato (2006):

Estamos más cerca de la política de lo que se cree. En todo conflicto político encontramos estos dos regímenes diferentes de lo posible estrictamente imbricados: el conflicto como alternativa al interior de las condiciones de posibilidad dadas (capitalistas/obreros, hombres/ mujeres, trabajo/ocio, etcétera) y el conflicto como denegación de esta asignación de roles, de funciones, de percepciones, de afectos. (p. 49).

Lo que, siguiendo esta lógica, podría apreciarse en los jóvenes con un conflicto loco-desadaptado/cuerdo, y la enfermedad mental o algunos síntomas como forma de resistencia que se hace necesario comprender para intervenir el sufrimiento que está dinámica pueda causar. Es así como Lazzarato invita a profesionales de salud mental y aquellos que asignan una etiqueta a las personas con síntomas sin comprender a fondo aspectos relacionados con su existencia “a abrirse al acontecimiento, es decir, a la esfera de nuevas preguntas y de nuevas respuestas. aquellos que ya tienen las respuestas listas (y son muchos...) dejan escapar el acontecimiento” (p.

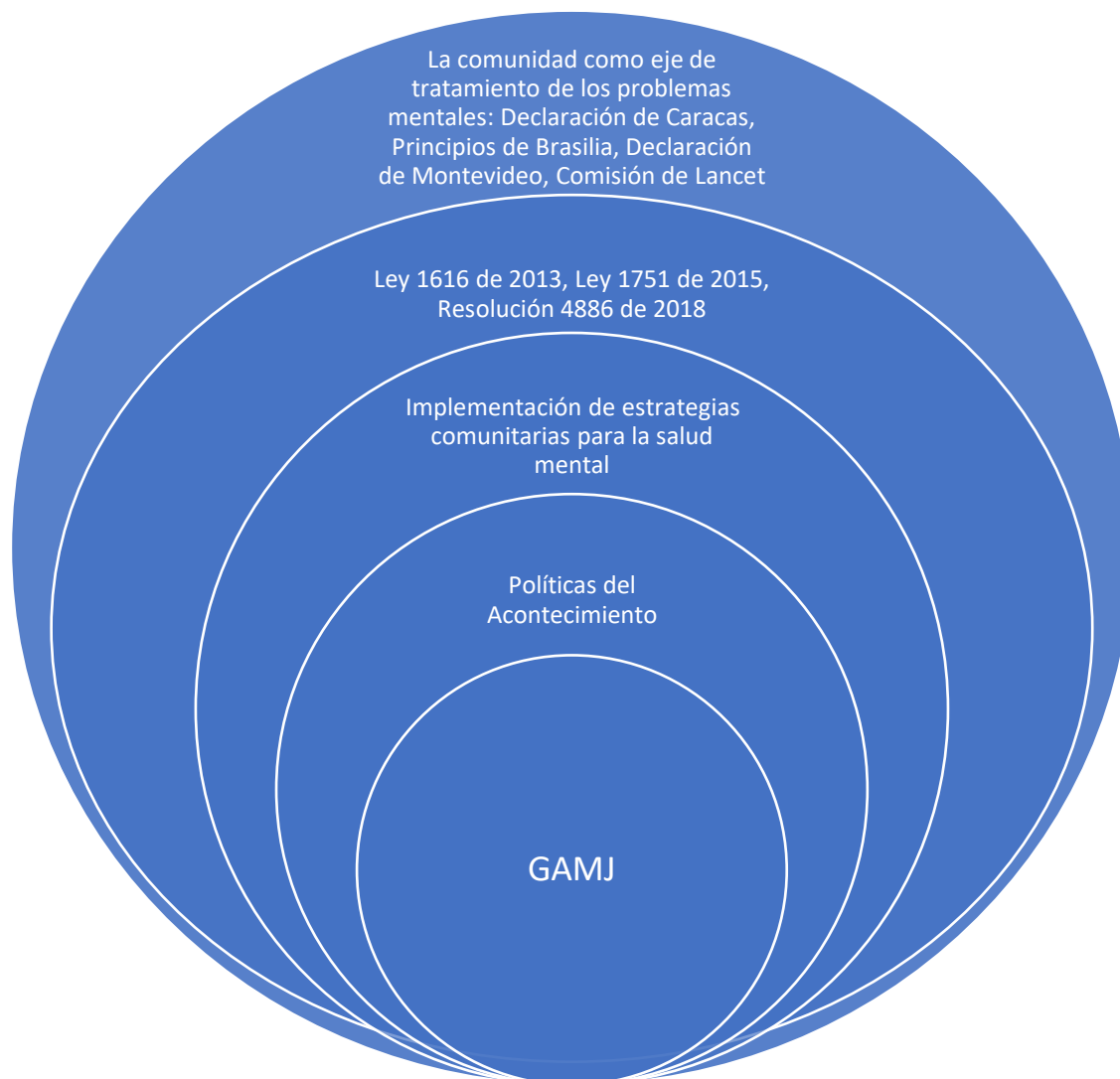
53), lo cual implica dejar escapar posibilidades de estar mejor en la individualidad y como sociedad.

A pesar de esto, a las dificultades de implementación que han presentado los GAMJ por falta de definición de componentes nucleares, por falta de claridad en las estrategias de diseminación, en los mecanismos de funcionamiento, en los beneficios, en las barreras, en los facilitadores, etc., se le suma una incomprensión de lo ocurrido a nivel individual y grupal a nivel individual (ontológico).

La Política del Acontecimiento señala nuevos elementos como herramientas de estudio y comprensión de la juventud. Además de la relación sujeto- objeto o de la interacción entre los distintos actores, tiene en cuenta una diversidad de manifestaciones – los regímenes de signos y el agenciamiento corporal entre otros- que enriquecen el conocimiento de las culturas y grupos juveniles, para tener un mejor acercamiento a sus problemas y demandas.

El concepto de Políticas del Acontecimiento puede convertirse en una nueva forma de acción política en salud mental que permita la acción colectiva para la recuperación de la salud mental y para la respuesta ante las dificultades en las condiciones de vida, además de reafirmar la importancia de la participación juvenil en la construcción de su psiquismo y de las políticas de salud mental. A su vez, se establece como una forma de comprender una nueva vía de acción política en salud mental que permite agencia grupal y señala nuevas posibilidades para el individuo con problemas o trastornos mentales, como vínculo de los conceptos de salud mental global con la realidad política, lo que permite abordar un problema teórico con implicaciones prácticas a través del desarrollo de estrategias basadas en evidencia científica que recomiendan las Políticas Públicas (Ver Figura 1).

Figura 1. *Conceptualización del problema desde una mirada global*



Nota. La figura representa una aproximación a la conceptualización del problema desde una mirada global.

CAPÍTULO II

Los controlados suben a la torre del panóptico

Me defiando

Antes de devorarle su entraña pensativa

Antes de ofenderlo de gesto y palabra

Antes de derribarlo

Valorad al loco¹

Su indiscutible propensión a la poesía

Su árbol que le crece por la boca

con raíces enredadas en el cielo

Él nos representa ante el mundo

con su sensibilidad dolorosa como un parto

¹ Palabra que podría usar el poeta para connotar el mismo estigma que pretende contradecir. Durante este libro esa expresión, usada en un contexto diferente al de la protesta que busca contradecirlo, se desaprueba.

El Paso Del Manicomio A La Comunidad

En este aparte se revisarán las leyes y las resoluciones relacionadas directamente con la salud mental juvenil emitidas desde 1993, año en que se escribe la Ley 100. Sin embargo, no se puede desconocer lo que antecede en cuestiones de salud mental y de participación juvenil. Se iniciará con algunas precisiones analizadas a la luz de Foucault, en *Historia de la Locura en la Época Clásica*, se continuará con el gran avance en cuestión de derechos y en salud mental de la niñez y la juventud en el siglo XX, para terminar con una revisión de los principios, enfoques y objetivos de las leyes y resoluciones relacionadas con la salud mental juvenil y la participación en políticas de salud del mismo curso de vida, en Colombia, desde la emisión de la ley 100 en 1993, hasta las Políticas de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en 2018 y 2019, respectivamente. Todo el recorrido anterior para concluir en la Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, como eje de las Políticas Públicas de Salud Mental y como herramienta de acción fundamental propuesta en el abordaje de los problemas y trastornos mentales.

En *El poder psiquiátrico*, Foucault (2007) explica la posición del *loco* (las cursivas son propias) y el psiquiatra dentro del espacio asilar y (además) previo a este, y nos ubica en una posible forma dialéctica en la comprensión del enfermo mental y de sus enfermedades. Escribe:

Existe sin duda una correlación histórica entre dos hechos: antes del siglo XVII, la locura no era objeto de una internación sistemática; y se la consideraba en esencia como una forma del error o la ilusión (...). La práctica de la internación a principios del siglo XIX coincide con el momento en que la locura comienza a ser percibida menos con el error que en relación con la conducta regular y normal; cuando deja de aparecer como juicio

perturbado y se muestra, en cambio, como trastorno en la manera de obrar, de querer, de experimentar pasiones, de tomar decisiones y de ser libre; en resumen, cuando ya no se inscribe en el eje verdad-error-conciencia, sino en el eje pasión-voluntad-libertad (...). (p. 386-387).

En cuanto a la participación en la construcción de sociedad de aquellas personas con problemas o trastornos mentales, esta se presenta aún con mayor dificultad en los siglos anteriores. Foucault (2015b) expone dos razones para esta limitación, una relacionada con la persona como sujeto de derecho y otra relacionada con el individuo como ser social. Esto significa una imposibilidad para definir las obligaciones de cada persona, lo que, en términos del filósofo, justifica la exclusión. Refiere: “En tanto que sujeto de derecho, el hombre se libera de su responsabilidad en la medida misma en que está alienado; como ser social, la locura lo compromete en la vecindad de la culpabilidad”. (p.94).

Aún estas definiciones de enfermedad mental, centradas especialmente en categorías morales, se ligaban de forma importante al derecho, y generaban categorías centradas en la persona jurídica. Zacchias, describe en orden decreciente (2016b):

Los "tontos" que pueden testimoniar, testar, casarse, pero no ingresar en las órdenes sagradas ni administrar un cargo "pues son como niños que se acercan a la pubertad"; los imbeciles propiamente dichos (fatui), que no se les pues confiar ninguna responsabilidad, pues se les considera por debajo de la edad de la razón, como los niños de menos de siete años. (p. 96).

Es de notar en este punto, no solo la poca participación de las personas con problemas o trastornos neuropsiquiátricos en la sociedad como seres morales, sino de los niños y jóvenes, considerados sin psiquismo. La reivindicación, por lo menos de los jóvenes como grupo social, surge entre los siglos XIX y XX, en los que se consideran, en la sociedad europea industrializada, como fuerza de trabajo y se propone la necesidad de organizarse y de surgir como grupo social (Kustrín, 2007).

En el campo de la salud mental, se continuó con una visión centrada en la herencia, en el desarrollo y en los entornos, dando un aporte fundamental a la comprensión actual de los problemas mentales en la infancia y la adolescencia. Esto lo realizó William Tuke (1892), al mencionar que: “el crecimiento cerebral está marcado por muchos peligros (...) puesto que el proceso se ve constantemente obstaculizado y amenazado por enfermedades propias del periodo, por la ignorancia de los padres de lo que el cerebro necesita y por condiciones antihigiénicas de todo tipo”. (p. 357). En este punto, se inicia la propuesta de considerar los factores asociados al entorno comunitario y familiar, en interacción con los componentes biológicos, en la génesis de los problemas o trastornos mentales.

A principios de 1900, se logran avances en la psicología del desarrollo, el surgimiento del psicoanálisis y los movimientos de higiene mental y orientación del niño (Rey et al., 2018). En relación a la psicología del desarrollo se pueden mencionar tres autores principales, que trabajaron especialmente después de la Primera Guerra Mundial, y dieron las bases de un enfoque constructivista: Jean Piaget (Suiza), Lev Vygotsky (Rusia) y John Bowlby (Reino Unido). El primero propuso que los niños y jóvenes piensan de manera diferente a los adultos, y que transcurren por cuatro etapas: sensorial, preoperacional, operacional concreto y operacional formal, esta última perteneciente al joven, y donde se encuentra una especial atención al

pensamiento abstracto (Piaget, 1981). Este enfoque, aunque con críticas por plantearse por etapas y no como un continuum, propone a la infancia y la juventud espacios de búsqueda activa, en interacción con el ambiente, con una lógica propia y unos propios medios de conocer, contradiciendo la pasividad, o la concepción de bien o propiedad para el trabajo, con que se habían asumido el niño y el adolescente. Por su parte, Vygotsky consideraba el estímulo progresivo según el momento de desarrollo y el papel fundamental de la interacción social en el desarrollo cognitivo, profundizando en los conceptos de aprendizaje social, es decir, en el complejo de interacciones que los niños y jóvenes tienen con sus compañeros, educadores y otras personas.

En cuanto a participación, Ellen Key, conocida por su libro *El Siglo del Niño*, refiriéndose con esto al siglo XX, propuso que los niños deberían ser la preocupación central de la sociedad durante el siglo XX, enfatizando en la familia como ente protector y reclamando a la sociedad una legislación que proteja a las madres y a los niños frente a determinados tipos de trabajo (Lengborn, 1993). En 1959 se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, el cual se puede definir como una propuesta, más allá de ser vinculante en términos jurídicos. En 1989 la Convención sobre los Derechos del Niño, jurídicamente vinculante, fue adoptada por Naciones Unidas, con principios de no discriminación, beneficio, supervivencia y desarrollo, y respeto por las opiniones de los niños y jóvenes, con posibilidad de expresión, pensamiento, asociación e información (Carlson, 2001).

Esta Convención, en el artículo 12, especifica el papel de los niños y jóvenes en la sociedad como agentes y, a través de su participación, como contribuyentes a su propia salud y a la salud de la comunidad; defiende su inclusión en la vida comunitaria, con fuertes recomendaciones para el acceso a la educación y a servicios. Pese a lo anterior, la Organización

Mundial de la Salud, apunta que la Convención se ha aplicado poco, pues los niños y adolescentes con discapacidad, incluyendo discapacidad psicosocial, no han experimentado un aumento de inclusión significativo (Belfer & Song, 2017). Pese a lo anterior, hasta 1970 el abuso sexual no fue verdaderamente reconocido: solo hasta 1980 y 1990 el maltrato psicológico (o maltrato emocional) fue reconocido como tal (Tan Susan et al., 2016).

En lo que se refiere a los problemas comportamentales en niños y jóvenes, se encuentra que a finales del siglo XIX un psiquiatra llamado Heinrich Hoffmann describió niños con un comportamiento caracterizado por la impulsividad y la hiperactividad, que llamó locura impulsiva o inhibición defectuosa. Posteriormente, George Still describió niños con agitación motora, problemas de atención, dificultad para controlar los impulsos y necesidad de recompensa inmediata, además de precisar que estos niños “no tenían consideración por los demás. Salvo por la última característica, las otras dificultades son precisas de lo que ahora (desde 1980) se conoce como Déficit de Atención e Hiperactividad (Moriyama et al., 2017).

Los problemas emocionales presentan una historia más reciente. Incluso desde el principio del psicoanálisis la depresión infantil no existía *por el pobre desarrollo del yo y del súper-yo en el niño* (Gordillo-Rodríguez, 2010). En la década de 1940, especialmente después de la segunda guerra mundial, René Spitz describe la depresión anaclítica o por privación emocional, en niños que al separarse de sus padres experimentaban síntomas similares a los de la depresión del adulto (Spitz, 1965). En la década siguiente, John Bowlby, basado en estudios observacionales con primates, propone la teoría del apego, y en esta la vinculación como otra necesidad primaria, como un instinto y una base segura para explorar el mundo, que después se convertirá en prototipo de las relaciones futuras y, que al fallar, podría resultar en un cuadro

depresivo (Bowlby, 1965). Esta teoría del apego, tuvo una gran influencia en las políticas de cuidado infantil en todo el mundo.

A finales de los años 80, Seligman y sus colaboradores en el Proyecto Pennsylvania-Princeton reflejó la presencia de problemas sociales y familiares como raíz de síntomas depresivos en la mayoría de los niños y jóvenes de su estudio (Seligman, 1999), dando bases para una investigación clínica con un componente psicosocial. Posterior a esto se incluyeron en los criterios de diagnóstico de manuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés), la depresión infantil, las entidades afectivas y comportamentales en niños y adolescentes (American Psychiatric Association -APA-, 2018). De esta forma, se da el paso de un determinismo múltiple (un comportamiento puede tener influencias en diferentes niveles de organización), a un determinismo no aditivo, donde el todo no equivale a la suma de las partes y existen comportamientos emergentes que pueden ser paradójicos, y buscando además trascender a un determinismo recíproco, en el cual las categorías (biológicas, sociales, familiares, económicas, etc.) pueden retroalimentarse e influenciarse unas a otras.

Cambio De Principios Y Principios Para El Cambio.

En *El poder psiquiátrico*, Foucault (2007) explica el poder de soberanía y el poder disciplinario, que reemplaza la violencia por expertos científicos y la aplicación de técnicas basadas en este conocimiento. En términos de Müller (2000), *el referencial*, entendido como un conjunto de ideas que prevalecen en un colectivo e inciden en el diseño de una política pública, agrupaba discursos, métodos terapéuticos, medidas administrativas, leyes, disposiciones

reglamentarias, e incluso, ordenamientos arquitectónicos (por ejemplo, el panóptico de Bentham), que plantean la *verdad* como inasequible a la persona con problemas o trastornos mentales, pues le quitan la palabra y la participación en la construcción del mundo, y le imponen la disciplina de este referencial como una instancia *normalizadora* “objetiva”.

Desde 1970 se inició un proceso de colaboración interdisciplinaria, que validó tanto el enfoque biomédico, como el comunitario y el psicológico, condujo al surgimiento de una "nueva psiquiatría intercultural" (Kleinman, 1987). El enfoque biomédico fue considerado progresivamente como uno solo entre otras dimensiones de la salud mental, lo que permitió también el cambio progresivo de la atención institucional a la atención comunitaria, lo que denota también unas nuevas consideraciones éticas, sociales y administrativas relacionadas con la atención de salud mental, la disponibilidad de nuevos medicamentos y el crecimiento del movimiento de derechos humanos (Patel et al., 2018).

En este sentido, en 1990 se da la Declaración de Caracas, en la cual la OMS, la OPS, con el acompañamiento de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, entre otros, instan a los ministerios de salud y de justicia, a los parlamentos, a los sistemas de seguridad social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación *a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región* (OMS, 1990). En este espacio se destaca la observación que el enfoque previo en salud mental no permite alcanzar una atención comunitaria descentralizada, participativa, integral, continúa y preventiva; que la clínica psiquiátrica como eje de tratamiento y única modalidad asistencial, aísla al *enfermo* de su medio, crea condiciones

desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos, requiere más recursos financieros y se aleja de las necesidades en salud mental de las poblaciones y de otros sectores.

Basados en las anteriores precisiones consideran que la salud mental debe tener un abordaje desde la Atención Primaria en Salud para promover servicios basados en la comunidad y con sus redes sociales; que debe revisarse el papel hegemónico de los hospitales psiquiátricos, buscando la mayor permanencia de las personas con problemas mentales en un entorno comunitario; que las legislaciones de los países deben asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, además de promover servicios comunitarios de salud mental; y que se debe hacer un trabajo mancomunado entre todas las organizaciones para lograr lo anterior (OMS, 1990).

Posteriormente, en septiembre del 2005, estados miembros de la OPS adoptaron la Declaración de Montevideo, comprometiéndose a abogar por la integración de las directrices sobre la Atención Primaria de Salud, con la consideración en los sistemas de salud de la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención, además del fomento del trabajo multisectorial. Menciona (OPS & OMS, 2005):

La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados. (p. 16).

También en 2005, el Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, la OPS y la OMS convocaron al personal gubernamental de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”. En dicho espacio surgen los Principios de Brasilia, donde

se reitera la validez de la Declaración de Caracas con relación a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales; con la necesidad de establecer servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren (2008):

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales;
2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
3. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental;
4. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población. (p. 26).

En estos se advierte nuevamente el aumento de la vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, se ha incrementado notablemente; al igual que la morbilidad y la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso del alcohol, y de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas. Y, aunque se reconocen avances, mencionan que

“continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aun es insuficiente la capacidad de documentación, monitoria y evaluación”. (OMS, 2008, p. 14).

En el año 2010 este trabajo multisectorial que se menciona en *La declaración de Montevideo*, se amplía y se especifica con La Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, la cual tomó como lema *Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*, y sostuvo como argumentación principal que las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector salud, y tienen también un origen en los determinantes sociales. Esta menciona la “necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno”. (OMS, 2010, p. 32).

Dichos conceptos sustentan conclusiones posteriores de las Comisiones de expertos en salud mental, las cuales mencionan que sin salud mental no hay desarrollo sostenible (Patel et al., 2018). Esto basado en un enfoque de convergencia que permita el desarrollo de una teoría multifactorial estable y comprobable, y de contextos específicos y marcos sensibles para orientar intervenciones que se sustenten en conceptos de salud y bienestar contemplados en todas las políticas públicas de un país. Esta interdependencia de las políticas públicas, requiere un nuevo concepto de gobernanza, donde el estado coordina la formulación de planes estratégicos con mejores marcos normativos que establezcan objetivos comunes, respuestas integradas, con una alianza entre la sociedad civil y el sector privado (OMS, 2010) (ver figura 2).

Figura 2. Cambio de referenciales en salud mental



Cambio de referenciales en salud mental. Elaboración propia.

Rehabilitación Basada En Comunidad Para La Salud Mental

Para llegar a la participación social en salud y a la construcción de los propios entornos, las personas con problemas o trastornos mentales trasegaron un arduo recorrido que inició con maltrato, siguió con silencio, y aspira terminar con una fuerte posición de reconocimiento comunitario y cultural. Durante la mayor parte del siglo XIX se promovió la idea de que el tratamiento institucional producía grandes resultados, sin embargo, en 1857 Lancet publicó las

primeras críticas sobre este tipo de atención, las cuales fueron respaldadas por los ensayos de Pliny Earle, el superintendente de un asilo en Northampton, Massachusetts, donde mostraba que esta efectividad no era tan alta (Cohen et al, 2014).

Desde estos momentos, sumado a la fuerza que tomó el psicoanálisis, las atenciones en los consultorios pasó a predominar como modo de atención de los problemas y trastornos mentales, generando de igual forma una brecha de acceso a los tratamientos que aún se conserva con gran importancia.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se enfatiza en la poca eficacia que tiene la atención del asilo mental para la mejoría de estos individuos. Este cambio de enfoque, se produjo como resultado de varios factores (Cohen et al., 2014):

- Mayor creencia en la eficacia de la atención en la comunidad.
- Una mayor conciencia de las condiciones abusivas en muchos hospitales psiquiátricos.
- Los efectos de la institucionalización a largo plazo fueron al menos tan dañinos como los crónicos que producen los trastornos mentales en sí mismos.
- El gasto de la atención a los pacientes en grandes instituciones.
- El descubrimiento en 1954 de la clorpromazina, el primer medicamento antipsicótico eficaz que ofrecía a las personas con trastornos mentales crónicos la posibilidad de vivir en la comunidad más que en las instituciones.
- Un creciente aprecio por los derechos civiles y humanos de las personas con trastornos.

Dicho proceso es lo que se denominó como desinstitucionalización. En algunos países no ha sido posible, y se siguen aumentando el número de camas en hospitales psiquiátricos. En otros, se propuso una transición poco planificada, generando altas hospitalarias sin los recursos

suficientes (sociales, familiares, individuales) para la vida en comunidad, con necesidad de regresar a casas de acogida y asilos, o incluso pasando a una negligencia social sobre el cuidado de personas con discapacidad psicosocial. En otros casos, se ha venido realizando de forma más planificada, considerando que las personas requieren, más allá de los abordajes farmacológicos y psicoterapéuticos integrales, servicios de rehabilitación o recuperación para vivir en comunidad, con la posibilidad de trabajar, movilizarse, llevar a cabo sus intereses.

Desde entonces se propuso aumentar la investigación en varios países, con miras a una psiquiatría transcultural, logrando resaltar cómo las desigualdades sociales permean también en la salud mental y en las vías de recuperación de los problemas o trastornos neuropsiquiátricos. En este sentido, Carstairs (1972), resumió los desafíos que enfrentan los países en desarrollo: la gran carga de enfermedades impuesta por los trastornos mentales en los países de bajos ingresos, la falta de los recursos humanos necesarios, las consecuencias generalizadas del estigma.

Siguiendo la anterior línea de conceptos, en 1974 la OMS convocó un Comité de Expertos sobre la organización de servicios de salud mental en países en desarrollo (WHO, 1975), y destacó que, en los países en desarrollo, los profesionales de la salud mental capacitados son muy escasos. Posteriormente, se publicó Informe sobre el desarrollo mundial, entre el Banco Mundial y la OMS (1993), que incluía la carga de enfermedad, y que incluyó, aparte de las enfermedades infecciosas como causa de años perdidos, en concepto de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que combina la pérdida de vidas por muerte prematura, con la pérdida de una vida sana por discapacidad, incluyendo en estos conceptos las enfermedades no transmisibles, y, en estas, las enfermedades mentales. Este informe mostró que, en los países de medianos ingresos, alrededor del 8% de la carga mundial de morbilidad se debió a problemas de salud mental (World Bank, 1993).

Basados en esta información, la OMS publicó en 2001 un reporte de Salud Global, el cual denominó “Mental Health: New Understandings, New Hope”, en donde revisó las necesidades de salud mental en relación a las políticas públicas, la salud pública y los servicios de salud mental. En el primer aspecto incitó a establecer políticas, programas y legislaciones nacionales para la salud mental; integrar el tratamiento los trastornos neuropsiquiátricos en la atención primaria, integrar los hospitales psiquiátricos en hospitales generales, educar a la comunidad para reducir el estigma de los trastornos mentales, ampliar la investigación en epidemiología, efectos de la violencia, salud mental de la mujer, servicios de salud mental y prevención, y reforzar el seguimiento de datos (WHO, 2001). Dichas premisas fueron respaldadas por el diseño de instrumentos de investigación que se validaron transculturalmente, y en 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad vinculando jurídicamente a las personas con impedimentos psicosociales, e incluyendo las barreras sociales como factor diferencial entre limitación y discapacidad en un individuo, y planteando el derecho de una participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás, por lo que invita a los estados a garantizar derechos económicos, sociales y culturales (United Nations General Assembly, 2006). Un año después, la Comisión de Lancet revisó a fondo la salud mental en países de ingresos bajos y medianos, la carga de los trastornos mentales, los recursos disponibles, las brechas de atención en salud mental, los tratamientos con mayor evidencia científica y las dificultades en los sistemas de salud (Lancet Global Mental Health Group, 2007). Dicha Comisión se actualizó en el 2018, donde se reevalúa la agenda global de salud mental en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible; este documento que se describirá más adelante.

En 2010 se llevó a cabo, con el financiamiento del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, la iniciativa Grand Challenges in Global Mental Health, la cual se propuso identificar los principales avances científicos necesarios para mejorar la vida de las personas con problemas o trastornos mentales. Entre estos, llama la atención la insistencia en integrar los servicios de salud a la comunidad, en efectuar una rehabilitación comunitaria eficaz y asequible; y en mejorar el acceso de los niños a la atención de salud mental basada en la evidencia en los países de ingresos bajos y medianos (Collins et al., 2011). Este documento, aparte de enunciar las barreras que tienen las personas con problemas o trastornos, destacó un desconocimiento sobre la naturaleza de estas entidades, sobre su tratamiento y un riesgo de abuso de los derechos humanos.

En 2018 se actualiza la Comisión de Lancet, y fundamenta la agenda en cuatro pilares: primero, la salud mental es un bien público global y es relevante para el desarrollo sostenible en todos los países, independientemente de su estatus socioeconómico, porque todos los países pueden considerarse como países en desarrollo en el contexto de la salud mental. En segundo lugar, los problemas de salud mental existen a lo largo de un continuo desde una aflicción leve y limitada por el tiempo hasta condiciones crónicas, progresivas y gravemente incapacitantes. Tercero, la salud mental de cada individuo es el producto único de las influencias sociales y ambientales, en particular durante el curso de la vida temprana, interactuando con los procesos genéticos, de desarrollo neurológico y psicológicos, y afectando las vías biológicas en el cerebro; en otras palabras, los determinantes sociales actúan sobre las vulnerabilidades biológicas causadas, desarrolladas o exacerbadas por las condiciones de vida, de forma distintas en el feto y la gestante, que en el niño, el joven, el adulto y el anciano. En cuarto lugar, la salud mental es un derecho humano fundamental para todas las personas que requiere un enfoque basado en los derechos para proteger el bienestar de las personas con trastornos mentales y en riesgo de mala

salud mental, y para habilitar un entorno que promueva la salud mental para todos (Patel et al., 2018).

Este grupo de expertos, de varias disciplinas y regiones, enfatizan en las causas de las entidades neuropsiquiátricas desde un modelo convergente en el que interactúan factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos a lo largo del ciclo de vida, pero en particular durante los periodos sensibles de desarrollo en la niñez y la juventud.

Durante el último medio siglo, los avances en las áreas de neurobiología y farmacología han llevado a una mejor comprensión de muchos trastornos mentales y sus tratamientos, sin embargo, a medida que más avanzan las neurociencias, más se hace claro el papel de los entornos en el bienestar humano.

Esto nos lleva a pensar que los problemas o trastornos neuropsiquiátricos no tienen una solución única que se adapte a todos y que se requieren numerosos recursos para abordar el problema. Patel & Prince (2010) definieron la salud mental global en el contexto de la salud global como un área de estudio, investigación y práctica que da prioridad a mejorar la salud mental y a lograr la equidad en la salud mental para todas las personas en todo el mundo.

Algunos factores que han regenerado el interés en este concepto son la disponibilidad de nuevos estudios epidemiológicos transculturalmente relevantes que destacaron la carga de las enfermedades mentales y la conciencia sobre las modalidades de tratamiento que pueden administrarse utilizando métodos no especificados (Maulik et al., 2014). El concepto de salud mental global ha existido durante algunos años, pero solo en las últimas dos décadas se ha profundizado en él, con respuesta a nivel nacional que se han visto reflejadas en leyes y resoluciones, como se abordó en el capítulo anterior.

2005 A 2020: Un Nuevo Paradigma En La Salud Mental De Colombia

A raíz de los problemas para la implementación de la política de salud mental de 1998, en 2005 el Ministerio de la Protección Social reformuló la política a través de la expedición del documento Lineamientos de políticas de salud mental para Colombia, proponiendo una metodología para la planeación del componente de salud mental en los Planes Territoriales de Salud, y fueron la base para la estructuración de múltiples políticas a nivel regional (Minsalud, 2007).

En 2009, a través de la Ley 1346 (Congreso de la República de Colombia, 2009), se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. En esta ley se reafirma la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación; y plantea como principios el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer, el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. En esta definición de discapacidad se incluyen no solo alteraciones físicas, cognitivas o sensoriales, sino que se empieza a vislumbrar el concepto de discapacidad psicosocial, al mencionar las alteraciones mentales, y se resalta la discapacidad como una entidad no inherente

únicamente al sujeto sino al entorno con sus determinadas barreras, y en este sentido, incluye los conceptos de *habilitación-rehabilitación* y de participación en la vida política y pública, como responsabilidad de los estados, en términos de promoción y garantía de derechos.

Dichos conceptos continúan mencionándose en las leyes posteriores. En 2010 se expide la Ley 1414 (Congreso de la República de Colombia, 2010), donde se incluye la atención integral, incluido la promoción, la prevención y la rehabilitación; además, siguiendo un principio de solidaridad (Artículo 7), se plantea la implementación de programas de participación ciudadana para la promoción, educación y prevención relacionadas con la enfermedad. En 2013 surgen dos leyes fundamentales para la consolidación de este nuevo referencial de salud mental en Colombia. La primera es la Ley Estatutaria 1618 (Congreso de la República de Colombia, 2013), que tiene como objeto garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, la segunda es la Ley 1616 de 2013, que tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental. Ambas retoman la definición de discapacidad como interacción entre las limitaciones individuales y las barreras sociales, y mencionan la inclusión social como un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos (Congreso de la República de Colombia, 2009; Congreso de la República de Colombia, 2013).

En el caso de la Ley Estatutaria de Discapacidad, pide integrar todas las políticas en pro de los derechos de la niñez con discapacidad, además especifica que todos los Ministerios y entidades del Gobierno Nacional, garantizarán el servicio de habilitación y rehabilitación integral en este curso de vida. En el Artículo 22, donde menciona la participación en la vida política y pública (Congreso de la República de Colombia, 2013):

Para el efecto, el Ministerio del Interior deberá dictar medidas que establezcan los requisitos que deban cumplirse para la creación y funcionamiento de las Organizaciones de personas con discapacidad que representen a las personas con discapacidad ante las instancias locales, nacionales e internacionales (...) Las alcaldías municipales y locales deberán implementar programas especiales de promoción de acciones comunitarias, servicios de apoyo de la comunidad y de asistencia domiciliaria y residencial, que faciliten la integración, relación y participación de las personas con discapacidad con los demás ciudadanos, incluida la asistencia personal para facilitar la vida digna, evitando el aislamiento, garantizando el acceso y la participación según sus necesidades. (p. 35).

Esta participación se especifica en la formulación, ejecución y veeduría de políticas públicas de discapacidad. En este artículo también se especifica aún más reconocimiento de la discapacidad psicosocial.

La Ley 1616 (Congreso de la República de Colombia, 2013), que se propone garantizar el ejercicio del derecho a la Salud Mental, prioriza niños, niñas y adolescentes, mediante modelos de promoción, prevención y atención integral e integrada, bajos los principios de Atención Primaria en Salud y da las bases para una política de salud mental, que tenga un enfoque de derechos, territorial y poblacional, incluyendo además el enfoque de curso de vida. En cuanto a la atención integral e integrada se refiere a la vinculación del talento humano con recursos suficientes, en los diferentes niveles de complejidad, con conjunción de los mismos.

Lo anterior, trasciende a la Rehabilitación psicosocial, donde se busca la lograr el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad, considerando nuevamente la mejoría en las competencias individuales y en las limitaciones del entorno, *potenciando las*

elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. Es así como los derechos que acá se ratifican van desde la atención integral, la psicoeducación y intervenciones poco restrictivas, hasta la inclusión social y la puesta en práctica de todos los derechos civiles, y esto, según su artículo 25, de prioridad en niños, niñas y adolescentes (Congreso de la República de Colombia, 2013). Estos términos recuerdan nuevamente el concepto de *libertad* planteado por Sen (2000), en el que se enfatiza la conversión de *capacidades* en *funciones*, además enfatiza en el rol que tiene la salud en todas las políticas públicas (como lo plantea la Declaración de Adelaida), para que los entornos brinden las oportunidades para esta conversión, y que apoyen y validen los valores que cada persona elija para su vida (Henaó et al., 2016).

En cuanto a la participación social en salud mental, en el artículo 27 la Ley de Salud Mental, especifica que el estado “deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental”. (Congreso de la República de Colombia, 2013, p. 56).

En relación con lo anterior, se precisa igualmente el Consejo Nacional de Salud Mental, para el seguimiento y evaluación de las políticas y leyes de salud mental. Este consejo tiene representación del mismo Ministerio de Salud, de las asociaciones de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, atención prehospitalaria, representantes de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y de los prestadores de servicios de salud; representantes de individuos con problemas o trastornos mentales, y sus familias; un representante de las facultades de ciencias de la salud, otro de las facultades de ciencias sociales, y otro de las

organizaciones sociales y comunitarias. Dicho consejo también debe integrarse, según la presente ley, en los departamentos del país. En las funciones de este consejo se hace más específica la intersectorialidad, al proponer como función el planteamiento de acciones intersectoriales y transectoriales para la atención y la prevención de la salud mental. Es así como también se da un plazo (16 meses) para expedir una Política Nacional de Salud Mental. Según lo menciona la Ley en su artículo 31 (Congreso de la República de Colombia, 2013), esta política deberá:

(...) ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.

Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decenal para la Salud Pública. (p. 78).

En concordancia con lo anterior, mediante la Resolución 1841 (Minsalud, 2013), se adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, que aborda los determinantes sociales de la salud, según la definición de Whitehead (1992), donde entiende estos determinantes como situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar,

calidad de vida y desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas, determinando así el estado de salud de una población. Se traza tres objetivos estratégicos, entre estos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes, y mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable (Minsalud, 2012).

Cabe anotar que en este documento se especifica la importancia de las personas como ejes de las acciones sectoriales y multisectoriales, especialmente en niños, niñas y adolescentes, considerándolos como sujetos de derechos. Este manejo entre múltiples sectores se incluye en la definición como intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, que tendrán la salud como un objetivo común.

Estos conceptos se respaldan en la 62 Asamblea Mundial de la Salud de 2009, en la cual se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en el interior de los países y entre ellos, mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional *de subsanar las desigualdades en una generación*” (OMS, 2009), incorporado la equidad sanitaria en todas las políticas, definida esta como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica. Es así como el modelo del PDSP se orienta la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social), sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano) y mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud), esto teniendo en cuenta una acción multisectorial y comunitaria (Minsalud, 2012).

Posteriormente, la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 (Minsalud, 2015), establece expresamente que la salud es un derecho autónomo fundamental, además, como lo refiere en su

artículo 12, también lo es la participación ciudadana en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud, desde la formulación, implementación y veeduría. De esta forma, se tiende a superar un enfoque de riesgo dado desde la Ley 100 de 1993, y ahonda aún más en la función del estado en la adopción de políticas públicas que logren la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. En su artículo 20, se menciona el deber del gobierno de implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial para lograr la salud en términos de promoción, prevención, atención integral y rehabilitación (Congreso de la República de Colombia, 2015).

En octubre de 2018 y enero de 2019 surgen, respectivamente, las Resoluciones 4886 (Política Nacional de Salud Mental) y 089 (Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas), ambas con una estructura similar en su distribución por ejes de acción, que orientan estratégicamente acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias; y con principios y enfoques compartidos. Cada eje propone una línea acción para ejecutar en los territorios cada política (Minsalud, 2018; Minsalud, 2019).

1. Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos: Generación y fortalecimiento de entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables; Promoción del involucramiento parental; Educación en habilidades psicosociales para la vida propuestas por la OMS; Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental; Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; Cualificar los dispositivos de base comunitaria adaptándolos.

2. Prevención de la conducta suicida: Fortalecer las acciones de prevención de la epilepsia; Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en salud mental y epilepsia en la atención de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna.
3. Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral).
4. Rehabilitación integral e Inclusión social: Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia; Remitir oportunamente los casos detectados a los servicios de salud y a otros sectores, y realizar seguimiento con la familia y la comunidad; Apoyar y acompañar a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales incluyendo el fortalecimiento de capacidades para el manejo del trastorno mental; Conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua; Fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social; Fortalecer redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales; Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.
5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial: Descripción de las acciones y estrategias dirigidas a la identificación y transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida; Diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención

integral en salud mental; La promoción, fortalecimiento y gestión de lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos (como también se menciona en la Ley 1616 de 2013). (p.42-44).

Como metas estas resoluciones, se propone a 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto infligidas a 4,7 por 100.000 habitantes, disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados. En relación al consumo de sustancias psicoactivas se propone aumentar las redes sociales, comunitarias e institucionales que gestionan acciones frente al consumo de sustancias psicoactivas, además las familias que gestionan el cuidado y protección de sus integrantes; mantener por debajo del 6.8% la prevalencia de año del consumo de marihuana en la población escolar, aumentar la edad promedio de inicio del consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años y posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de los 14 años (Minsalud, 2018; Minsalud, 2019).

En abril de 2020 se publica el CONPES, Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia, que identifica como diagnóstico una baja articulación de sectores en el abordaje de la salud mental, entornos que no promueven la salud mental, con una limitada gestión del conocimiento, y debilidades de las instituciones para la atención y la inclusión social de personas con problemas o trastornos neuropsiquiátricos. Basados en lo anterior, este documento se plantea como objetivo promover la salud mental, y para lograrlo se traza tres ejes de acción: aumentar la

coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos mentales o consumo de SPA; fortalecer los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas, y desarrollar competencias socioemocionales en toda la población; y mejorar la atención en salud mental e inclusión social de personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de SPA por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social. De igual forma menciona, que se desarrollará en un horizonte de 4 años, con un costo estimado de 1.120.850 millones de pesos colombianos (Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, 2020).

En 1998 se da la primera Política Nacional de Salud Mental, la cual incluyó directrices de la OMS sobre atención primaria y promoción de la salud emocional, desarrollo socioeconómico y calidad de vida. Esta política relacionó por primera vez la salud mental con los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, y con violencias, incluidas las del conflicto armado (CONPES, 2020).

Así mismo, apuntó a la prevención en la aparición de la enfermedad mental, reorientación y mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y actuación conjunta con la vigilancia en salud pública (Parales et al., 2018).

La Rehabilitación Basada En Comunidad Como Recuperación De La Libertad

Desde los jóvenes y desde la evidencia científica encontrada en adultos con problemas o trastornos neuropsiquiátricos, el abordaje biológico resulta insuficiente e ineficaz sin las intervenciones psicosociales. Al respecto, Foucault (2016) agrega, al hablar de la conciencia enferma en el capítulo previamente citado, que la conciencia enferma no solo perturba el medio espaciotemporal, el Umwelt (el “ambiente”) en sus estructuras existenciales; también afecta al Mitwelt (“las personas del entorno”), el universo social y cultural. Esto nos recuerda, en palabras de Tarde (2006), que todo fenómeno es un hecho social (...) Todas las ciencias parecen destinadas a devenir ramas de la sociología.

En relación con la urgencia que tiene la sociedad de atender a la inconformidad creadora juvenil, para mejorar, entre otros aspectos, la salud mental de este curso de vida y de toda la población y, de esta forma, impactar en los indicadores de enfermedad mental, se han propuesto en la evidencia científica y en las políticas de salud mental y de atención al consumo de sustancias psicoactivas, la inclusión social y la rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Esta última, se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación (Organización Mundial de la Salud, 2004). La Rehabilitación Basada en la Comunidad es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad (incluida la discapacidad psicosocial).

El Ministerio de Salud y Protección Social (2022c), define la RBC como una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas

con Discapacidad y grupos de apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país.

Dentro de los objetivos, esta estrategia plantea impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación, y aunque en sus inicios se centra en la discapacidad, evoluciona al cumplimiento de los derechos humanos y las acciones para abordar las desigualdades y aliviar la pobreza (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En este punto, considera mecanismos para hacer a las comunidades más inclusivas, con capacidad de observarse a sí misma y de estudiar cómo afectan las políticas, las leyes y las prácticas habituales a todos los miembros de la comunidad, para, de esta forma, hacer frente a las barreras que limiten la participación no sólo de personas con discapacidad sino de toda la comunidad en general.

Lo anterior, reafirma el enfoque de capacidades de Nussbaum (2012), donde se sugiere que la política pública debería prestar particular atención a toda institución cuya influencia en la formación de capacidades sea profunda, en cuanto un mero mínimo de justicia social implicará llevar a los ciudadanos a un umbral mínimo de capacidades.

En Colombia, como otras definiciones de Rehabilitación Basada en Comunidad, se consideran las siguientes:

- Una estrategia de desarrollo comunitaria para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidades (OMS, 2004).

- Proceso de desarrollo local inclusivo de carácter intersectorial que aporta a la atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial y para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental (Minsalud, 2021).
- Una estrategia de desarrollo socioeconómico de inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las organizaciones de personas con discapacidad y grupos de apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país.
- Una estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad, problemas o trastornos mentales o afectaciones psicosociales, sus familias y cuidadores (Minsalud, 2018).

La definición de la OMS (2017) de gobernanza global se refiere a la implementación de políticas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos (WHO, 1998). Otros conceptos, como gobernanza en salud, surgieron para referirse a las acciones adoptadas por una sociedad para organizarse en la promoción y protección de la salud (Bazzani, 2010). Es un hecho social, dotada de características analizables e interpretables, en el sentido de que cada sociedad desarrolla sus modos de gobernanza, sus sistemas de toma de decisión o de resolución de conflictos entre sus miembros, sus normas e instituciones (Minoletti et al., 2018).

Existe una necesidad de conexión entre los determinantes globales y la salud; y dicha conexión, que la mayoría de veces asume la salud pública, está condicionada por el contexto

político internacional y el ejercicio de los derechos humanos en general. Dos fenómenos condicionan el surgimiento y el desarrollo de la salud global (concepto centrado en la equidad, la justicia y la solidaridad): la globalidad y la gobernanza. La globalidad lo hace en relación con el plano filosófico y conceptual de la salud global, y la gobernanza, vinculándola con la realidad política, con la praxis de la salud global (Franco-Giraldo, 2016).

Según Díaz-Castro et al., (2017), se han encontrado en países de Latinoamérica, en términos de salud mental, algunos problemas que atañen a la gobernanza y a la participación social en salud, entre estos: recursos de investigación escasos, fragmentación funcional de los sistemas de salud mental, ausencia de un sistema nacional de salud, falta de políticas que incidan directamente en la organización y en la provisión de servicios, o políticas que se gestionan equivocadamente. Lo que se suma a los retos en términos de pobreza y exclusión social, y a los crecientes problemas de desempleo, subempleo, informalidad, desigualdad social y de género, e inseguridad ciudadana (Barba, 2004). Estos determinantes sociales tienen un impacto mayor en los jóvenes y en las personas con problemas o trastornos mentales (Patel, et al., 2018).

Grupos de Ayuda Mutua: ¿Qué Son y Cómo Funcionan en los Contextos?

Como menciona Chaudhary et al. (2013) el término “grupo de autoayuda” aún puede provocar confusión y puede significar muchas cosas para diferentes personas, y, por lo tanto, cualquier investigación o análisis teórico necesita comenzar con una aclaración de lo que se incluye dentro de este concepto.

Dentro de los métodos que usa la RBC se encuentran los grupos de ayuda mutua, los cuales son lugares de encuentro, para conformar redes entre pares o iguales como un medio para enfrentarse a problemas específicos, satisfacer unas necesidades comunes y obtener los cambios sociales o personales deseados (Martín-Ferrari et al., 2000). Estos grupos sirven como lugares de encuentro psíquico, tienen como funciones:

- Promover el sentimiento psicológico de comunidad. Al estar sentado frente a otras personas que están pasando por circunstancias similares a ella o que tienen características comunes disminuye la percepción de fracaso, de aislamiento, de no comprensión y la autoevaluación negativa.
- Proporcionar una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria que no se ajustan a la norma ideal.
- Posibilitan un sentido de identidad personal y reducen los sentimientos de incertidumbre, temor, rechazo y ambigüedad generados a partir de cómo sienten que les trata la sociedad.
- Proporcionan una oportunidad para la autorevelación y la crítica mutua. El clima de igualdad y solidaridad creado en el grupo ayuda a los participantes a compartir sus sentimientos y experiencias animándoles a hablar y reconocer sentimientos de fracaso, culpa, temor... relacionado con las experiencias que tienen en común.
- Enseña estrategias efectivas para afrontar las situaciones cotidianas. El contexto grupal facilita experimentar nuevas reacciones, apoyando a los miembros ante cualquier fracaso y mostrando alegría y refuerzo ante los éxitos de sus miembros, aunque estos sean pequeños.
- Proporciona una red de relaciones sociales.

Aunque se ha mencionado que existe una falta de acuerdo sobre las definiciones de los grupos para la salud mental, múltiples autores como Chaudhary et al., (2013), Wilson (2014), Borkman (1999), Steinke (2000) y Baldacchino & Hussein Rassool (2006), coinciden en grupos donde se brinda apoyo mutuo entre pares, con reuniones presenciales o virtuales, de forma voluntaria, en respuesta a un problema o situación social o de salud compartida, y donde el control del grupo permanece con sus miembros en lugar de una agencia externa en el caso de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), ya que, en los grupos de apoyo este control se encuentra en el personal de salud o los facilitadores (Ngai et al., 2021).

Los GAM deben diferenciarse de los grupos de apoyo, los cuales, aunque también son acciones grupales para la salud mental, son convocados y liderados por profesionales de la salud, con previo entrenamiento para tal fin. Tienen además objetivos más específicos, como crear un ambiente de acogida y confianza, donde se facilita el aprendizaje, la identificación y reactivación, o puesta en marcha, de los recursos (tanto emocionales, como familiares, sociales, institucionales, entre otros), con los que cuentan las personas para afrontar las situaciones conflictivas. Estos grupos poseen un encuadre más estricto, como determinado número de sesiones y una duración específica de las mismas.

Varios términos en la literatura con diferentes significados caen bajo el paraguas de autoayuda de salud mental, incluidos los grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo mutuo, grupos de ayuda mutua, grupos de autoayuda, organizaciones dirigidas por consumidores, iniciativas de consumidores/supervivientes, centros de acogida de consumidores, centros de autoayuda operados por consumidores, agencias de autoayuda, organizaciones dirigidas por pares, empresas

dirigidas por consumidores, programas de autoayuda, servicios prestados por el consumidor y servicios administrados por el consumidor (Brown et al., 2008),

Para Brown et al. (2008), en un extremo del continuo de la estructura organizacional se encuentran las asociaciones de base informales y no estructuradas que operan únicamente con las contribuciones voluntarias de los miembros del grupo. Los grupos de autoayuda (también conocidos como grupos de ayuda mutua, apoyo mutuo y ayuda mutua) ejemplifican esta estructura. En el otro extremo del continuo se encuentran las agencias formales sin fines de lucro operadas por personal remunerado (Brown et al., 2008) donde también podrían ubicarse el apoyo de pares como una estrategia legítima para promover la recuperación (Fortuna et al., 2022)

Otras definiciones y aspectos del funcionamiento de intervenciones grupales para la salud mental, incluyen grupos informativos (que tienen como principal objetivo ayudar a las familias a cuidar mejor al enfermo a través de información médica y/o de atención de enfermería) (Gräbel et al., 2010)

Cohen et al. (2012) definen los grupos de autoayuda de salud mental como cualquier iniciativa orientada al apoyo mutuo dirigida por personas con enfermedades mentales o sus familiares. Algunos pueden estar principalmente interesados en brindar apoyo entre pares, otros pueden dedicar sus esfuerzos a cambiar las políticas públicas y, en términos más generales, cambiar las actitudes de la comunidad frente a los problemas mentales. Para Hernández et al. (2010) los grupos de ayuda, como lo son organizaciones de personas que comparten problemas psicológicos, físicos o existenciales similares; donde los participantes se reúnen con el propósito de ampliar sus propios conocimientos, aprender de las experiencias de los demás de la misma manera en que consideran que a través de ellas pueden aprender unos de otros, y/o desean

mejorar su calidad de vida. Esto coincide con la definición que Manning et al. (2020) para problemas relacionados con el uso de sustancias, donde asemejan el apoyo por pares y la ayuda mutua, y lo definen como el proceso de dar y recibir asistencia no profesional y no clínica de personas con condiciones o circunstancias similares, para lograr la recuperación a largo plazo de problemas psiquiátricos o asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

A la definición anterior se suman autores como Ngai et al. (2021b), que relacionan los GAM con un grupo de personas que comparten un problema similar, que se reúnen regularmente para intercambiar conocimientos e información y para dar y recibir apoyo emocional y psicológico. Este encuentro brinda un sentido único de comunidad, aceptación incondicional, información, empoderamiento, mayor confianza en sí mismos y un sentido de autodeterminación para los participantes (Sample et al., 2018)

Otro concepto abordado por las definiciones de las intervenciones grupales y la ayuda mutua, se relaciona con el concepto de amistad de autoayuda (Trojan et al., 2016), que además se ha asociado con mayores niveles de participación en salud y de continuidad en el cuidado.

Otros autores como Williams, (2004) muestran como los grupos de autoayuda surgieron de los movimientos de derechos civiles en las décadas de 1960 y 1970. Actualmente esto ha cambiado hacia una respuesta a una condición de salud específica o una situación social con el potencial de afectar la salud y el bienestar, como el duelo o el divorcio, por lo que se han descrito como asociaciones de individuos que se reúnen, ya sea presencial o virtualmente, de forma voluntaria, en respuesta a un problema o situación social o de salud compartida; el control del grupo permanece con sus miembros en lugar de una agencia externa; y dentro del grupo se

brinda apoyo mutuo entre pares para un problema que, más allá de ser común, resulta compartido (Chaudhary et al., 2010; Matusow, 2013)

Para Munn-Giddings (2003) más allá de estas características básicas, donde convergen la mayoría por un problema en común, los grupos de autoayuda muestran una diversidad asombrosa, desde pequeños grupos que se reúnen en los hogares de los demás hasta grandes organizaciones nacionales. El apoyo que ofrecen puede ser a través de relaciones cercanas, de tipo amistad, o dentro de estructuras de reglas rígidas, como dentro de grupos de '12 pasos' como Alcohólicos o Jugadores Anónimos y, cada vez más, a través de medios electrónicos (Chaudhary et al., 2013). Su propósito y orientación abarca un rango desde aquellos grupos que parecen estar totalmente centrados en el interior, es decir, en las preocupaciones específicas de sus miembros, hasta aquellos que se enfocan hacia afuera, a través de la defensa o campañas, en los déficits dentro de la sociedad en general (Chaudhary et al., 2013; Munn-Giddings, 2003).

Sin embargo, aparte de surgir como reacción a una respuesta inadecuada a los problemas de salud mental y convertirse en herramienta de manejo, autores como Chaudhary et al. (2013) y Scambler & Kelleher (2006), proponen desde un marco habermasiano, que más allá de un uso individual, esta acción grupal entran a una categoría de movimiento social, donde el discurso en la esfera pública debería implicar la discusión sobre interpretaciones de la enfermedad, como sobre cuestiones morales universales como la libertad y la justicia (Chaudhary et al., 2013).

En este sentido, para Habermas (1989), la comunicación efectiva en la esfera pública depende de una separación entre el sistema y el mundo real, lo que se vive en los GAM, y hace que funcionen bajo los principios de democracia y descentralización (Houston, 2002; Patil & Kiran, 2017).

Para la Asociación Americana de Psicología -APA- (2019), los grupos de autoayuda se describen como "grupos compuestos por personas que se reúnen regularmente para ayudarse mutuamente a enfrentar un problema de la vida" (p.67). Los GAM se describen en la literatura bajo una variedad de términos que incluyen, por ejemplo, grupos de "ayuda mutua" y "apoyo mutuo", así como los términos más amplios "grupos de autoayuda" y "grupos de ayuda mutua", o "grupos de apoyo por pares" (Pistrang et al., 2010).

Otras características de los GAM son: presentan una participación relativamente mayor de los miembros en el liderazgo del grupo y con beneficios privados como una razón principal para unirse. Estos grupos tienen como características comunes: un objetivo principal de mejorar el bienestar de los miembros individuales, autogobierno y participación de los miembros en la toma de decisiones, dependencia principal de recursos recaudados internamente que podrían incluir contribuciones de los miembros de tiempo, mano de obra, dinero u otros activos o conocimientos; pertenencia voluntaria a individuos basada en una conexión de afinidad o interés común; interacciones regulares cara a cara entre los miembros (que tienden a limitar el tamaño del grupo) (Gugerty et al., 2019)

La autonomía anteriormente mencionada no excluye el acompañamiento que puede realizarse desde los planes de intervenciones colectivas. Al respecto, se ha encontrado en la literatura el rol de los facilitadores en los Grupos de Ayuda Mutua, encontrando que la eficacia del grupo no solo depende de las acciones de apoyo de los miembros, sino también de que los facilitadores desempeñen un papel importante en el grupo, aportando sus conocimientos y habilidades, así como fomentando la esperanza. La interacción de apoyo, que se refiere a la comunicación de sentimientos y al intercambio de apoyo mutuo y conocimiento experiencial

entre los miembros del grupo, tiende a tener una influencia positiva en la adherencia al tratamiento de los miembros (Ngai et al., 2021a).

Los GAM son grupos que proporcionan un entorno que fomentan interacciones sociales mediante las cuales se aprenden habilidades para enfrentar problemas, se satisfacen necesidades comunes, se obtiene información y se accede a apoyo material con el fin de alcanzar cambios deseados a nivel social o personal (Domenech López, 2008; Martín-Ferrari et al., 2000; Solomon, 2004).

Según la revisión realizada por Pistrang et al. (2008), los GAM benefician a las personas con tres tipos de problemas: la enfermedad mental crónica, la depresión / ansiedad, y el duelo. Hernández et al. (2010) en un estudio similar, encontró que los GAM reducen los síntomas, disminuyen el número de ingresos hospitalarios, previenen recaídas, disminuyen los sentimientos de aislamiento, reducen del estigma y el auto-estigma, aumentan la satisfacción y mejoran las habilidades sociales y el empoderamiento.

Según los principios para los GAM propuestos por Shulman & Gitterman, algunos objetivos de los grupos de ayuda mutua podrían establecerse como los siguientes (Akin Taiwo, et al., 2021):

1. Formar las propias potencialidades de los vecinos en la ayuda mutua y el autogobierno de su propio grupo.
2. Mejorar la autoconciencia y comprensión mutua.
3. Mejorar las habilidades de los residentes para formular su propio plan future.

4. Aumentar la capacidad para hacer frente a los propios asuntos y problemas en el proceso de tratamiento y recuperación de la salud mental.

Lo anterior, podría coincidir con algunas pautas propuestas por Pearce et al. (2016) que mencionan como componentes nucleares del apoyo a la gestión propia de los problemas y trastornos no transmisibles: lenguaje comprensible, informar sobre recursos disponibles, entrenamiento en habilidades para la vida, entrenamiento en estrategias psicológicas, apoyo social, consejos sobre estilos de vida. Pese a algunas aproximaciones, no se han definido claramente los componentes nucleares (aquellas estrategias, características o principios que se asocian con el buen funcionamiento de una estrategia) de los GAM, especialmente en jóvenes.

Grupos de Ayuda Mutua en Colombia.

En la década de los 70 comenzó lo que se denominó la “revolución de la autoayuda”, con grupos denominados Esquizofrénicos Anónimos, Depression and Bipolar Support Alliance y Emotions Anonymous, etc. Esto se dio como respuesta a la desinstitucionalización, con una postura de rechazo al tratamiento psiquiátrico convencional y a la hospitalización (Brown et al., 2008), por su parte, los estados Miembros de la OPS (2005) adoptaron la Declaración de Montevideo, que menciona:

La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que, con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud, se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados. (p.10).

El cambio progresivo de la atención institucional a la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), denota unas nuevas consideraciones éticas, sociales y administrativas relacionadas con la formulación de políticas y programas de salud mental (Patel et al., 2018). Pese a lo anterior, aún existe una falla en la aceptación de las intervenciones por parte de las comunidades que más las necesitan (Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade, 2021; Allotey, et al. 2008). La RBC se centra en mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con trastornos mentales, sus familias y sus comunidades, favoreciendo la igualdad de oportunidades y la integración social (WHO, 2012). En este capítulo se abordarán los elementos principales de la Rehabilitación Basada en Comunidad en Colombia, especialmente los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), que resultan centrales en el desarrollo de esta investigación.

Aranzazu y Manizales Elige la Vida.

Antes de la publicación de la Política Nacional de Salud Mental, Rojas-Bernal et al., (2018), realizaron una revisión sobre la salud mental en Colombia, la cual subrayó la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, relacionadas con diferentes factores del sistema de salud y de sus integrantes; y dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutive de sus necesidades. En este sentido, pese a los avances teóricos y metodológicos, se han descrito dificultades para realizar estrategias de salud mental comunitaria en Colombia (Agudelo-

Hernández & Rojas-Andrade, 2021) y se evidencian fallas en la aceptación de las intervenciones por parte de las comunidades que más las necesitan (Allotey et al., 2008).

La Guía técnica para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), hace énfasis en la incidencia territorial para la adopción de las políticas, la movilización de la participación ciudadana, la identificación, la aplicación y el seguimiento de acciones e intervenciones que incidan de manera positiva en la salud mental de las personas, familias y comunidades. Se establece además, como monitoreo de esta política, indicadores de proceso, gestión y resultado que permitan identificar claramente las metas territoriales y su contribución a las metas nacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), pese a lo anterior, se han descrito solo 22 programas, en su mayoría no representativos de una región, que muestran la aplicación de los ejes mencionados en las políticas públicas, sin otros estudios que hayan indagado cómo es la puesta en práctica de estas resoluciones o de los programas que contienen.

Caso Aranzazu

Entre los 22 programas mencionados como experiencias demostrativas de implementación de la Política Nacional de Salud Mental, se encuentra el caso de Aranzazu: *Rehabilitación basada en comunidad para Trastorno Afectivo Bipolar: Experiencia del Municipio Araanzazu. Departamento Caldas* (Minsalud, 2019).

Aranzazu es un municipio del departamento de Caldas, ubicado en la región centro occidente de Colombia, con una población de 12 181 habitantes, aproximadamente. Está ubicado al norte del departamento, a 52 kilómetros de la capital del departamento, Manizales. La base

económica del municipio son las actividades agropecuarias, aunque en los últimos años cada vez son más frecuentes los trabajos informales en el extranjero.

Como datos relacionados con la salud del municipio de Aranzazu, se encuentra que el principal diagnóstico de consulta es el trastorno depresivo, seguido del Trastorno de Ansiedad y del Trastorno Bipolar. En cuanto a las edades más frecuentes de diagnóstico, se tiene una mayor presentación en jóvenes. Por otra parte se tiene que gran parte de la población con diagnóstico se encuentra en la zona urbana, lo que se traduce en un posible subdiagnóstico en el área rural.

En el primer semestre del 2016 se presentaron 24 intentos suicidas, de estos aproximadamente el 50% eran jóvenes. En el 2015 hubo un costo hospitalario de régimen subsidiado de pacientes de Aranzazu de 188 632 810 pesos, desglosados en 6 260 272 pesos para la consulta externa, y en 182 228 338 pesos en hospitalizaciones (Datos del hospital psiquiátrico de la región). Se considera además a nivel regional e incluso nacional, este municipio tiene una historia de estigmatización, por ser reconocido como “pueblo de locos” o ”pueblo de bipolares”, incluso evaluado en múltiples ocasiones por varias universidades desde un punto de vista genético, sin considerar otros aspectos sociales.

Basados en lo anterior, la comunidad de Aranzazu se propuso realizar una estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad para la salud mental, que tuvo como propósito disminuir las hospitalizaciones, las tasas de conducta suicida y aumentar la libertad de las personas y familias con trastornos mentales. Para esto, la comunidad acudió a las autoridades locales de salud y a la alcaldía en 2017. Los objetivos que se trazaron fueron:

- Implementar una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad e inclusión social en las familias con un integrante con Trastorno Bipolar o psicopatología grave.
- Caracterizar en riesgo psicosocial e intervenir de forma integral a familias con Trastorno Bipolar.
- Conformar un equipo líder en bienestar mental integrado por voluntarios o líderes comunitarios, un profesional de enfermería, dos psicólogos, un trabajador social, un auxiliar de enfermería (o promotor de salud), un licenciado en educación física, recreación y deporte, y un interventor artístico.
- Realizar acciones multisectoriales para el abordaje de la salud mental con la comunidad.
- Desarrollar capacidades para la cualificación de un equipo interdisciplinario en bienestar mental.
- Identificar las necesidades en salud mental del individuo, la familia y el cuidador en la zona urbana del municipio de Aranzazu.
- Fomentar habilidades a nivel individual, familiar y comunitario en lo referente de bienestar mental.
- Impactar el estigma y discriminación, mitos y realidades sobre la enfermedad mental y su tratamiento.
- Instaurar la capacidad de respuesta a nivel comunitario e institucional a través de una Ruta Integral de Atención en Salud Mental.

Entre los pasos para la implementación se determinaron:

Conformación y capacitación de un equipo en bienestar mental, para que a través del mismo se pueda llevar a cabo una caracterización completa e integral de la población, elaborándose así un diagnóstico situacional, desde el cual se puedan ejecutar acciones encaminadas al impacto de necesidades reales identificadas, por medio de la gestión de Atención Primaria Social, de acuerdo la estrategia RBC: conformación de un Red comunitaria, grupos de apoyo, y definiendo una Ruta Integral de Atención en Salud Mental, permitiendo la canalización y orientación adecuada de cada caso. Esta etapa se desarrolló en agosto- septiembre del 2017 y se usó el programa mhGAP (Programa de Acción para Reducir las Brechas en Salud Mental), con un formador certificado por la OPS.

Se determinó la población para ser intervenida a través de una búsqueda sistemática de personas diagnosticadas con trastornos mentales en las bases de datos del Hospital San Vicente de Paúl de Aranzazu. Además, a través de actividades de información (red local de televisión, emisora, difusión de volantes y afiches) a la comunidad que permita la identificación temprana de signos y síntomas de alarma. En este punto se encontraron determinaron riesgos psicosociales.

Se iniciaron las intervenciones integrales (manejo farmacológico, intervenciones psicoterapéuticas individuales y familiares, fortalecimiento de redes primarias y secundarias de apoyo) específicas a familias y comunidad en general, teniendo en cuenta la articulación con todas la disciplinas participantes del mismo.

Se conformó un grupo de ayuda mutua: se realizó una búsqueda de capacidades, intereses y planes, que coincidieron en la conformación de una huerta, y se buscó capacitación con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para formación básica en horticultura. Se solicitó

además a la alcaldía municipal un terrero en comodato para iniciar el proyecto de una huerta (Ver imagen 1).

Imagen 1. *Trabajo en el huerto*



Nota: Imagen del autor.

Se ofrecieron productos a la Federación Nacional de Cafeteros, quienes compraron plantas para el control biológico de plagas del café. Se diseñaron estrategias de atención integral sostenibles desde el primer nivel de atención, además de fortaleció al equipo en procesos de psicoterapia individual y de grupo, este último bajo el enfoque de la terapia multifamiliar. De forma paralela, se conformó un grupo de apoyo para madres, padres, cuidadores o cuidadoras, y sus hijos (niños, niñas o adolescentes), con problemas emocionales (Jordán-Quintero et al., 2020).

Entre otras actividades, se realizó capacitación de familias con trastornos mentales buscando en un futuro formación de empresa, utilización de telecomunicaciones para difundir

mensajes de detección temprana de psicopatología y promoción; concurso de afiches y noche de fuego en campaña de prevención del suicidio (Ver imagen 2); seguimientos a personas hospitalizadas y reaseguramiento de su red de apoyo, difusión de la intervención en nombre de la comunidad, buscando su empoderamiento.

Imagen 2. Concurso de Afiches: “Invitación a la vida”



Nota: Imagen del autor.

En este marco, se dio la redacción del Acta de la Plaza del Pueblo, basados en la premisa de la OMS “Nada sobre nosotros sin nosotros”, que dio lineamientos para próximas investigaciones genéticas en esta región (Ver Recuadro 1 e imagen 3).

Como resultados de la estrategia, se encuentra que en el 2018 redujo la conducta suicida de 24 casos a dos casos. De igual forma, se aumentaron las capacidades, lo que impactó en la recuperación funcional.

Recuadro 1. *Declaración de la Plaza del Pueblo*

El Equipo de Bienestar Mental, conformado por aranzacitas trabajadores de la salud mental, por representantes de los familiares con enfermedad mental, personero municipal y alcalde municipal, declaran que:

Se compromete a continuar trabajando desde los diferentes sectores por el aumento de las capacidades, la rehabilitación y la recuperación de las familias con enfermedad mental.

Se compromete a continuar realizando acciones para la promoción y el sostenimiento de la salud.

Dentro de sus acciones encuentra prioritaria la reducción del estigma al que ha estado sometido Aranzazu desde hace varios años. Dicha reducción se debe lograr con el reconocimiento de las acciones de la misma comunidad por la salud y de otras tantas cualidades con que cuentan los aranzacitas.

Comprendemos la importancia del desarrollo científico, sin embargo, este desarrollo no se puede lograr pasando por encima de los intereses de una comunidad que ha sido objeto de múltiples estudios y que en contadas ocasiones ha recibido un beneficio directo de los mismos.

No brindaremos apoyo a investigaciones que no contemplen entre sus objetivos principales y directos contribuir a la disminución del impacto de las patologías en nuestra población o a la promoción de la salud.

Brindaremos todo el apoyo posible a intervenciones e investigaciones que promuevan el reconocimiento de nuestra región y nos ayuden a gestionar la salud de nuestra comunidad.

Dada en la Plaza de Aranzazu-Caldas, el 24 de noviembre de 2018.

Sin embargo, se realizaron también acciones transversales que se relacionaron con promoción de la salud mental, estrategias para la detección temprana de psicopatología y generación de redes de apoyo en torno a la salud mental, dentro de las que se incluyen un grupo de apoyo y otro de ayuda mutua, con crecimiento en cantidad de personas y en acciones para la recuperación.

Imagen 3. Redacción del Acta de la Plaza del Pueblo



Nota: Imagen del autor.

Manizales elige la vida

En el año 2018 se llevó a cabo un proyecto titulado *Manizales elige la vida*, por parte de la Universidad de Manizales. Esta estrategia se planteó como objetivos la reducción de la conducta suicida y aumento de capacidades en las familias de niños, niñas y adolescentes de instituciones educativas públicas de la ciudad. Dicha propuesta estaba enmarcada en la Rehabilitación Basada en la Comunidad para salud mental (Delgado-Reyes & Agudelo-Hernández, 2022).

Se realizaron 1259 tamizaciones en niños y adolescentes escolarizados de 33 instituciones educativas del municipio de Manizales, de los cuales 374 (29.5%) tenían síntomas de riesgo alto para enfermedad mental, 192 (15%) síntomas de riesgo intermedio y 696 (55.5%) no tenían riesgo de enfermedad mental (45.5% con síntomas). Del total de tamizaciones se

encontró que 143 (11.3%) estudiantes hablaban de suicidio, y de estos 98 tenían síntomas de alto riesgo para enfermedad, 31 riesgo intermedio y 14 sin otros síntomas dentro de la escala de comportamiento infantil.

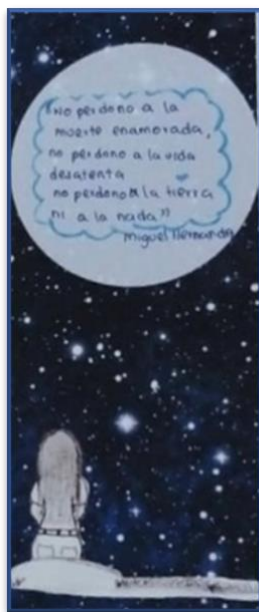
Para la intervención se plantearon los siguientes pasos expuestos en Delgado-Reyes & Agudelo-Hernández (2022):

1. Se conformaron tres equipos de gestión de riesgo en salud mental.
2. Se realizaron encuentros sedes educativas y otros escenarios como canchas, parques o casetas comunales con los cuales contaba la zona rural para activación de rutas de atención enfocada en el control de síntomas de niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores; estrategias de parentalidad y psicoeducación.
3. Se formó un grupo de ayuda mutua, en el cual se pretendió una estrategia de emprendimiento social, con la elaboración de estrellas para la navidad y de separadores de libros. En dicho grupo participaban de manera simultánea, niños, niñas y adolescentes y sus familias (Imagen 4).

Se evidenció una reducción del 85% de la conducta suicida en las personas intervenidas, según la nueva aplicación del CBCL y autorreporte personal y familiar de conducta suicida. Con la nueva aplicación del CBCL se pudo observar disminución de las puntuaciones de riesgo en las escalas Depresión/ansiedad, aislamiento y problemas sociales tanto en las intervenciones integrales por el equipo médico como única intervención, y en el grupo de los que recibieron intervención integral y tuvieron participación en el grupo de ayuda, a favor de los participantes del grupo de ayuda mutua, según el índice del tamaño del efecto de la diferencia media tipificada

(d) a partir de la puntuación “t”. Los hallazgos se discuten a la luz de la literatura científica evidenciando que se hace necesario la implementación de grupos de ayuda mutua como un método económico y sostenible desde una base comunitaria para la reducción de síntomas afectivos y comportamentales.

Imagen 4. Separador de libro realizado por una joven del grupo de ayuda mutua.



Nota: Imagen del autor. Separador de libro realizado por una joven del grupo de ayuda mutua.

Los autores de dicha estrategia concluyeron que: “Durante la ejecución de la estrategia y como seguimiento a los diferentes casos detectados con riesgo moderado y alto en salud mental, se pudo evidenciar que el acceso a los servicios de salud mental es una odisea en Manizales (...). Hay una pobre aplicación de los lineamientos propuestos por la Resolución 4886 de 2018, en la que se implementa la Política Nacional de Salud Mental (a nivel local). El aula de clase y el colegio podrían ser lugares donde confluyen varios riesgos y, por lo tanto, de aquí podrían surgir

las soluciones donde se concreten las acciones de los sectores implicados.” (Delgado- Reyes & Agudelo-Hernández, 2022).

Lo que pueden juntos varios cuerpos jóvenes

He sido cordialmente invitado a formar parte del realismo visceral. Por supuesto, he aceptado. No hubo ceremonia de iniciación. Mejor así.

Roberto Bolaño página. Los detectives salvajes.

La palabra participación proviene del latín *participatio* y parte del término *capere*, que significa tomar parte (Corominas, 1994). En su primer artículo de la Constitución Colombiana, se define el Estado en los siguientes términos: «Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista» (Constitución Política de Colombia, 1991). Como mencionan Estrada et al. (2015), la participación en Colombia se manifiesta en una forma individual y otra colectiva o de grupo. La individual es la democracia representativa y proviene de las teorías de Rousseau y Montesquieu sobre la soberanía del pueblo: cada miembro de la comunidad tiene una porción del poder, no importan su sexo, su condición social ni su raza. Por su parte, la democracia representativa de participación colectiva, se refiere a la facultad de organizar grupos para ejercer la participación, por ejemplo, en un partido, un grupo de opinión, una huelga, una marcha o un periódico (Estrada et al., 2015), lo que más adelante abordaremos en las Políticas del Acontecimiento.

En este sentido, como herramienta del artículo 45 de la Constitución de 1991 de Colombia, en 1997 se expidió la Ley 375 o Ley de la juventud, para incluir a la juventud en la política social. Dicha ley establece que para los fines de participación y derechos sociales se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años de edad (Congreso de la República de Colombia, 1997), y su objeto es, según el artículo primero, establecer el marco institucional y

orientar políticas, planes y programas por parte del Estado y la sociedad civil para la juventud (Artículo 1), para de esta forma promover la formación integral del joven que contribuya con su desarrollo físico, psicológico, social y espiritual, en concordancia con la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 .

La participación juvenil podría definirse, según González & Duque (1990) como una forma de intervención social que le permite a los individuos reconocerse como actores que, al compartir una situación determinada, tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y que están en capacidad de traducirlas con una cierta autonomía frente a otros actores sociales y políticos.

En el departamento de Caldas, Peralta-Duque (2014) analiza la participación política y ciudadana de la juventud en los procesos de formulación e implementación de las políticas públicas de juventud. Menciona en su investigación que la Política Pública Juventud (PPJ) en Caldas, se ha trazado como metas:

- 1) Promover y fortalecer la participación y organización formal e informal de los jóvenes. Reconocer a los jóvenes como interlocutores válidos en todos los escenarios de la vida cotidiana.
- 2) Establecer la semana de la juventud en todos los municipios del departamento para visibilizar las necesidades, intereses y expectativas de los jóvenes, así como sus potencialidades artísticas y culturales.
- 3) Fortalecer y reconocer el rol del Consejos Departamentales de Juventud CDJ y los Consejos Municipales de Juventud CMJ, en la planeación y gestión del desarrollo territorial. (p.47).

Sin embargo, la autora menciona que dichas relaciones entre la institucionalidad pública y los jóvenes como agentes sociales centrales en la construcción de una cultura política democrática en el país, han estado ausentes, con una exclusión social desde lo político, lo social y lo cultural, negando posibilidades ciudadanas y ejecutando un modelo descentralizador de la gestión pública que más allá de reconocer los problemas colectivos no ha sido asertiva para precisar enfoques y herramientas coherente con los cambios propios de las dinámicas sociales (Peralta-Duque, 2021), al igual que con las necesidades propias de cada momento de desarrollo neurológico, psicosocial y moral, de la niñez y la juventud. La autora menciona:

Desde el punto de vista del sentir de los jóvenes y contrario de las afirmaciones de los autores del Plan ellos no se han sentido incluidos por completo en el diseño e implementación de las PPJ (...). Prevalece la ausencia de relaciones interinstitucionales, entre actores gubernamentales, no gubernamentales y académicos que ha obstaculizado la formulación del Plan Decenal de Juventud en Caldas 2006 – 2016. (p.79).

Dicha investigación concluye diciendo que aún no se ha logrado consolidar el reconocimiento de la población juvenil y que en materia legislativa, hay unos inmensos vacíos y falta de actualidad en la política de juventud en el país. Lo anterior, resulta vigente 6 años después de dicho análisis en términos de salud mental. Después de formuladas las políticas públicas específicas (Resolución 4886 de 2018 y 089 de 2019) y la Política de Participación en Salud, la participación juvenil en la gestión de su salud mental y de sus comunidades, sigue siendo deficiente, con el impacto creciente en términos de años de vida perdidos por discapacidad enmarcados en fenómenos de violencia interpersonal, conducta suicida y consumo problemático de sustancias psicoactivas.

La participación juvenil exige un contacto constante con los adultos, debe darse un proceso de aprendizaje para ellos. Este aprendizaje debe iniciarse con los conceptos de desarrollo psicosocial. Autores como Hart (1993) definen la participación como una capacidad y, como tal, insiste en la necesidad de acompañar a la niñez en la estructuración y puesta en práctica de la misma, considerando aspectos propios del desarrollo como una adquisición progresiva de mayores niveles de habilidad relacionados con el contexto y con la cultura, habilidades que deben ser escuchadas, a veces interpretadas, y siempre atendidas. Esta capacidad permite poder expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive (Hart, 1993).

En este sentido, el mismo autor especifica el papel de la sociedad en dicha participación, el cual consiste en escuchar, crear espacios de consulta y diálogo y salvar la desconfianza generacional (Hart, 1993). De hecho, los procesos de participación en las instituciones de protección como en salud y educación, tiene implicaciones éticas que demandan del adulto una actitud de honestidad y respeto consigo mismo y con los demás (Estrada et al., 2015). Dicha actitud debe iniciar con la comprensión del desarrollo psicosocial, en donde varias teorías podrían considerarse.

Desarrollo Psicosocial Hasta la Juventud.

El odio, una película francesa, mientras señala algunas características propias del desarrollo adolescente, nos muestra cómo los adolescentes se identifican fácilmente con figuras de resistencia juvenil (El odio, Mathieu Kassovitz 1995). A modo de epígrafe, este largometraje inicia diciendo: “Es la historia de un hombre que cae de un piso cincuenta. Y que se repite según

va cayendo, para tranquilizarse: hasta ahora todo va bien, hasta ahora todo va bien, hasta ahora todo va bien... Pero lo importante no es la caída, sino el aterrizaje". Dicho aterrizaje podría ser en algunos jóvenes una comprensión de su contexto, un darse cuenta de sus posibilidades, una afirmación de sus deseos y de su forma de ser por parte de sí mismo y de quienes lo rodean. Pero en otros casos este aterrizaje equivale a la conducta suicida, los trastornos por consumo de sustancias, el abandono escolar, que traduce en la pérdida de capacidades y funciones, académicas, laborales, éticas, pero también participativas... la contradicción de la libertad que reafirma el espíritu juvenil.

Aunque la OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2021), en términos de desarrollo psicosocial se puede asumir más como un estado mental, que como un periodo. Como lo menciona Jeammet (1989), el adolescente es una persona que se ve confrontada en un determinado momento de la vida, después de la pubertad, a la necesidad de replantear los equilibrios antes logrados entre el sujeto y su cuerpo, entre sí mismo y los otros, entre el narcisismo y las relaciones objetales, su universo interno y el mundo externo (Jeammet, 1989). Al igual que otros autores, que prefieren hablar de juventud ya que actualmente este rango incluye los cambios biológicos y la transición en los roles sociales que mencionaremos a continuación (Breinbauer et al., 2005).

La tarea central de este período fue definida por Erikson como la búsqueda de la identidad, la cual hace a la persona diferente tanto de su familia, como de sus pares y del resto de los seres humanos. Se busca la respuesta, más en estos años que en cualquier otros, a ¿quién soy yo?, buscando un sentido coherente y estable de quién se es, que no cambie significativamente de una situación a otra y que ayude a resolver los avatares derivados del contexto genético,

cultural e histórico de cada persona. El logro de dicha identidad, implica, según Erikson (Gaete, 2015):

- La aceptación del propio cuerpo.
- El conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad.
- La identidad sexual.
- La identidad vocacional.
- Ideología personal (filosofía de vida), que incluya valores propios (identidad moral)

Este autoconocimiento, no aparece como consecuencia inexorable del desarrollo, sino que es producto de un proceso activo de búsqueda, y al cual subyacen unas particularidades neurobiológicas que se deben tener en cuenta, pues se traducen en el aumento de los impulsos, en la búsqueda sensorial, en la poca medición de riesgo y en algunas diferencias en los procesos ejecutivos.

Durante el desarrollo del cerebro desde la niñez hasta la adolescencia y hasta la edad adulta, ocurren varios cambios, muchos de los cuales afectan el funcionamiento del circuito de recompensa, una unidad funcional compuesta por varias estructuras del sistema nervioso central que obedece a estímulos específicos y naturales, y que está regulada por neurotransmisores, para permitir que el individuo desarrolle conductas aprendidas que responden a hechos placenteros o de desagrado. En este circuito se encuentra el núcleo accumbens, parte de los ganglios basales (conjunto de estructuras subcorticales que sirven como una interfaz crítica entre los circuitos límbicos y motores, lo que esencialmente permite que las respuestas emocionales se traduzcan en actividad motora). Se transporta información hasta el núcleo accumbens, de tipo sensorial

multimodal procesada de la amígdala cerebral y la información de la memoria contextual del hipocampo.

Es importante destacar que la corteza prefrontal proporciona control ejecutivo e información para la toma de decisiones al núcleo accumbens, y estas aferencias corticales prefrontales sirven como una fuente principal de control inhibitorio sobre los impulsos subcorticales. La maduración no ocurre simultáneamente en todo el cerebro; más bien, varias áreas del cerebro maduran a diferentes ritmos durante el desarrollo. Entre las primeras áreas en madurar se encuentran las estructuras subcorticales, incluido el núcleo accumbens (Sharma & Morrow, 2016).

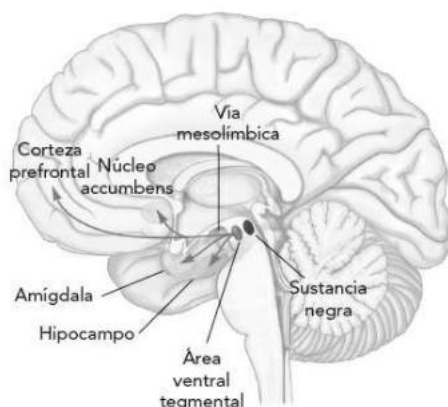
Gogtay et al. (2004), al estudiar este desarrollo mediante resonancia magnética, encontraron que las cortezas de asociación de orden superior maduraban más tarde que cortezas sensitivomotoras primarias. Entre las últimas regiones del cerebro en madurar se encuentra la corteza prefrontal, estructura donde se llevan a cabo en su gran mayoría las funciones ejecutivas.

De igual forma, se ha encontrado que los niveles basales de dopamina (neurotransmisor relacionado con la sensación de placer) pueden ser más bajos en los adolescentes en comparación con los adultos y los estímulos gratificantes tienden a evocar niveles más altos de liberación de dopamina en los adolescentes (Laviola et al., 2016). Todas las sensaciones de placer, tienen su origen en la dopamina, que es liberada principalmente por el área tectamental ventral y la sustancia negra.

Las neuronas de la región tectamental ventral extienden sus axones al hipocampo, que se ocupa de los recuerdos, y a las tres estructuras cerebrales más importantes para la regulación de

las emociones: la amígdala, que las organiza; el núcleo accumbens, que modera su impacto; y la corteza prefrontal, que impone voluntad y control a la amígdala (ver figura 3) (Kandel, 2019).

Figura 3. Vías principales del sistema de recompensa



Nota. Vías principales del sistema de recompensa. Tomada de Kandel (2019).

El proceso de maduración se inicia en la parte posterior del cerebro hasta la parte anterior, se alcanza primero en la corteza sensoriomotora primaria, y por último, en áreas de asociación como la corteza prefrontal, parietal y temporal. Con la posterior maduración de la corteza parietal, frontal y temporal se desarrolla la autorregulación, la cognición social, las funciones cognitivas superiores, el control del comportamiento, la planificación y la evaluación del riesgo que finalmente se van a ver reflejados en los cambios cognitivos y emocionales, lo que favorece el establecimiento y el fomento de las relaciones íntimas, el desarrollo de la identidad, las perspectivas futuras, la independencia, la autoconfianza, el autocontrol y las habilidades sociales (Dumontheil, 2016; Konrad et al., 2013). En este sentido, el núcleo accumbens logra su

desarrollo en la niñez, mientras la corteza prefrontal lo hace en la edad adulta (Sharma & Morrow, 2016)

Las demandas externas comienzan a ejercer más influencia, incluidas las presiones académicas, el empleo y, en general, mayores niveles de responsabilidad. La influencia y la aprobación de los compañeros se vuelven más importantes y el enfoque social se aleja (o por lo menos lo intenta) de la familia de origen, lo cual, algunos autores (Carvajal, 1993) consideran necesario para la consolidación de dicha identidad.

El constante cuestionamiento a su entorno y a los otros responde, según a la necesidad que tienen de sentirse creadores en sus relaciones y en su comportamiento social. Lo anterior, habla de la importancia que presentan las intervenciones grupales en este curso de vida, y enfatiza la importancia de analizar su uso y facilitarlos como parte de las estrategias y planes para la salud mental juvenil.

El Acontecimiento

*En la forma cada hay discontinuidades y disyunciones reales y en consecuencia siempre hay algo que se escapa.
William James*

Como se ha mencionado en la conceptualización del problema, la salud mental se ve impactada por un momento histórico que tiene características políticas y económicas correspondientes a una globalización totalizadora, bajo la cual se corre el riesgo de confundir en

tratamiento de los problemas mentales en una necesidad de normalizar o totalizar a los individuos para (en) un sistema productivo en el que la diferencia ni el sufrimiento son válidos. Por lo anterior, cada vez se hacen mayores los intentos por romper la homogeneidad, haciendo que algo nuevo acontezca. Esta perspectiva en lo que da paso a construir un pensamiento del Acontecimiento que da lugar a nuevas posibilidades de agenciamiento sin englobar este acontecimiento en un discurso homogéneo. De esto resultan políticas basadas en una multiplicidad que no se vea reducida por una concepción de sujeto homogéneo y totalizador en sentido moderno. En palabras de Rubín Álvarez (2015):

Desde una perspectiva política –y no ontológica– el motivo del acontecimiento puede ser resignificado para llevarlo hacia la vía del concepto de “revolución”, y tal sería su sentido político (y anticapitalista). Pero, en línea con la filosofía postmoderna, esta revolución no podría apelar simplemente a una dimensión política sino también a la vivencia de una cierta experiencia (bien interior, bien común) que haga que las diferencias se salvaguarden de un proyecto de totalidad que podría esconderse asimismo detrás de una política del acontecimiento en tanto revolución política. (p. 63).

En este sentido, Lazzarato parte de las Jornadas de Seattle para analizar la frase “otro mundo es posible”, y lo hace basado en la nueva interpretación que hace Gabriel Tarde y Deleuze, de Leibniz, donde se puede transcurrir en un mundo poblado de una multiplicidad de mundos posibles, lo que implica la creación de “dispositivos e instituciones capaces de desplegar nuevas posibilidades de vida (...). Una reconversión subjetiva a nivel colectivo” (Deleuze & Guattari, 2003, p. 216). Lo que no resuelve los problemas, en este caso mentales, sino que da apertura de posibles (Rubín Álvarez, 2015). Las soluciones en este punto deben ser creadas, con

la fuerza de las personas, con sus capacidades, pero contando con dispositivos e instituciones que acompañen estas capacidades, que las ayude a construir en funciones, con lugares de enunciación, como los GAM, para la producción de lo nuevo, que puedan asumir, en palabras de Lazzarato, “la consumación de los posibles es a su vez un proceso imprevisible, impredecible, abierto y arriesgado” (2006, p. 42), un proceso de cooperación (Rubín Álvarez, 2015), “una asociación entre flujos de deseo que se agencia de forma novedosa” (Lazzarato, 2006, p. 61). En una política del acontecimiento se mantiene el respeto absoluto de las diferencias que se reúnen y trabajan en común.

Estas teorías se basan en la concepción del deseo, donde radican las posibilidades reales de resistencia y de praxis política. Como lo describe Rubín Álvarez (2015):

Producimos, fabricamos un conjunto, cuando deseamos. Si el deseo es producción, hay que concluir que no es algo espontáneo. Si partimos de considerar que es el objeto lo que deseamos, efectivamente el deseo parece el movimiento espontáneo que nace ante un objeto deseable. Pero si entendemos con Deleuze- Guattari que el deseo es siempre deseo de un conjunto, entonces es el propio sujeto del deseo lo que dispone los elementos, los coloca unos al lado de los otros, y los concatena. El deseo, pues, es una disposición, es el acto de disponer, de colocar, de construir una disposición concatenada de elementos que forman un conjunto. Esta es la fórmula de Deleuze-Guattari: el deseo discurre dentro de una disposición o concatenación: de un agenciamiento. (p. 38).

En este punto el Acontecimiento se vislumbra en la descripción de la ayuda mutua, cuyo recorrido histórico realiza Kropotkin (2016):

El papel más importante lo desempeña un sentimiento incomparablemente más amplio que el amor o la simpatía personal. Aquí entra el instinto de sociabilidad, que se ha desarrollado lentamente entre los animales y los hombres en el transcurso de un período de evolución extremadamente largo, desde los estadios más elementales, y que enseñó por igual a muchos animales y hombres a tener conciencia de esa fuerza que ellos adquieren practicando la ayuda y el apoyo mutuos, y también a tener conciencia del placer que se puede hallar en la vida social”. (p. 16).

Continúa, como si hubiera escrito *El apoyo mutuo* (2016) en la época actual y no en 1902, refiriéndose al intento de las vertientes totalizadoras del anular la multiplicidad:

Parecería, por esto, algo desesperado buscar instituciones de ayuda mutua en la sociedad moderna, y en general las manifestaciones prácticas de este principio. ¿Qué podía restar de ellas? Y además, en cuanto empezamos a examinar cómo viven millones de seres humanos y estudiamos sus relaciones cotidianas, nos asombra, ante todo, el papel enorme que desempeñan en la vida humana, aún en la época actual, los principios de ayuda y apoyo mutuo. A pesar de que hace ya trescientos o cuatrocientos años que, tanto en la teoría, como en la vida misma se produce una destrucción de las instituciones y de los hábitos de ayuda mutua, sin embargo, centenares de millones de hombres continúan viviendo con ayuda de estas instituciones y hábitos; y religiosamente las apoyan allí donde pudieron ser conservadas y tratan de reconstruirlas donde han sido destruidas. Cada uno de nosotros, en nuestras relaciones mutuas, pasamos minutos en los que nos

indignamos contra el credo estrechamente individualista, de moda en nuestros días; sin embargo los actos en cuya realización los hombres son guiados por su inclinación a la ayuda mutua constituyen una parte tan enorme de nuestra vida cotidiana que, si fuera posible ponerles término repentinamente, se interrumpiría de inmediato todo el progreso moral ulterior de la humanidad. La sociedad humana, sin la ayuda mutua, no podría ser mantenida más allá de la vida de una generación. (p. 163).

Un grupo de ayuda mutua es un espacio donde todo es permitido de ser pensado y hablado, donde se hacen reales los posibles: es un lugar donde se da el Acontecimiento. En los GAM, se inicia con una razón emocional que deviene razón de existir, y se vuelve un espejo de mil caras para lograr una identificación de rasgos propios que se desconocían, que permanecían ocultos en la niebla del estigma, de la autodefinition o de la definición cultural de la enfermedad mental.

Kropotkin señala figura la ayuda mutua como forma de resistencia: “en todas partes surgió rápidamente entre los campesinos una red entera de asociaciones libres con todos los fines posibles; y este movimiento juvenil evidencia indudablemente la tendencia a restablecer un género determinado de unión, semejante a la que existía en la comuna aldeana anterior” (2016, p. 183). Por esto, aparte de resistir o como forma de hacerlo, un grupo de ayuda mutua es un espacio donde ocurre un Acontecimiento. Sirve como lugar para *acontecer*, para permitir la reunión de diferentes posibilidades que han sido oprimidas por una dinámica normalizadora y productiva que ve el síntoma mental eludiendo el sufrimiento humano y centrándose en un motivo de exclusión; es el lugar donde las singularidades se permiten y se reflejan en otras singularidades. Es un espacio donde, más allá de acontecer, deviene sociedad, entendida en los

términos de Tarde (2006): “¿Qué es una sociedad? Podríamos definirla desde nuestro punto de vista: la posesión recíproca, bajo formas extremadamente variadas, de todos por cada uno”. (p. 56.). En relación con lo expuesto, Lazzarato (2005) precisa:

Las relaciones de rivalidad y de colaboración siempre están más o menos mezcladas, pero es por la simpatía, es decir, por la asistencia mutua y la colaboración, por la confianza, por la philia, que la creación tiene lugar. (...) El sentimiento de fraternidad, de pietas, son la expresión de la relación simpática que es necesario presuponer para explicar la constitución y la dinámica de la cooperación entre cerebros. (p.78).

Aunque los grupos no pueden ser agentes (o personas) en toda regla en el sentido de carne y hueso, pueden ser entidades que comparten algunas características funcionales similares con agentes humanos intencionales. Como los agentes del grupo no tienen cuerpo, su intencionalidad no puede depender de estados y procesos biológicos como fuente ontológica y epistémica de intencionalidad, sino que son reales como sistemas sociales capaces de actuar (Toumella, 2016).

Dicha diferencia es el sustrato para la acción, pues equivale a una forma de sentir juntos, de forma mutua. Esta diferencia es el sustrato de una filosofía de acción para la construcción de las posibilidades que los individuos generan en las inconformidades y los deseos de sus contextos sociales, posibilidades que reafirman la subjetividad en lugar de absorberla o solaparla: “Librada a ella misma, una mónada no puede hacer nada. Aquí está el hecho capital, y sirve inmediatamente para explicar otro hecho: la tendencia de las mónadas a reunirse” (Tarde, 2006, p. 87). Esta unión es mediada en jóvenes por la búsqueda de una identidad que reafirme, contenta y refleje, en cierta medida, sus emociones, su sentir. En este momento de desarrollo humano, las

emociones ancladas a un punto de referencia que permita la socialización, basta para desear pertenecer a un grupo.

De esta forma, volviendo a los conceptos de Leibniz (1977) y Tarde (2006), una mónada aumenta la potencia mientras se compone con otras mónadas, y, en este sentido, estos posibles trascienden al sujeto ya definido, en el caso de la presente investigación, al joven con problemas o trastornos neuropsiquiátricos trascienden su existencia enferma.

En *La Monadología* Leibniz (1977), menciona, como base de esta teoría, a su vez basada en los átomos de Demócrito y Epicuro: “De la criatura dicese que hace u obra exteriormente, en cuanto que posee perfección, y que padece, en cuanto que es imperfecta. Así se atribuye acción a la mónada, en cuanto que tiene percepciones distintas, y pasión, en cuanto que las tiene confusas”. (p.134).

Siguiendo la lógica del acontecimiento, Tarde (1989) le presta más atención a la diversidad de relaciones que determinan en la mónada la generación de actividades no como producción sino como *creación y efectuación* de los mundos. Por lo tanto, las relaciones *no dependen ni del sujeto ni del objeto, si no que los constituyen, los generan, los hacen emerger*, son determinados por ellas. Es lo que le permite establecer “la relación entre singularidad y multiplicidad como alternativa a la oposición entre individualismo y holismo”. (p. 17). Esta es la idea fundamental de la ontología pluralista que aporta elementos novedosos para abordar los fenómenos y la intervención en la social, desde una amplitud de comprensión acerca del actor y/o los actores sociales.

Si las reflexiones epistémicas y filosóficas tradicionales con respecto a la sociología se centraron en el sujeto, las sociologías contemporáneas (fundamentalmente el constructivismo social) dieron un paso más adelante, al considerar la constitución del mundo y de sí, desde la perspectiva de la relación entre los sujetos (intersubjetividad). Sin embargo, la filosofía del acontecimiento toma rumbos diferentes a estas posiciones y “define un proceso de constitución del mundo y de la subjetividad que no parte del sujeto (o del trabajo), sino del acontecimiento”. (Lazzarato, 2006, p. 108).

Por otra parte, el sociólogo Gabriel Tarde, (2002) inspirándose en estos aportes, escribe sus primeras obras con títulos como “la diferencia universal” (1870), y “Las mónadas y la ciencia social” (1870). A partir de Tarde, todas las relecturas de la filosofía de Leibniz intentarán explicaciones novedosas *para salir de la filosofía del sujeto*.

La filosofía de Tarde (2002) es de este modo completamente diferente de las filosofías del sujeto. Para estas últimas, no hay más que un mundo posible, aquel que construye el sujeto. Las filosofías del sujeto (o del trabajo) son en última instancia teorías de la identidad, ya que implican que solo un mundo es posible. Las ciencias sociales construidas sobre este modelo no pueden ser entonces otra cosa que teorías del equilibrio o de la contradicción que, de manera diferente pero complementaria, remiten a la identidad (Lazzarato, 2006).

Deleuze & Guattari (2003) se refiere al acontecimiento como un acto político que implica una suma de posibles alternativas para superar los conflictos. De esta manera, es un suceso que conduce de un lado, al surgimiento de nuevas subjetividades y de otro lado, a la consumación de “posibles”, es decir, la apertura de alternativas *imprevisibles e impredecibles*. Para Lazzarato, (2006) “consumar los posibles que un acontecimiento ha creado implica modalidades de actuar y

de padecer que son muy diferentes de la acción de un sujeto sobre un objeto o de un sujeto sobre otro sujeto”. (p. 10).

La teoría del acontecimiento representa, por tanto, una apertura a la solución de los problemas sociales, ya que considera que estos no contienen implícitamente sus soluciones, sino que, por el contrario, estas deben ser creadas bajo la expectativa de *los posibles*. Esto abre un amplio abanico de posibilidades para la interpretación de los procesos sociales y para la acción social, así como para abordar estrategias en el campo de la salud mental de las personas.

De esta forma, la acción conjunta adquiere una nueva significación como creación y no como simple producción o *fenómeno social*. Las protestas y manifestaciones culturales de la juventud son por ello un ejemplo del acontecer, que ha sido abordado de forma interdisciplinaria como un suceso posible de interpretar desde diferentes perspectivas y con propósitos diversos. De acuerdo con Foucault (2004), los movimientos políticos no deben sólo resistir y defenderse, sino afirmarse en tanto que fuerzas creativas. Para el presente caso, como una alternativa de comprensión e intervención en los problemas de salud mental de los jóvenes, con un nuevo ingrediente: la política del acontecimiento que abarca una amplia gama de representaciones – como el *agenciamiento corporal y de los signos* - además del sujeto y su interacción.

“Las teorías del acontecimiento definen y distribuyen de modo diferente las relaciones sujeto/objeto, sensible/inteligible, naturaleza/espíritu, al punto de hacerlas irreconocibles para las teorías del sujeto” (Lazzarato, 2006, p. 90). Es así como se superan los dualismos tradicionales con respecto al sujeto, bajo dos formalizaciones no paralelas: una es la enunciación o expresión de lo posible y otra de contenido o de objetos (corporal) que implica un *agenciamiento maquínico (corporal) de efectuación*.

Los grupos juveniles pueden entenderse en términos de Lazzarato (2005), desde un *agenciamiento corporal, una mezcla de cuerpos* (con sus acciones y sus pasiones), compuesta de *singularidades individuales y colectivas* (multiplicidad de individuos), organizaciones que practican relaciones específicas *de cofuncionamiento corporal* (diversas maneras del ser conjunto, de militar) de *regímenes de enunciación*, es decir, cohesionados en un vínculo con *relaciones de poder y de deseo actualizadas*. (p. 90). De esta forma, el acontecimiento se apartó de sus condiciones históricas para devenir en algo nuevo. Según Lazzarato (2006):

Una nueva mezcla de cuerpos (una nueva relación posible del ser conjunto que se expresa en nuevas modalidades de toma de decisión, de definición, de objetivos etc.) y de nuevas expresiones, de las cuales el enunciado “otro mundo es posible” es uno de los resultados. Lo expresado no describe, no representa a los cuerpos, sino que manifiesta una nueva existencia, cuya eficacia se mide con el devenir de los cuerpos que esta existencia hace actual. (p. 11).

En la política del acontecimiento, siendo una *unidad* se distinguen dos clases de agenciamiento: las subjetividades y las objetividades que se hacen explícitas en las *configuraciones de los cuerpos*, los *agenciamientos de signos*, en la comunicación, con lenguaje propio, para expresar la visión de la realidad y la posibilidad de transformarla en un mundo posible. Como expresa esta autor (2006): “Pero a esta realidad ahora hay que consumarla, efectuarla, difundiendo y estructurando nuevos agenciamientos corporales en la sociedad. Y efectivamente se trata de otra invención, de un nuevo proceso imprevisible y arriesgado”. (p. 11).

Ahora bien, hay un ingrediente novedoso en cuanto al agenciamiento de enunciación desde la teoría del acontecimiento que explica Lazzarato (2005). La expresión no se reduce a las

palabras, los significantes, o las formas de expresión, no se reduce tampoco al sujeto exclusivamente, como agente de comunicación, sino que implica el conjunto de los anunciados, es decir, los diferentes regímenes de signos como máquinas de expresión que desbordan el sujeto y el lenguaje. De una manera más amplia aún, Lazzarato (2006) explica que el agenciamiento maquínico (la lección de las cosas) no se refiere a un objeto, sino a (...) un estado preciso de mezcla de los cuerpos en una sociedad, que comprende todas las atracciones y repulsiones, las simpatías y las antipatías, las alteraciones y las alianzas, las penetraciones y las expansiones que afectan los cuerpos de todo tipo (dándole a la palabra “cuerpo” la extensión más amplia, es decir, todo contenido formado), unos en relación con los otros.

Las culturas juveniles, son formas de manifestación de la identidad de los jóvenes, en diferentes escenarios y momentos por lo que configuran acontecimientos que contienen referentes incluyendo no solo expresiones artísticas o teatrales, música y danza, sino también “expresiones desde el cuerpo, - alteraciones, decoración, vía tatuajes, peinado, vestido y perforaciones corporales” (Nateras, 2013, p. 68). De esta forma, la identidad juvenil cobra forma en lo más inmediato y propio que tienen: “los cuerpos juveniles son un territorio y un espacio de las decisiones relativas de sí, y el lugar en el que se están reciclando las luchas de sentido, de diferenciación y de significaciones entre los mundos juveniles y los mundos adultos”. (p. 68).

Esta conceptualización ofrece herramientas de comprensión fundamentales para diseñar y aplicar la teoría del acontecimiento a las terapias grupales orientadas a la prevención y atención de problemas de salud mental juvenil. La condición disruptiva, en el caso de la juventud, entre la realidad presente, carente de posibilidades y de garantías para alcanzar sus sueños y metas, y el anhelo de un mundo mejor, conduce a situaciones de frustración e impotencia, que se manifiesta en comportamientos o actitudes “desadaptadas”, que en algunos casos atentan contra el propio

cuerpo, como la drogadicción, el alcoholismo, la violencia que, en muchos casos, conducen al suicidio. De ahí la importancia de abordar el tema de la salud mental de los jóvenes desde la política del acontecimiento, y la ontología pluralista. “Únicamente el acontecimiento crea la posibilidad de un nuevo objeto y la posibilidad de un nuevo sujeto”. (Lazzarato, 2006, p. 12).

No obstante, es algo novedoso en la actualidad. Existe de por medio un camino por recorrer en el proceso de comprender el acontecimiento y sus formas de enunciación, están por medirse y relacionarse, de acuerdo con Lazzarato (2006). “Ahora todos están obligados a plantearse preguntas y de ahora en más están obligados a relacionar lo que hacen (organización) y lo que dicen (el discurso que sostienen) con el acontecimiento”. (p.13). Lo anterior requiere una apertura en los discursos, y estar dispuestos a elaborar nuevas preguntas y a obtener nuevas respuestas, ya no previamente diseñadas, como tradicionalmente se había hecho (el marxismo). Por ello, la rehabilitación basada en comunidad, para el tratamiento de la salud mental en los jóvenes, constituye una estrategia psicosocial que puede ofrecer resultados positivos.

Políticas del Acontecimiento en los GAMJ: Una Ontología Pluralista

Como menciona Toumella (2016), en el Modo Nosotros de los GAM, mencionado previamente, los miembros también pueden, quizás al satisfacer algunas condiciones especiales, en principio entrar y salir libremente de tal grupo sin coerción interna o externa que comprometa su libre albedrío. Agrega: “Para poder funcionar bien, los miembros deben valorar (intrínseca o extrínsecamente) al grupo, y esto es necesario también para el bienestar de los miembros. En consecuencia, los miembros adecuados del grupo tienen que funcionar de una manera centrada en el grupo cuando se encuentran en un contexto grupal”. (p. 46).

Convencidos de la presencia de otras individuaciones para el desarrollo del individuo, Deleuze y Guattari mencionan a necesidad de una formación social para la participación en las instituciones que acompañen el acontecimiento, que lo capturen cotidianamente, como menciona Lazzarato (2005), sin que esto implique estructuras donde opere la microfísica del poder, llámense fábricas, escuelas, servicios de salud mental, hospitales (espacios para encerrar la multiplicidad y su devenir, para encerrar lo virtual del afuera, según Deleuze), sino momentos físicos, lugares psíquicos, espacios espirituales si se quiere, donde se den fuerzas de integración que permitan persistir mientras se avanza en el desarrollo de sí y de su entorno; *pedra por pedra*, en palabras de Tarde (2006).

Es así como la acción política se convierte en una creación doble que a la vez recibe la nueva distribución de los posibles y trabaja para su consumación en las instituciones, que corresponden a la nueva subjetividad que se ha expresado en el acontecimiento.

Las dinámicas de los GAM son similares al juego, y jugar es sublevarse. Y toda sublevación es un acontecimiento; es donde transcurre, utilizando la expresión de Deleuze, *una multitud de multitudes*. Así cita Lazzarato (2006) a Tarde (2006), al hablar de la coordinación de singularidades (mónadas) y su acción como cooperación entre cerebros, bajo la forma de un "cerebro" o de un mecanismo psicológico superior, constituido por la multiplicidad de singularidades que actúan unas sobre otras a través de la acción a distancia de los deseos y las creencias.

Volver los grupos de ayuda mutua instituciones, donde la invención se engendra por la "colaboración natural o accidental" de muchas conciencias en movimiento, y sustentarlas en filosofías de acción, en políticas públicas, daría cumplimiento al enunciado de Nietzsche: *crecer es volver a tener la seriedad del niño cuando juega* y, sin embargo, como también menciona el

autor, *ubicarse en el afuera universal*. Es lo que Lazarrato (2006) propone como una coordinación sistemática de singularidades de mónadas, y sería además una forma de participación juvenil en la construcción del mundo.

Al hablar de participación juvenil en las políticas públicas, Peralta-Duque (2021) menciona la diversidad de grupos en constante movimiento, además de unas condiciones específicas en el desarrollo de la juventud, que hace imprescindible la participación de múltiples sectores. Estas características se deben tener en cuenta cualquier gobierno al plantear una política de juventud, donde se orienten actividades, recursos y esfuerzos institucionales tanto públicos como privados.

Sin embargo, esta política de participación sería sólo un primer paso, pues “aparte de las políticas gubernamentales, el país requiere el concurso de todas las fuerzas vivas que constituyen su tejido social y una cultura participativa que motive a todos los sectores”. (Peralta-Duque, 2021, p. 74). En el acontecimiento se da una acción de los posibles en instituciones u organizaciones que van más allá de lo público, lo privado y lo sectorial: en organizaciones sociales que aportan a la construcción íntima de identidades individuales.

Un grupo paradigmático del Modo Nosotros, como en este caso lo son los GAM, tiene autoridad para decidir sobre su ethos y sus asuntos internos sin intervención externa. El ethos del grupo y la naturaleza de la entidad (conceptual y psicológica) del grupo se construyen colectivamente y es capaz de decidir de forma autónoma sobre sus propios asuntos, como crear y mantener su espíritu, y incluso cuando los miembros pueden entrar y salir libremente. Como criterios de esta interpretación ontológica de los GAM se encuentran las razones grupales, la condición de la colectividad y el compromiso colectivo (Toumella, 2016).

Leibniz ha sido el filósofo más reconocido en la teoría pluralista, con su tratado de metafísica *La Monadología* (1977). En él, afirma que la realidad está constituida por unidades o mónadas, que son entidades absolutas e incorpóreas y algunas tienen conciencia, y son las almas, lo que establece la diferencia entre las mónadas. A partir de 1870, en Francia, esta filosofía hizo sus primeros pasos siguiendo las huellas de la monadología del filósofo alemán. Durante el siglo XX, desde Whitehead a Deleuze, se han resaltado los aportes de Leibniz a la filosofía de la diferencia y del acontecimiento.

Con base en la monadología de Leibniz, Tarde (2002) intenta una explicación de la política que alude a la forma como las mónadas construyen el mundo, considerando a su vez la multiplicidad y la singularidad, es decir, los mecanismos mediante los cuales las unidades (sujetos) cooperan y coordinan en conjunto acciones para integrar la realidad social, a esta posición, Tarde (2002) la denominó *neo-monadología*. “Es a partir de este problema de la coordinación de las monadas irreductiblemente diferentes que debemos pensar la política”. (Lazzarato, 2006, p.18).

La *neo-monadología* nos permite pensar un mundo bizarro, poblado por una multiplicidad de singularidades, pero también por una multiplicidad de mundos posibles: nuestro mundo. Nuestra actualidad es la actualidad del fragor de estos mundos diferentes que quieren actualizarse al mismo tiempo. Esto implica otra idea de la política, de la economía, de la vida y del conflicto. (p. 21).

El sujeto (la mónada) por sí solo, no puede hacer mucho, sin la ayuda de otros sujetos, lo cual explica una tendencia natural a reunirse, a unir esfuerzos para lograr propósitos colectivos que, en últimas redundarán en beneficio de los participantes. “La fuerza de una mónada debe

componerse con otras mónadas para aumentar su potencia a través de las relaciones de apropiación, de captura”. (Lazzarato, 2006, p. 21).

“El principio y la fuente de toda coordinación social no reside en algún hecho muy general” (Tarde, 1989, p.35) -como el capital, el trabajo, el Estado-, sino en *la acción constitutiva e inmanente de todas las mónadas*. De esta forma, en la conformación de la sociedad, intervienen *las diferencias irreductibles* (mónadas) que en su conjunto constituyen el mundo, para lo cual “no necesitamos la separación entre naturaleza y sociedad, entre sujeto y objeto, entre individual y colectivo, entre micro y macro. Tampoco necesitamos el concepto de contradicción y de trabajo de lo negativo”. (Lazzarato, 2006, p. 21).

El aporte de Tarde (2002) es algo fundamental para la sociología, por cuanto establece claramente las características de la mónada: su singularidad en medio de la multiplicidad. Ella es una singularidad ya que expresa claramente sólo una parte de este conjunto de relaciones sociales, conservando su individualidad, en otras palabras, “lo social está incluido, virtualmente, en el individuo, pero se expresa desde un punto de vista particular (singularidad)”. (Tarde, 1989, p. 15). A pesar de que la mónada es ella misma, una sociedad, tiene una singularidad irreductible, que la diferencia de las otras mónadas. Por ello, el autor afirma que “el modo de existencia de las mónadas es la diferencia: existir, para una mónada, es ser diferente de otra mónada”. (Tarde, 1989, p. 15).

Para Tarde (1998, 2006) la sociedad opera como un cerebro, es decir, que las funciones corporales e intelectuales no explican la dinámica de la sociedad moderna, porque es en su conjunto que se convierte en “un gran cerebro colectivo, en el cual los pequeños cerebros individuales son células”. (Tarde, 1989, p.13). Es así como la acción de los sujetos (las singularidades) se realiza a través de “la cooperación entre cerebros, bajo la forma de un

“cerebro” o de un mecanismo psicológico superior, constituido por la multiplicidad de singularidades que actúan unas sobre otras a través de la acción a distancia de los deseos y las creencias”. (p. 37).

De esta forma, explica el funcionamiento de la sociedad, como un organismo solidario, en el que la igualdad y uniformidad cobran forma para concretarse de manera homogénea, en la cultura y la política. Pero cuando las sociedades se civilizan, esta solidaridad *orgánica* y *mecánica* se desorganiza, y surgen las diferencias (religiosas, políticas, morales) dando lugar a otras formas de cohesión *más sutiles y más profundas*. En palabras de Lazzarato (2006):

La igualdad y la uniformidad de los individuos son, en efecto, la otra cara de su movilidad y de su plasticidad, que son las condiciones para una singularización más rica y variada de los acontecimientos que afectan al cerebro social y de los pensamientos que produce. Desde entonces, ya no conviene comparadas las sociedades con un organismo ni con un órgano excepcional, sino con una suerte de mecanismo psicológico superior. (p. 22).

La ontología pluralista enfatiza en que toda cosa es una sociedad es decir, desde el microcosmos hasta el macrocosmos, se entreteje una imbricada red de relaciones (incluso la más pequeña célula es una “fábrica”) lo cual significa, según Lazzarato (2006) que “el mundo no está hecho meramente de objetos y sujetos, sino de una trama de relaciones (físicas, vitales, sociales) que se combinan según las jerarquías constituidas por la captura de una miríada de otros individuos (mónadas físicas, vitales o humanas)”. (p.13).

En su artículo, *Metafísica, Violencia y Ontología*, Mario Teodoro Ramírez plantea que “la metafísica es una forma de violencia fundamental, en cuanto discurso que niega el ser de lo

real e impone una concepción abstracta e idealista del Ser”. (Ramírez, 2017, p.7). El autor señala que de acuerdo con el nuevo realismo o realismo especulativo, se contraponen a la metafísica un concepto de la ontología como discurso que asume y acepta al ser tal cual, “en su contingencia, devenir y pluralidad. La ontología así entendida puede ser el fundamento de una concepción no violenta de lo real y fundar la búsqueda de la paz en la vida social y en la existencia humana en general”. (Ramírez, 2017, p. 9).

Por su parte, Maurizio Lazzarato (2006) realiza una crítica a la ontología de origen hegeliano que prevaleció en el marxismo para abogar por una *ontología pluralista* partiendo de una revisión de la filosofía de la diferencia surgida en el siglo XIX. Considera que el capitalismo no puede explicarse exclusivamente bajo paradigmas economicistas, y postula *el acontecimiento* como una forma de creación de la novedad, en el contexto de lo que Foucault (2004) denomina *una sociedad de control*.

Su pensamiento tiene fuentes en Leibniz, Nietzsche, Bergson, Tarde, James, Bachtin y, de manera más relevante, en las obras de Foucault, (2004) y Deleuze & Guattari (2003), para delinear una genealogía diferencialista, es decir, una filosofía que “no reduce la diferencia a la lógica de la identidad, y considere la emergencia de nuevos procesos de re-singularización política emergentes” (Lazzarato, 2006, p.36). Estos nuevos procesos aluden al surgimiento de otros ciclos de protesta social, denominados por el autor como movimientos post-socialistas que han tomado distancia de los preceptos señalados por el marxismo.

La ontología pluralista surge así como una forma distinta de concebir la política, ya que “describe las modalidades por las que las singularidades se componen y se descomponen, se unen y se separan, remitiendo a lógicas que, con el lenguaje de Deleuze & Guattari (2003), podemos llamar mayoritarias y minoritarias” (Lazzarato, 2005, p. 24). Esto significa que en las

sociedades modernas, se presentan una diversidad de relaciones, y formas distintas de unificación, diferentes modos de ser “uno”, y de realizarlos, que se concretan en un acto o situación específica denominada *Acontecimiento*.

El pluralismo es una corriente metafísica que postula, contrariamente al monismo, que la realidad es múltiple y compuesta, es decir, que la diversidad subyace a la aparente unidad de los fenómenos. De igual manera, el concepto de pluralismo trasladado al campo humano (ético) sostiene que las personas tienen valores diferentes como entidades dotadas de subjetividad. De acuerdo con esto, “se deben considerar distintas prescripciones cuya pertinencia estaría dada por la situación específica que la determina, en lugar de elegir una sola prescripción de modo absoluto” (Connolly, 2005, p. 47).

Rodríguez Orozco (2019), aporta elementos a la construcción epistemológica del pluralismo ontológico y elabora una síntesis teórico-metodológica en el que se ocupa del “acontecer como unidad diversificada y escenario de un pluralismo que emerge en estrategia científica y de intervención”. (p.3). En él, el autor expone una teoría sobre el sentido del pluralismo a partir de la tesis de la unidad del acontecer diversificado como signo de interacción subyacente a su origen. Pone en evidencia “una *zona intersticial* disciplinar que, en diálogo con el cruce entre la diversidad característica del hecho social y la construcción teórica del derecho, la educación, la salud y la psicología, entre otros, permite la lectura complejizada de la realidad” (Rodríguez-Orozco, 2019, p. 4), ampliando así el horizonte para la comprensión e intervención en lo social.

El pluralismo tiene, además, cualidades teórico-metodológicas muy relevantes para “comprender con precisión la dinámica del acontecer social, con base en la tesis sobre la unidad

del acontecer diversificado como el signo de interacción subyacente al pluralismo epistemológico” (Rodríguez-Orozco, 2019, p. 5).

En este sentido, tanto la ontología como el pluralismo puede aportar de forma significativa a la comprensión de los problemas públicos, pues ayuda a evitar concepciones totalizadoras de elementos individuales, en este caso el sufrimiento humano, el cual requiere estrategias públicas que impacten en cada individuo (Rodríguez-Orozco, 2019). En palabras de Álvarez-Gómez (2004):

El pluralismo ha llegado a ser en nuestros días una concepción de la realidad, un postulado de la acción y un principio hermenéutico. Lo que está en juego es una determinada forma de pensar la pluralidad. En la tradición filosófica se ha sido consciente de esta cuestión desde sus orígenes. Platón y Aristóteles, T. de Aquino y N. de Cusa, Leibniz y Nietzsche no dudan, desde distintos puntos de vista, en concebir la pluralidad como sustentada en la unidad y ésta como explicitándose en aquélla. Bajo diferentes aspectos en que pueda plantearse la cuestión es ineludible reconocer algún tipo de presencia de lo uno en lo múltiple. (p. 61).

Conjuntamente con otros métodos científicos de investigación e intervención en lo social emergentes, – como el *Pensamiento Complejo*, *la Trans-disciplinariedad o la Bioética*- el pluralismo metodológico ha significado una apertura y “una ruptura epistemológica que postula la inclusión de procesos dinámicos, emergentes, no lineales y diferenciados” (Álvarez-Gómez, 2004, p. 62), antes ignorados, para profundizar en los fenómenos sociales.

Es así como el Acontecimiento como categoría de análisis resulta un escenario plural desde donde podrían entenderse problemas de múltiples disciplinas como el derecho, la

educación, la salud y la psicología, ya que permite la lectura complejizada de la realidad (Rodríguez-Orozco, 2019). En palabras de Álvarez-Gómez (2004):

En el proceso epistemológico del pluralismo se cruzan dos esferas que proyectan la diversidad originaria. La primera es de carácter ontogénico: el acontecimiento es una unidad de interacciones heterogéneas y dinámicas; la segunda de carácter epistemológico: el conocimiento y la explicación resulta en multiplicidad por la necesidad de entender la naturaleza compleja y relacional del acontecer. La naturaleza del hecho deviene en una prolífica diseminación teórica a partir de las posibilidades de los escenarios intersticiales. (p. 62).

En otras palabras, el acontecimiento y su transformación e interpretación, constituyen una unidad ontogénica que deriva en dos esferas: *el acontecer* y *el saber*, a partir de las cuales se origina una “multiplicidad interpretativa que da origen a la eventualidad teórico-metodológica, como la persuasión sintética que supone una finalidad pluralista” (Álvarez- Gómez, 2004, p. 62).

Entre estas dos esferas: la existencia y la conciencia tiene lugar una tercera que es la interacción entre ambas producida por aquellos espacios que no son cubiertos por los campos disciplinarios del saber, “esta tercera esfera corresponde a la zona intersticial y es compuesta por espacios disponibles para conocer o bien espacios para dialogar” (Álvarez- Gómez, 2004, p. 62), a lo cual un GAM podría aportar un espacio físico o psíquico, donde tenga realidad dicho intersticio o, en palabras de Deleuze, donde se agencien los posibles.

Estos espacios intersticiales, hacen referencia a zonas que colindan entre las diferentes disciplinas, y que son abordados en áreas como la sociología del derecho, la política, la educación, desde postulados muchas veces disidentes respecto de *lo Institucional*, como la

interculturalidad, los movimientos estudiantiles, y las organizaciones sociales (Rodríguez, 2020), que actúan con distintas estrategias para lograr una mayor igualdad social.

De igual manera, aluden a la complementariedad alternativa que plantea estudiar en el ámbito de la salud (Perdiguero, 2004), la participación política, la recuperación de la capacidad de agencia, y la necesidad estructurante que en psicología apremia la dispensa metodológica (Alvarez- Gómez, 2004).

Para Rodríguez-Orozco (2019), la ontología pluralista tiene que ver tanto con el ser como con el saber, y su relación con el quehacer científico. La investigación de las ciencias sociales, apunta a articular estas dos esferas del ser y el saber, mediante la representación, entendiendo el Ser, como el acontecer social, el fenómeno en sí que ocurre en un tiempo y lugar determinados y es producto de la interacción entre actores (Rodríguez, 2018). Corresponde al investigador, develar las lógicas presentes en las relaciones sociales, y trasladarlas al campo del saber, en el que se describen fundamentos conceptuales y metodológicos para la investigación e intervención en lo social.

A partir de la representación, la experiencia del acontecer entra en un proceso de interpretación por parte de los actores que posibilita la construcción de un conocimiento que puede ser sistematizado desde la práctica científica o mediante el sentido común. De esta forma se presentan dos esferas en el acontecimiento: el conocer (pensamiento) y lo que se conoce (fenómeno). El primero se origina con el interpretar, que surge “a partir de la observación, explicación, reconstrucción y teorización, y (el segundo) por vía empírica a través de la experiencia y la acción” (Rodríguez-Orozco, 2019, p. 6).

En el proceso del conocer e interpretar el acontecimiento, se presentan diferencias entre la correspondencia de las diversas fases de un hecho que se expresan en los distintos campos

disciplinarias. En cada una de estas esferas se produce una diversificación que implican formas diferentes de abordar e interpretar el fenómeno. A manera de ejemplo, se puede afirmar que el problema de la salud mental juvenil puede ser abordado desde la psicología social, la psicología clínica, la sociología, las ciencias de la educación (pedagogía), el derecho (sobre participación política de los jóvenes y programas de juventud) entre otras disciplinas.

Raimo Tuomela, en *Social Ontology* (2016), menciona que los humanos son seres sociales y están adaptados para vivir en grupos, de hecho, para funcionar en varios grupos diferentes durante sus vidas. Incluso este funcionamiento grupal puede reducirse a descripciones de la conducta intencional individual y, a su vez, el mundo social no puede explicarse sin entender a los grupos como agentes intencionales.

Este autor hace una diferencia de acción grupal: El Modo Individual y el Modo Nosotros (podría compararse con la diferencia de grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua, explicada previamente). El enfoque del modo nosotros se basa en la idea intuitiva de que, conceptualmente, el agente activo principal en los contextos del grupo central es el grupo visto como un agente intencional, mientras que los miembros individuales del grupo son los agentes ontológicos primarios que actúan como representantes del grupo. La identidad social de los miembros está centralmente constituida por su grupo (o grupos). El autor agrega: "No es solo la unidad mental de ciertos tipos de colectivos o grupos lo que está involucrado aquí, sino también la autoconciencia reflexiva de un grupo". (p 4).

Mientras la dirección conceptual y justificativa principal en el modo nosotros es "de arriba hacia abajo", desde el nivel del grupo hasta el nivel de los miembros, en el Modo Individual la dirección conceptual y justificativa principal, así como ontológica, es *de adentro hacia arriba*: desde el nivel de miembro hasta el nivel de grupo, para que, posteriormente, pueda

continuar su camino de abajo hacia arriba. Sin embargo, ni el modo I (individual) ni el modo nosotros son conceptual o explicativamente reducibles al otro, ni construibles a partir de conceptos pertenecientes al otro. En palabras del Toumella (2016): “Ni el individualismo ni el colectivismo son capaces de expresar toda la verdad, por así decirlo: se necesitan conceptos y estados mentales tanto individualistas (Modo Individual) como colectivistas (especialmente, Modo Nosotros) para explicar , por ejemplo, acción social e instituciones sociales”. (p. 6).

Esta diferencia (o relación) entre la individualidad y la acción colectiva, es fundamental para poder comprender lo que ocurre en los GAM. El pensamiento en Modo Nosotros no se puede reducir conceptualmente al pensamiento en Modo Individual, pues emplea un mecanismo de razonamiento diferente que se basa en grupos (agentes colectivos) como agentes básicos. Como menciona el autor, las metas, creencias, etc., de los miembros en el modo nosotros (por lo tanto, basadas en el grupo), pueden diferir de metas, creencias, etc. privadas, y por lo general ni siquiera las superviven de manera relevante (2016).

Sin embargo, los estados intencionales como las creencias y los deseos se atribuyen al grupo (entendido como un sistema social) para dar sentido a su comportamiento. Estos estados explican a grandes rasgos las relaciones e interacciones funcionales mundo a mente, mente a mundo y mente a mente entre sus estados intencionales y el mundo externo, así como las interrelaciones entre sus estados intencionales (p. 40). Esta explicación funcionalista de los sistemas sociales omite importantes características conceptuales y fácticas de la agencia, como las características fenoménicas (por ejemplo, sensaciones cualitativas) y las emociones, que pertenecen a la agencia humana en toda regla.

En concordancia con lo anterior, desde la neurobiología se han expuesto mayores respuestas emocionales de los jóvenes a la señales sociales, evidenciada, entre otros marcadores

biológicos, por la liberación de mayores niveles de cortisol (esta, considerada como una hormona liberada por el estrés), y por una mayor activación de la amígdala cerebral ante este tipo de señales (Giedd, 2020). Los estados emocionales no son en los jóvenes solo momentos de desarrollo neurológico y psicológico, también señalan necesidades sociales y abren las puertas a las soluciones.

Esta unión desde el sentir para la acción colectiva, se aborda en las Emociones Políticas de Nussbaum (2014), quien trasciende en su análisis a los espacios individuales, intrapersonales e interpersonales de las emociones, para ubicarlas en un escenario social, público, y, de esta forma, darle la institucionalidad que se requiere. Menciona:

Las emociones públicas son una fuente tanto de estabilidad para los principios políticos positivos como de motivación para hacerlos efectivos. Esta última se centrará naturalmente en conseguir que las personas experimenten ciertas emociones en determinados contextos y con unos objetivos particulares (la nación, los objetivos de esta, sus tareas o problemas concretos, su pueblo). Pero las emociones en sí necesitan estabilizarse. Hasta las más positivas y útiles como, por ejemplo, la simpatía ampliada, pueden ser sumamente volátiles, pueden expandirse contraerse a medida que se expande y se contrae su foco de atención. Como correctamente apuntó Adam Smith en su momento, las personas pueden sentirse hondamente conmovidos por un terremoto en China y, al momento, olvidarse de esa impresión porque ha empezado a dolerles un meñique. (p.46).

Como menciona Apud (2003): “Evidentemente no podemos explicar las organizaciones y movimientos juveniles exclusivamente desde sus necesidades emocionales, pero tampoco se

puede dejar de considerar este elemento como uno de los más importantes para la movilización de este sector de la población” (p.7). Es así como desde la neurobiología y las ciencias sociales, se encuentra que los jóvenes recurren a la socialización naturalmente, como parte de su impulso vital, pero también como respuesta a las múltiples dudas que las dinámicas del mundo podrían generar. De un espíritu juvenil es sin duda la frase de las jornadas de Seattle, de donde parte Lazzarato su análisis: *otro mundo es posible*.

Al respecto, Lazzarato (2006) menciona que estos cerebros funcionan como relevos en una red de fuerzas cerebrales o psíquicas, haciendo pasar las corrientes (imitación) o haciéndolas bifurcar (invención), lo que es propio del Acontecimiento. Agrega además: “...Pero los flujos de deseos y de creencias desbordan por todas partes a los cerebros individuales. No son los cerebros los que están en el origen de los flujos sino, por el contrario, dependen de la circulación, de la conjunción y de la disyunción de estas corrientes”. (Lazzarato, 2006, p.110).

Conclusión al Capítulo II

Resulta un desafío comprender los conceptos y el funcionamiento de la ayuda mutua juveniles (GAMJ), sustituir el enfoque pasivo por uno interactivo y participativo, e implementar grupos de apoyo y de ayuda mutua en los sistemas de salud, con interés especial en los tomadores de decisiones (Bonal et al., 2017). Las formas de comunicarse entre los jóvenes tienen su particularidad y son a la vez, el reflejo y el objeto de su identidad, la expresión de afectos, frustraciones, anhelos, es decir, de diversos sentimientos que solo se manifiestan entre pares o entre grupos de jóvenes. De esta forma atienden y comprenden ese lenguaje lateral y subversivo (usando un verso de Jaime Sabines) con que la juventud nos argumenta su amor por la vida y su

resistencia por todo lo que la aleje (a la juventud y a la vida) de la libertad que se obstina a defender.

Aunque se especifican los resultados positivos de estas intervenciones, se han encontrado barreras en estos servicios comunitarios, entre estas mercados laborales rígidos, promoción insuficiente, falta de modelos de desinstitucionalización y falta de intervenciones de rehabilitación psiquiátrica basadas en evidencia (Cubillos et al., 2020), sin unos claros componentes nucleares ni claras medidas de implementación que puedan ayudar a generalizar esta estrategia, además de barreras señaladas por los equipos que implementan algunas de estas estrategias.

Los componentes nucleares son denominadores en tratamientos y pueden ser técnicas, contenidos o habilidades discretas (Chorpita et al., 2005; Garland et al., 2008), este enfoque de elementos nucleares para la Práctica Basada en Evidencia puede ser más compatible y útil para los entornos de práctica de rutina y, por lo tanto, tiene el potencial para guiar la toma de decisiones en salud y, en última instancia, mejorar la atención (Chorpita et al., 2007).

Al ubicar a la comunidad como eje de tratamiento de los problemas neuropsiquiátricos, al mostrar la evidencia científica que en las mismas personas y en sus entornos están las principales herramientas de acción, las subjetividades y sus posibilidades son convocadas a acciones colectivas para señalar la opresión que recae sobre ellos y para construir soluciones desde los grupos de ayuda mutua, llevando a cabo lo que se sustentó con las Políticas del Acontecimiento, las cuales podrían dar cumplimiento a los ejes de las políticas públicas con más dificultades de implementar en el país: la inclusión social y la rehabilitación basada en comunidad (Eje cuatro) y la multisectorialidad (Eje cinco). El tratamiento de los trastornos neuro-psiquiátricos,

exclusivamente desde un abordaje biológico, sin recurrir a las terapias psicosociales ha demostrado ser científicamente insuficiente e ineficaz.

En este paso donde es necesario hablar de una ontológica política que ayude a comprender la acción como una posibilidad de los sujetos para compartir una esfera pública que lleva a la construcción de la experiencia política de la pluralidad. Al respecto Alvarado et al. (2014) refieren que con estas metodologías se pretende señalar “expresiones invisibilizadas en sistemas políticos hegemónicos de la modernidad” (p.34), que sirven para crear o ver nuevas versiones o aspectos desconocidos de la vida.

Lo anterior evoca la acción como categoría arendtiana, la cual descubre la capacidad de las personas para compartir un espacio público donde acontece la pluralidad, y no es definido por una búsqueda de consenso, en el cual se reciben prácticas basadas en evidencia científica que no son necesariamente aceptados por las personas, como colectivos y como individuos. Alvarado et al. (2014), mencionan: “De este modo, para Arendt, el fin de la política no es el consenso, sino precisamente, la posibilidad de ser distintos, plurales, y que dicha divergencia sea posible en la esfera pública que ella llama entre nos” (p. 207).

Aparte de un fin en la política pública, el Acontecimiento podría resultar un medio de elaboración, comprensión y acción. A partir de lo expuesto previamente, en palabras de Tarde (1989), todo fenómeno es social, por lo que cada vez se presenta un mayor consenso entre los profesionales de que “todas las ciencias parecen estar destinadas a devenir ramas de la sociología”. (p. 15).

El *Acontecimiento* es entendido, como *el lugar para el acontecer* donde las singularidades (mónadas en la metafísica de Leibniz) pueden encontrarse, para reflejarse unas a otras, a través del lenguaje, los símbolos y la interacción. Es el espacio que posibilita la reunión

de distintas posibilidades que han sido oprimidas por una dinámica normalizadora y productiva, en una sociedad dotada de dispositivos de control y regulación en términos de Foucault, (2004). Tradicionalmente, los problemas de salud mental han sido motivo de exclusión y prejuicios, en una sociedad que ve el síntoma mental eludiendo el sufrimiento humano, estableciendo barreras que dificultan aún más la rehabilitación y la inclusión social del joven.

De ahí la importancia que adquieren los grupos de ayuda mutua, entendidos en su dinámica como propiciadores del acontecimiento, de un espacio donde, más allá de acontecer, deviene sociedad, entendida en los términos de Tarde (2006): “¿Qué es una sociedad? Podríamos definirla desde nuestro punto de vista: la posesión recíproca, bajo formas extremadamente variadas, de todos por cada uno”. (p. 23).

Lo que buscó este capítulo correspondiente al marco teórico fue revisar e integrar las categorías principales en las que se basa la presente investigación: Políticas Públicas en Salud Mental en jóvenes; Rehabilitación Basada en Comunidad para Salud Mental, especialmente a través de los Grupos de Ayuda Mutua Juveniles; Ciencia de la Implementación; y las Políticas del Acontecimiento.

Cada vez en aumento en jóvenes, los problemas mentales, como se enuncia en el recorrido teórico propuesto, más allá de las explicaciones neurobiológicas o comportamentales de estos, se relacionan con condiciones de vida adversas, que conforman, más allá de las categorías diagnósticas, un sufrimiento histórico y social que termina limitando a las personas a la expresión de sus síntomas y reduciendo la libertad (capacidades y funciones).

Se han encontrado unos avances importantes en la visión de la salud mental y en el abordaje de las enfermedades mentales. Se pasó de la clínica psiquiátrica y los consultorios especializados, a la comunidad como eje de recuperación; y se cambió una visión de control y

vigilancia en la atención en salud mental, por una consistente en aumentar y conservar las capacidades, ayudar a convertirlas en funciones, para aumentar la libertad de los individuos. En este camino, se evidenció la necesidad que las personas con enfermedades y problemas mentales, incluidos los jóvenes, participaran en la gestión de sus dificultades (*Nada sobre nosotros sin nosotros*), desde el diseño, implementación, participación y evaluación de las políticas. En esta visión también se reconocen las intervenciones comunitarias, especialmente las grupales.

Las Políticas Públicas en el mundo, especialmente en Latinoamérica y Colombia, no han sido ajenas a esto y han estructurado planes, programas y estrategias, enmarcados en leyes, en resoluciones y en lineamientos, que han buscado cambiar un modelo que planteaba la recuperación principalmente en los servicios de salud (inicialmente el hospital, posteriormente los consultorios), a un modelo que plantea que la comunidad con su poder debe ser el eje. A pesar de lo anterior, hay dificultades en la implementación de estrategias comunitarias y el modelo que exclusivamente ha resultado asistencial, no ha logrado un cambio en los diversos contextos.

Como parte de las respuestas a estos problemas, la ciencia de la implementación propone realizar preguntas acerca de los componentes nucleares, de la diseminación, de la factibilidad y de la apropiación que las personas hacen de las estrategias, planteando un sentido bidireccional entre la evidencia científica - Ministerio de Salud - Secretaría local de salud-organización implementadora local, y las personas y sus contextos – organización implementadora local – Secretaría local de Salud – Ministerio de Salud – Evidencia científica. En otras palabras, se requiere saber cómo funcionan las estrategias en las personas para resolver los problemas de implementación de las políticas públicas.

La ontología pluralista y la ontología social, se han señalado como una respuesta planteada a esta brecha entre las políticas públicas basadas en evidencia y la comprensión de las formas que tienen las personas de sufrir y de hacerle frente a sus dificultades. En este punto, el Acontecimiento, propuesto desde la teoría tardiana por Lazzarato, apunta a darle una mirada al ser individual que se encuentra con el otro para potenciar su autonomía, para *agenciar sus posibles*, posibles que la enfermedad mental, con el estigma y la falta de atención que la rodea, se suelen alejar de los jóvenes. Este Acontecimiento, momento que ocurre cuando se encuentran las personas con elementos comunes, incluso más allá de una organización constituida, aumenta la capacidad de agencia, el autoconocimiento, las redes sociales, la resolución de problemas, la confianza en sí mismo, etc., aspectos que se propondrán como elementos de los GAMJ, además de facilitar la transición a estrategias para mejorar las condiciones de vida a través del fortalecimiento de aspectos como la ciudadanía y la toma de acción frente al mundo. En este punto, el *Acontecimiento* se convierte, aparte de un elemento de mejoría, en un mecanismo de acción política, y los GAMJ en el lugar donde ocurren, en el intersticio.

CAPÍTULO III

Redireccionamiento en el diseño

El enfoque aplicado en la presente investigación es mixto (Tashakkori & Teddlie, 2003), e integra datos tanto cuantitativos como cualitativos en alguna etapa del proceso de investigación dentro de un único estudio (Creswell et al., 2003). La razón para hacer uso de ambos tipos de datos es que ni los métodos cuantitativos ni los cualitativos son suficientes por sí mismos para comprender a fondo los procesos relacionados con la salud mental de las personas, en este caso, los grupos de ayuda mutua juvenil, los cuales, aunque presentes en la política pública de salud mental, presentan importantes vacíos de implementación.

Estos vacíos van desde la especificación de componentes hasta el desconocimiento del significado que podría dar cada persona a este espacio de recuperación. Cuando se usan juntos los métodos cuantitativos y cualitativos se complementan entre sí y brindan una imagen más completa del problema de investigación (Johnson & Turner, 2003). En este diseño, los datos cuantitativos, numéricos, se recopilan y analizan primero, mientras que los datos cualitativos, de texto, se recopilan y analizan en segundo lugar en secuencia, y ayudan a explicar o elaborar sobre los resultados cuantitativos obtenidos en la primera fase.

En tanto, el enfoque y método cualitativo han sido de gran valor, ya que permite valorar la realidad de forma holística y sistémica, reconociendo fenómenos históricos y culturales a través de un proceso reflexivo en el cual el investigador ha tomado una posición desde donde reconoce procesos históricos, sociales y epistemológicos determinados, por lo que permite ser afectado por escenarios de producción, recolección e interpretación de la información (Jaramillo et al., 2014).

El enfoque es pertinente para el caso de las patologías mentales, las cuales han tenido una connotación de opresión por parte del sistema de salud a lo largo del tiempo, por lo que han tendido a reivindicarse en su atención, con enunciados validados por la OMS, como *Nada sobre nosotros sin nosotros*. La investigación cualitativa valida el respeto por una existencia íntegra, más allá de síntomas aislados o de manuales de clasificación diagnóstica sin historia de sentido ontológico.

Desde lo anterior, el objeto del presente estudio es la concepción e implementación de los Grupos de Ayuda Mutua Juveniles (GAMJ) en Colombia como estrategia basada en evidencia de la política pública. Esto a través de la comprensión de las dinámicas internas (subjetividades) de nivel ontológico de un GAMJ del departamento de Caldas. Para lo cual se delimitan tres elementos conceptuales progresivos: un primer elemento consistente en la comprensión de la estructuración de los GAMJ como estrategia basada en evidencia científica y su apropiación en de las políticas públicas de salud mental en Colombia; un segundo elemento relacionado con la ciencia de implementación y el uso de sus variables de estudio aplicadas a los GAMJ, a nivel nacional; y un tercer elemento que busca, a través de los dos primeros, comprender y analizar los GAMJ desde la vivencia de cada persona que participa en ellos, para lo cual alude al reconocimiento del pluralismo ontológico, el cual permite ver fenómenos que la evidencia y la política pública tiende a unificar a modo de plan o estrategia.

Estos espacios de recuperación deben ser comprendidos desde múltiples realidades que, aunque parezcan diferentes, resultan íntimamente ligadas, por ejemplo, un objeto externo y su interpretación, un evento y la vivencia individual del mismo, una expresión de pensamiento y su contenido, una emoción intensa y la comprensión de esta por un grupo. En este sentido, como menciona Pratt (2019), “el pluralismo ontológico tiene sentido porque admite la experiencia de

diferencias tan marcadas que no pueden ser producto de una simple construcción humana”

(p.12). Esta comprensión, como se ahondó en el marco teórico, parte de conceptos filosóficos de Spinoza o Leibniz (especialmente de este para la presente investigación).

En cuanto al primer elemento, se parte del concepto de Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, entendido en la Política Nacional de Salud Mental (2018) como:

“El proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima en los aspectos funcionales físicos, psicológicos, educativos, sociales, y ocupacionales, con el fin de lograr equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Incluye la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud local.

La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia. Implica de esta manera, la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación”. (p. 31).

Para la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), el eje de Rehabilitación Basada en Comunidad e inclusión social, contiene dos estrategias principales, los grupos de apoyo y los grupos de ayuda mutua. La estrategia de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) está orientada a “Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la

incidencia política” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 32). Sin embargo, en su implementación se evidencia la ausencia de apropiación de los actores involucrados en el proceso y por ende en la construcción de su lógica colectiva o de agenciamiento.

Se ha descrito que la implementación en salud mental es más exitosa cuando se provee la infraestructura necesaria para la implementación, la capacitación, el monitoreo y la evaluación de resultados; la comunidad está involucrada en la selección y evaluación de programas y prácticas; existe un contexto político que facilita recursos y apertura a los aprendizajes y ajustes necesarios en el proceso de implementación (Fixsen et al., 2013).

Asimismo, identificar las barreras de estas intervenciones, aparte de tener implicaciones prácticas, tiene también implicaciones políticas, pues muchas de las barreras señaladas hablan de problemas estructurales a nivel de las condiciones de vida, que los grupos saben señalar con especial precisión. Tanto la literatura como los datos descritos a través de las personas, muestran que, otras barreras, especialmente en jóvenes, consisten en factores socioeconómicos y en la relación con el sistema de salud, factores que, aparte de dificultar la implementación de los grupos (Cheung & Ngai, 2016; Seebohm et al., 2013), amenaza el bienestar de los jóvenes.

Con respecto al segundo elemento de estudio, se señala que, según Centro de Recursos Científicos de Implementación de la Universidad de Washington (2015), la ciencia de la implementación responde a preguntas sobre estrategias utilizadas para implementar las prácticas basadas en la evidencia, más que en la efectividad de la intervención, tomando como preguntas de investigación el escalamiento, la sostenibilidad, la replicabilidad, la integración de programas, la equidad, la efectividad en el mundo real, tomando como resultados la aceptabilidad, adoptabilidad, idoneidad, viabilidad, fidelidad, costo de implementación, penetración y

sostenibilidad; y para esto, la unidad de análisis se convierte en el equipo de salud, en una organización y en las personas.

Algunas de estas variables se han estudiado en la presente investigación con respecto a los GAM, donde también se determinaron componentes nucleares que permiten o facilitan su implementación. Dichos componentes, entendidos como estrategias, valores o principios dados en los GAM, se han extraídos de la literatura general y de los lineamientos de política pública, para ponerse en diálogo con aspectos de la ontología social en el tercer eje de la presente investigación, que parte del hallazgo consistente en que un problema de implementación de los GAMJ, es la poca participación de las personas en la construcción de estos procesos. Para lo anterior, en palabras de Alvarado et al. (2014):

“(…) Es una necesidad que nos remite a recuperar la memoria que nos fue arrebatada por la hegemonía de un tipo de pensamiento que arremetió contra cosmovisiones particulares de la vida para decir que era la única verdad posible y que no era legítima la existencia de otras versiones del mundo” (p. 15).

Es así como el pluralismo ontológico ha contribuido a ampliar las fronteras del conocimiento científico, particularmente en las ciencias sociales, por su aporte al desarrollo conceptual inclusivo, y la ruptura con respecto a parámetros rígidos para comprender la complejidad de los procesos sociales, “gracias a su esfuerzo por desestructurar los grandes relatos, develar múltiples mecanismos sociales y dar voz a los otrora silentes actores sociales” (Rodríguez-Orozco, 2019, p. 15).

Este abordaje se ha basado, en primer lugar, en la *ciencia de la implementación*, que busca responder cómo podría funcionar aquello que se ha determinado que funciona por las múltiples evidencias; y, en segundo lugar, el *Acontecimiento*, entendido como el espacio en el

cual “la unificación de las mónadas (más en el sentido de Tarde que de Leibniz) se hace a partir de la forma red y los sistemas constituyen un número incalculable de redes que se superponen unas con otras” (Lazzarato, 2005, p. 35).

Este enfoque epistemológico retoma conceptos de Foucault, Derrida, Deleuze y Guattari, además de integrarse con conceptos de Giddens y Habermas. En palabras de Lazzarato (2000):

Pero los trabajos de Foucault no estaban sino indirectamente orientados en la descripción de estos nuevos biopoderes. Si el poder toma la vida como objeto de su ejercicio, Foucault está interesado en determinar lo que en la vida le resiste y, al resistírsele, crea formas de subjetivación y formas de vida que escapan a los biopoderes. Definir las condiciones de un nuevo "proceso de creación política, confiscado desde el siglo XIX por las grandes instituciones políticas y los grandes partidos políticos", me parece ser el hilo rojo que atraviesa toda la reflexión de Foucault. (p.123).

En efecto, la introducción de la vida en la historia es positivamente interpretada por Foucault como una posibilidad de concebir una nueva ontología que parte del cuerpo y de sus potencias para pensar el sujeto político como un sujeto ético, contra la tradición del pensamiento occidental que lo piensa exclusivamente bajo la forma del sujeto de derecho.

Lo anterior, implica un orden secuencial, riguroso y demostrativo, que mantiene la objetividad frente a los fenómenos observados que traduce en datos numéricos (Jiménez, 2020). Sin embargo, estos datos numéricos deben dialogar con la comprensión de cada ser y su existencia social, lo que podría ayudar a entender mejor el funcionamiento de las estrategias que, aunque enmarcadas en evidencia científica y en políticas públicas, no alcanza a llegar a las personas en su gran mayoría.

Por otro lado, el método interpretativo de datos cualitativos y su análisis refinaron y explicaron esos resultados estadísticos al explorar más profundamente los relatos de los participantes, para comprender mejor los resultados obtenidos en las primeras fases, de revisión sistemática de literatura y de análisis cuantitativos, que implicó una recopilación extensa de datos de múltiples fuentes y análisis de casos en varios niveles (teórico-internacional, nacional-gubernamental, nacional de los grupos y ontológico).

Estos métodos exigen una ética y política de la colaboración, lo cual implica desestructurar las relaciones que permiten en el ejercicio intelectual donde se reproducen las jerarquías que separan a los especialistas de sus fuentes de información, casi siempre comunidades y voces plurales (Jaramillo, 2010). Para que esta metodología consiga los objetivos a los que sirve debe ser recíproca, multidireccional, circulante, transversal, en una palabra, mutua. Es así como en la fase cualitativa de esta investigación no hubo doctores y pacientes, sólo personas con diferentes tipo de saber y de dudas, que al encontrarse buscaban avanzar en el conocimiento de un fenómeno de interés para el investigador y para los integrantes de los grupos. Más allá de las estrategias que abordó esta investigación-(GAMJ), los métodos cualitativos deben estar presentes en otras estrategias de salud, entre otras cosas, para resolver problemas de implementación.

La integración de métodos cualitativos y cuantitativos menciona que para muchos científicos acostumbrados a realizar estudios cuantitativos, el concepto completo de investigación cualitativa no está claro, es casi extraño o es un “fantasma aireado” no investigación “real.” Sin embargo, aunque la investigación “cualitativa” no puede estar sujeta a los mismos criterios que los enfoques “cuantitativos”, proporciona métodos de análisis que deben aplicarse rigurosamente a los datos. En términos de implementación de estrategias y

políticas públicas, en las personas están los elementos más sólidos para eliminar barreras en la diseminación, adaptación y apropiación de estas políticas.

Se propone entonces, acudiendo a los términos de Escobar (2018) un *redireccionamiento en el diseño*, más desde un campo filosófico, desde un campo cultural, de nuestros planes y políticas, los cuales se basan, por tradición, en el cuestionamiento de la racionalidad, del objetivismo, del hombre máquina cartesiano, para el cual el mundo exterior es anterior a nuestras interacciones.

Esta tendencia racionalista moderna la describe Escobar (2018) con cuatro creencias fundamentales: la creencia en el individuo que destruye formas de relación comunitarias y basadas en los contextos; la creencia en la realidad objetiva, en un mundo único que exige una sola verdad, entendida este como un mundo anterior o independiente de las interacciones que la producen, lo que puede restar el poder para asociarnos con la naturaleza y otros humanos *de una manera verdaderamente colaborativa, terrenal y de la corriente de la vida*; la creencia en la ciencia como fundamento de las afirmaciones de conocimiento válidas en las sociedades modernas, con la hegemonía del conocimiento moderno que funciona para invisibilizar otros saberes y formas de ser; y la creencia en la economía, entendida como un dominio separado de pensamiento y acción, vinculado a otra poderosa ficción, el mercado autorregulado, con la ciencia de economía supuestamente capaz de decir la verdad al respecto, sin aportar realmente a lo que la persona considera valioso para vivir, muy lejos de la vida social y ecológica, distanciados de los otros, las otras, de la naturaleza, de las relaciones mutuas. Como lo menciona Escobar (2018): “este es el significado de nuestro compromiso ontológico de *ser modernos*”. (p. 114).

Al respecto, se ha planteado que la ontología se preocupa por la comprensión de lo que significa para alguien que algo exista (Winograd & Florez, 1989). La ontología tiene que ver con las suposiciones que diferentes grupos sociales hacen sobre los tipos de entidades que se supone que existen en el mundo real (Escobar, 2018). Este autor señala que esta definición no implica una fuerte posición realista (la suposición de una realidad subyacente común o universal); al mismo tiempo, esto no significa que “la mente” construya el mundo (una especie de subjetivismo); la definición trata de llegar a la existencia de mundos múltiples manteniendo una noción no objetivante de lo real.

Sobre esta definición se ha trabajado el concepto de ontología social y de ontología pluralista, desde una especie de inventario de seres y su relaciones (Blaser, 2010), desde las formas en que estas ontologías dan lugar a configuraciones sacionaturales particulares y funcionan en mundos, pero, a la vez, estos mundos son promulgados por las prácticas. Como lo menciona Lazzarato (2005):

“La ontología pluralista implica una nueva forma de aprehender la política, porque describe las modalidades por las que las singularidades se componen y se descomponen, se unen y se separan, remitiendo a lógicas que, con el lenguaje de Deleuze y Guattari, podemos llamar mayoritarias y minoritarias” (p. 23).

En este sentido, esta (s) ontología (s) surgen en las historias, en lo que está pasando (Escobar, 2018) y remite invariablemente al conjunto ontológico del individuo, lo real, la ciencia, la economía, la enfermedad mental, etc., el cual, de alguna forma logra verse en las entrevistas, buscan trascender las epistemologías (prácticas basadas en evidencia, agenciamientos, acontecimientos, etc.), las metodologías (cuantitativas, cualitativas, mixtas,

híbridas, etc.), los instrumentos (análisis deconstructivos y discursivos, correlaciones estadísticas), como parte de un positivismo que más que explicar el mundo cómo es, tiende a proponer el mundo cómo debe o puede ser, sin muchas veces unir las necesidades, los deseos, la profundidad de los seres con el espectro de agencias y de múltiples formas en que el mundo y la vida social se ensambla (Latour, 2007; Mahoney, 2001) desde los ángulos de la temporalidad, la apertura y el devenir (Connolly & Thase, 2011), que supera la visión dualista.

Esto centra la agencia grupal en disposiciones individuales (existenciales, ontológicas) que, aunque emergentes y psicológicamente inteligibles en los miembros, resultan coordinadas y causan transformaciones. Esto sin desligar, como lo expresa Tuomella (2016) la necesidad de una estabilidad del nivel superior en todos los casos.

Es así como, una vez determinados los componentes nucleares de los GAM en la literatura científica y en los documentos de política pública nacionales, los datos cuantitativos ayudaron a identificar dinámicas de implementación a nivel nacional y a diseñar los instrumentos para una fase cualitativa posterior, la cual utilizó un enfoque cualitativo de estudio de casos múltiples para determinar elementos propios de lo que se ha definido como el Acontecimiento en cada participante de un GAM.

Las fases cuantitativa y cualitativa se conectaron al seleccionar algunos participantes para estudios de casos cualitativos y desarrollar el protocolo de entrevista con base en los resultados de la revisión de literatura y de las pruebas estadísticas de la primera fase (Espinoza Freire, 2019). Los resultados de las fases cuantitativa y cualitativa se integraron (Creswell et al., 2003) durante la discusión de los resultados de todo el estudio (ver figura 4). En palabras de Cegarra Guerrero (2022):

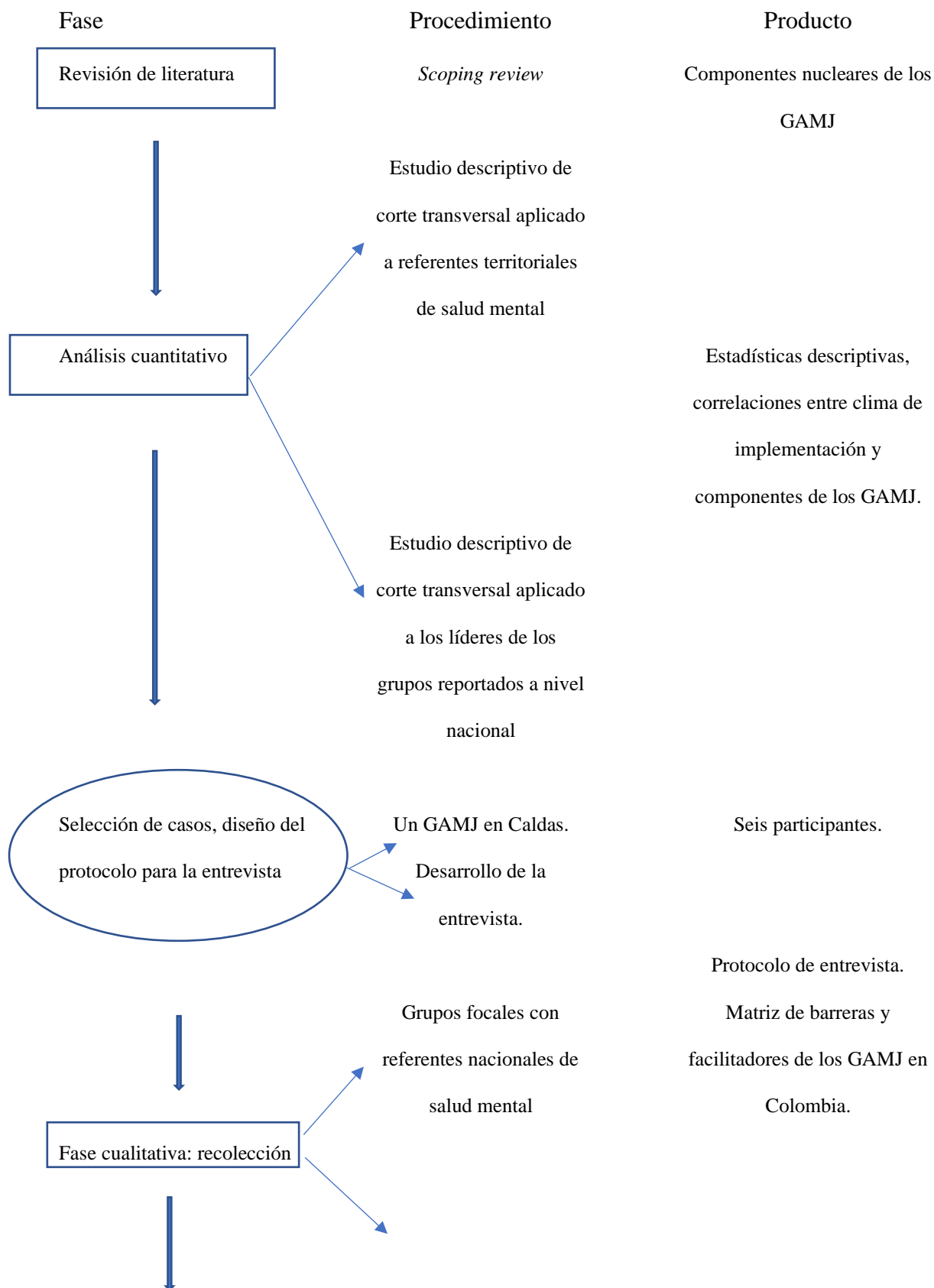
“Creswell plantea (...) el diseño de métodos mixtos secuenciales explicativos basado en momentos o fases. Un primer momento para recolectar datos cuantitativos analizando los resultados y luego los emplea para el desarrollo de la segunda fase cualitativa. El propósito es que los datos cualitativos amplíen la explicación de los resultados cuantitativos obtenidos.” (p.400).

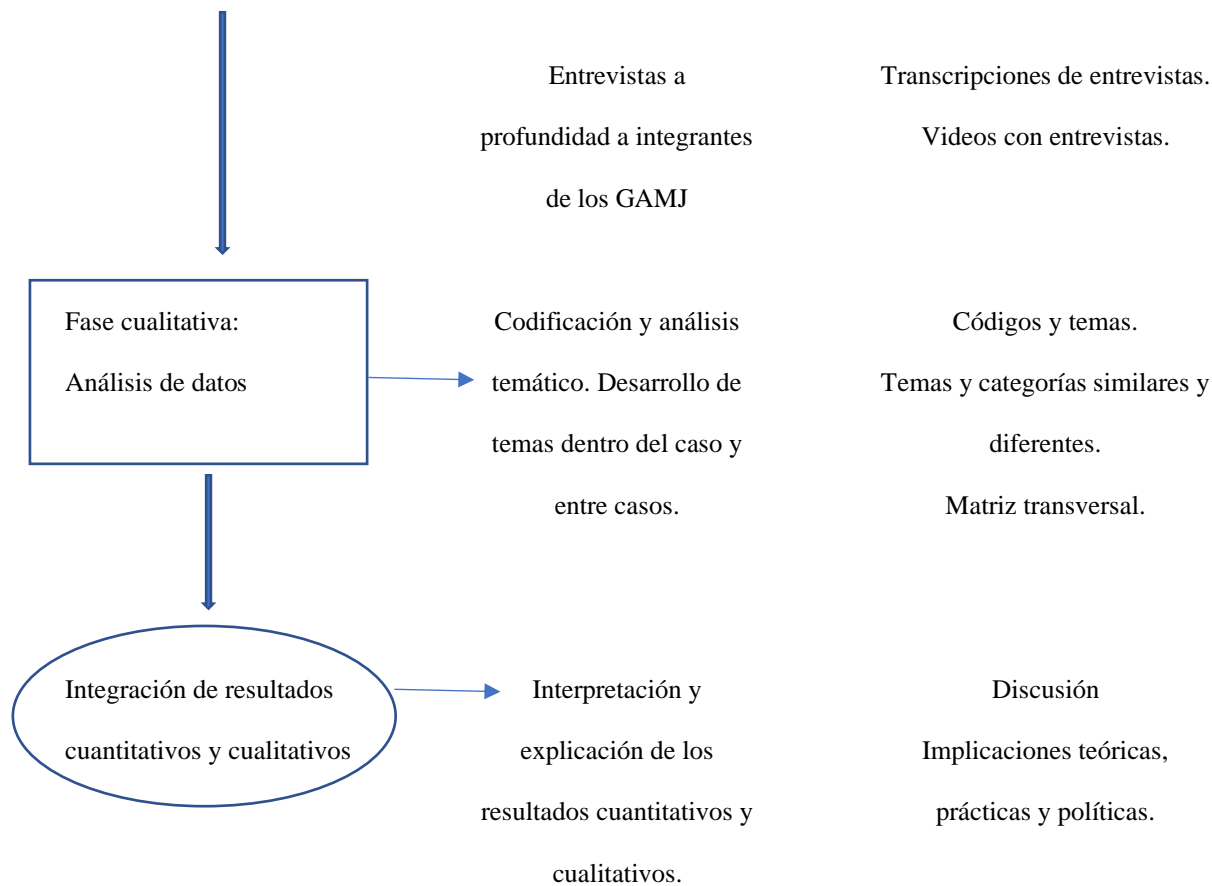
Creswell & Plano Clark (2011) también plantean un diseño de estudio mixto básico, donde se busca asociar los resultados cuantitativos con los cualitativos, con un objetivo de *comparar con*. Sin embargo, en el diseño de métodos contextuales, propuesto en la presente investigación, se busca seguir una secuencia. Se inicia con dos revisiones sistemáticas de la literatura en búsqueda de los componentes de estrategias de recuperación como los GAMJ, además de su presencia en las políticas públicas de salud mental de Colombia.

Posteriormente, se recolectan datos cuantitativos para indagar esta evidencia en nuestros contextos, recordando el enfoque Glocal, previamente enunciado. Se termina con entrevistas a profundidad y un análisis temático de las mismas, interpretando prácticas o estrategias explicitadas en las políticas públicas a un nivel ontológico, con un marco conceptual de las políticas del acontecimiento.

Lo anterior, muestra en el transcurso de la investigación algo que se especifica en las recomendaciones o implicancias de la investigación, una tercera opción de esta metodología, la cual consiste, en iniciar con una fase cualitativa de recolección y análisis de datos cualitativos para luego elaborar de forma más precisa y pertinente instrumentos o una selección poblacional/muestral más adecuada para el estudio. Finaliza con una fase de interpretación con énfasis en lo cualitativo (Cegarra Guerrero, 2022)

Figura 4.

Modelo para procedimientos de diseño explicativo secuencial de métodos mixtos



Nota. Adaptado de Ivankova & Stick (2007).

En otras palabras, esta metodología también pretende aportar un instrumento que mejore la implementación de los GAMJ y que dialogue entre lo macro y lo global (“lo de arriba”), y lo contextual y lo ontológico (“lo de abajo-adentro”). Se habrá construido, en términos metodológicos, no para *comparar con*, ni para *seguir a*, sino para *construir para*.

En cuanto a los métodos de revisión de literatura, tanto la revisión sistemática como el Scoping review, se establecieron desde un principio y se siguieron de forma estricta durante toda la revisión, al igual que el método cuantitativo que abordó variables de implementación.

Por otra parte, en el componente cualitativo permitió categorías emergentes con sus respectivos análisis, que aportaron a la comprensión del Acontecimiento en los GAMJ. En palabras de Peralta Duque (2021):

“El plan de recolección y generación de información -su diseño- en el enfoque cualitativo de investigación social es modificable y su proceso reflexivo es una construcción permanente que opera en todos los momentos del proceso de estudio. La idea inicial se concreta en preguntas de investigación y se conecta con perspectivas teóricas -categorías y subcategorías.” (p.171).

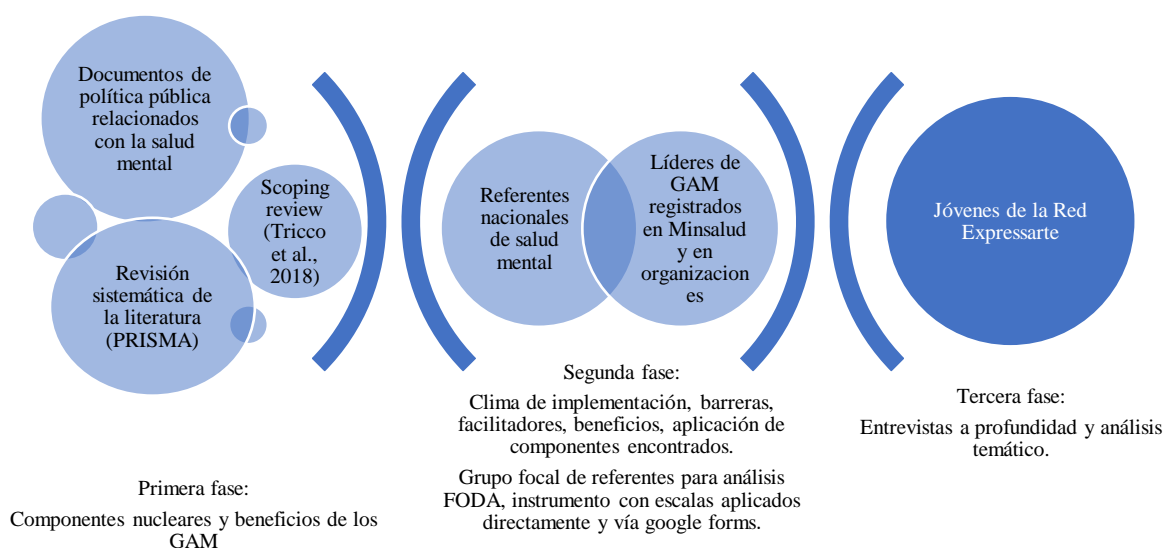
Como lo muestra la figura 5, se tomaron tres tipos de poblaciones en la presente investigación. En primer lugar, se aplicó un instrumento a los referentes departamentales de salud mental para determinar el clima de implementación de las estrategias grupales para la salud mental en Colombia, la adopción de la política nacional de salud mental. Con este mismo grupo de referentes territoriales, se realizó una matriz FODA para determinar barreras y facilitadores de implementación de los GAMJ a nivel territorial de forma presencial en un espacio facilitado por el Ministerio de Salud y Protección Social en abril de 2022.

El análisis FODA evalúa los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas (Ponce Talancón, 2007). Para este caso se realizó una actividad con los referentes de salud mental del país en el marco de un encuentro organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el mes de marzo de 2022.

Con apoyo del Ministerio de Salud, los referentes de salud mental de los distritos de Colombia que asistieron, se dividieron en dos subgrupos al azar. El primero estuvo conformado

por Santander, Córdoba, Vaupés, Bolívar, Chocó, Norte de Santander, Casanare, San Andrés, Bolívar, Cartagena, Arauca, Amazonas; el segundo por Caldas, Risaralda, Huila, Bogotá, Cali, Valle, Nariño, Meta, Antioquia, Magdalena, Vaupés. La dinámica estuvo liderada por el investigador principal de esta investigación, acompañado por una socióloga parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 5. Unidad de trabajo e instrumentos



Nota: Unidad de trabajo e instrumentos. Elaboración propia.

En segundo lugar, se difundió un instrumento en los grupos de apoyo y GAM registrados en las organizaciones científicas, como la Asociación Colombiana de Psiquiatría, el Colegio Colombiano de Psicólogos, el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, además de las listas registradas en el Ministerio de Salud, específicamente en el Grupo de Gestión Integrada para la

Salud Mental y el Grupo de Discapacidad. Este instrumento indagaba por los componentes nucleares, clima de implementación, además de barreras y facilitadores de implementación.

Se diseñó un instrumento que contenía algunas preguntas relacionadas con el clima de implementación, adaptadas de un instrumento original diseñado por Rojas-Andrade & Agudelo-Hernández (2023b).

Otras preguntas tipo Likert que indagaban por la presencia de los componentes nucleares encontrados en el paso uno de la metodología y otras preguntas abiertas que indagaban barreras, facilitadores y medidas de efectividad, estas últimas como preguntas abiertas.

Este instrumento se difundió a todos los referentes de los distritos y departamentos del país, de los cuales respondieron 33/39, además de los líderes de los grupos (tanto de apoyo como de ayuda mutua) reportados en el Ministerio de Salud de Colombia y con una metodología de bola de nieve a través de las organizaciones de psiquiatría, psicología y terapia ocupacional. En este último paso se recogieron 53 respuestas. La fecha de aplicación de este instrumento fue de febrero a abril de 2022.

En tercer lugar se eligió una experiencia demostrativa del departamento de Caldas, *Red Expressarte*. Después de la invitación, seis jóvenes aceptaron participar de un grupo focal, para el cual se realizó un acercamiento previo con la coordinadora, para explicar el objetivo de la investigación.

Como mencionan Escobar & Bonilla-Jiménez (2011), los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador, cuyo propósito es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes, lo que genera una

multiplicidad de enfoques y manifestaciones afectivas dentro del contexto de un grupo (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2011; Gibb, 1997).

Aunque resulta valioso generar validez y confiabilidad en términos de lo que se ha descrito como Prácticas Basadas en Evidencia, para realizar generalización de los resultados, este estudio también aporta más elementos para la comprensión del fenómeno que pretende analizar desde un enfoque epistémico cercano al constructivismo contextual, donde los grupos que ya existen antes de la entrevista, como es este caso, pueden brindar información de forma más natural y hacer más énfasis en la interacción como recurso de análisis central. En otras palabras, aunque no rechaza criterios de objetividad, no deja de ver estrategias de reflexión y articulación por parte del investigador (Freeman, 2006).

Dentro de las consideraciones para elegir esta metodología, se tuvo en cuenta el desacuerdo o la incomodidad que podría generar que fueran entrevistador por un psiquiatra (basados en los elementos históricos expuestos previamente). Según Escobar & Bonilla-Jiménez (2011) los grupos focales:

“(...) pueden motivar la participación de quienes no les gusta ser entrevistados, dan lugar a opiniones de personas que creen que no tienen nada que decir y aseguran que los miembros se involucren en un proceso de cambio. Además, sacan a luz los valores y normas del grupo, (...) es más fácil de administrar y maneja una forma más natural de comunicación y de interacción de grupo.” (p.6).

La información se consolidó en una hoja de cálculo de Excel de manera automática desde la plataforma Google forms y posteriormente se depuraron y procesaron los datos a través del paquete estadístico SPSS v26.

Por otra parte, los datos cuantitativos se analizaron mediante métodos de estadística descriptiva: media (\bar{x}) y desviación estándar (DE). Los datos se resumen en tablas de distribución de frecuencias. Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando era aplicable. Se realizó correlación bivariada entre las variables de la escala Implementation Drivers Scale -IDS- (Rojas-Andrade & Agudelo-Hernández (2023b) y las preguntas de los componentes nucleares de los GAM. De igual forma, se compararon dichas variables entre los grupos de apoyo y los GAM. También se realizaron correlaciones entre otras variables como adopción de la Política Nacional de Salud Mental en cada departamento.

Con el grupo de estrategias grupales, se determinaron variables como el clima de implementación, la presencia de componentes nucleares encontrados en las revisiones de literatura y los beneficios de salud mental percibidos por ellos en los participantes. Posteriormente se realizaron correlaciones entre estas tres variables, diferenciando los dos tipos de grupos (apoyo y GAMJ), para determinar cuáles de estos componentes podrían proponerse como esenciales en la implementación nacional de estas estrategias.

Por otra parte, el enfoque cualitativo se abordó a través del análisis temático. Una vez realizada esta fase se analizaron los datos basados en el método denominado análisis temático (Braun & Clarke, 2006), el cual es un método para identificar, analizar y reportar patrones (temas) dentro de los datos. Organiza mínimamente y describe su conjunto de datos en profundo detalle. Sin embargo, con frecuencia va más allá e interpreta varios aspectos del tema de investigación.

Cuenta con ventajas como la flexibilidad (Braun & Clarke, 2006) y la posibilidad para el descubrimiento de temas y conceptos contenidos a lo largo de sus entrevistas (Rubin & Rubin, 1995), lo que reafirma el valor de las personas entrevistadas y, a su vez, el papel del investigador

en la identificación de patrones o temas (Taylor & Ussher, 2001), los cuales, más que estar allí en los datos, se encuentran en el proceso de pensar estos datos, en el vínculo del investigador con estos (Ely et al., 1997). Es así como los temas, más que emerger, cuentan con una posición activa del investigador.

Las razones para elegir esta metodología en este proceso investigativo se dieron por los siguientes motivos: es flexible, permite usarse en investigadores con experiencia limitada en investigación cualitativa, los resultados resultan asequibles para varios ámbitos académicos y varios niveles del conocimiento (público en general, académicos, tomadores de decisiones en política), permite la colaboración de las personas investigadas en el paradigma de búsqueda, resume los aspectos claves determinados en búsquedas previas y, a la vez, ofrece una descripción amplia del conjunto de datos, resalta diferencias y similitudes en el conjunto de datos, permite la interpretación psicológica y social de los datos, además, puede ser útil para producir análisis cualitativos adecuados e informar el desarrollo de políticas públicas (Braun & Clarke, 2006).

Para el análisis de los datos, centrados en el marco anterior, se siguieron los siguientes pasos:

Paso 1. Acercamiento a los datos: Transcripción de datos, lectura y relectura de datos, anotación de ideas iniciales.

Paso 2: Generación de códigos iniciales: Codificación de características interesantes de los datos de manera sistemática en todo el conjunto de datos, recopilando datos relevantes para cada código.

Paso 3: Búsqueda de temas: Recopilación de códigos en temas potenciales, recopilación de todos los datos relevantes para cada tema potencial.

Paso 4: Temas de revisión: Verificación de si los temas funcionan en relación con los extractos codificados y todo el conjunto de datos, generando un mapa temático del análisis, el cual se muestra en el capítulo de resultados.

Paso 5: Definición y denominación de temas: Análisis continuo para refinar los detalles de cada tema y la historia general que cuenta el análisis, generando definiciones y nombres claros para cada tema.

Paso 6: Realización del informe: Selección de ejemplos de extractos vívidos y convincentes, análisis final de extractos seleccionados, relacionar el análisis con la pregunta de investigación y la literatura, producir un informe académico del análisis.

CAPÍTULO IV

Resistencia al Control y a la Aleatorización

En los capítulos anteriores se había señalado que había dificultades de implementación de los grupos de ayuda mutua. Una de estas es el desconocimiento de lo que ocurre en cada ser, otro es el desconocimiento de las barreras y de la motivación para implementarlos por parte de las organizaciones territoriales; otra consiste en la ausencia de componentes nucleares que orientaran la adaptación de estas estrategias de forma más amplia.

Este paso buscó describir el proceso de búsqueda de estos componentes en la literatura, donde al principio se realizó una revisión sistemática, la cual muestra como conclusión que los GAM podrían no permitir el control ni la aleatorización que proponen los estudios. Esto señala la necesidad de otra metodología de búsqueda, abordada en el capítulo: la revisión panorámica o el *scoping review*.

Los elementos comunes son denominadores comunes en tratamientos comprobados empíricamente que sirven como punto de referencia para comprender, aplicar y evaluar una intervención. Estos pueden ser técnicas, contenidos o habilidades discretas (Chorpita et al., 2005; Garland et al., 2008). Un mayor conocimiento de los componentes comunes de la RBC puede facilitar los esfuerzos de implementación futuros al revelar un terreno común para construir y predecir los elementos de tratamiento que pueden ser más resistentes al cambio. Las descripciones detalladas de los estudios de intervención también pueden facilitar las decisiones sobre la viabilidad de implementar una intervención en entornos comunitarios más amplios). Se ha argumentado que un enfoque de elementos comunes y esenciales para la PBE puede ser más

compatible y útil para los entornos de práctica de rutina y, por lo tanto, tiene el potencial para guiar la toma de decisiones clínicas y, en última instancia, mejorar la atención (Chorpita et al., 2007).

Sin embargo, según una revisión realizada por Moos (2008), todavía se sabe relativamente poco sobre los ingredientes activos o los procesos sociales que explican los efectos de estas intervenciones.

Revisión sistemática

Las revisiones sistemáticas de la literatura, se consideran como un tipo de investigación de tipo observacional y retrospectiva que tienen como objetivo sintetizar los resultados de múltiples investigaciones primarias sobre un tema específico, de igual manera buscan realizar una síntesis racional de la producción científica sobre el tema estudiado a partir de criterios de inclusión y exclusión definidos previamente para responder una pregunta específica de investigación (Restrepo et al., 2019). El protocolo de esta revisión fue registrado en PRÓSPERO (CRD42021274614).

Criterios de exclusión e inclusión y estrategia de búsqueda general: Se excluyeron estudios que sólo consideraron cuidadores en los grupos, sin intervenciones directas sobre las personas con los trastornos o problemas mentales. Aquellos estudios que consideraron cuidadores y pacientes para la intervención, se incluyeron. Se excluyeron artículos sin acceso completo y en un idioma diferente al inglés o al español, al igual que artículos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y artículos que trataron de psicoterapia grupal. De igual forma, se excluyeron artículos que no consideraran como intervención principal los GAM.

La selección inicial de los estudios se realizó con base en el título y en segundo lugar al resumen. Se recuperó la versión completa de todos los estudios cuyo resumen hizo referencia a intervenciones basadas en GAM. Los estudios que reunieron los criterios de inclusión fueron evaluados metodológicamente por cinco revisores independientes: un psicólogo, doctorado en psicología (RR); un psicólogo especialista en neuropsicopedagogía (CD), un psicólogo (JM), una médica epidemióloga estudiante de psiquiatría (AG), un psiquiatra de niños y adolescentes, candidato a doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (FA) y una médica especialista en estadística aplicada (MG).

Para la revisión independiente se utilizó el instrumento para la valoración crítica del Instituto Joanna Briggs según el tipo de estudio: Ensayos Clínicos Aleatorizados o Estudios de cohortes y de casos-contróles. La selección de los estudios se realizó por consenso del panel de revisores según las herramientas de valoración crítica y los que superaron la evaluación de calidad se incluyeron en la revisión. Se consideraron de calidad aceptable cuando los cuatro evaluadores, coincidieron en el 70 % de los ítems de los respectivos instrumentos de valoración como positivos.

Procedimiento de búsqueda de datos: Siguiendo el esquema PICOS (Patient or population/ Intervention / Comparison / Outcome / Study design) (fuente), los conceptos más importantes fueron incluidos en la estrategia de búsqueda. Se realizaron dos ecuaciones de búsqueda con las palabras clave. La estrategia incluirá la población, intervención y tipos de diseño de estudio. Se utilizó Código con filtros de ensayo clínico y ensayo clínico aleatorizado y artículos desde 2005 (Declaración de Montevideo y Principios de Brasilia). La búsqueda se realizó en las bases de datos Pudmed y Scielo a partir de la combinación de palabras claves y

operadores booleanos para estandarizar la búsqueda, y el código implementado fue el siguiente:
(((Self Help Group[Title/Abstract]) OR (Therapeutic Social Club[Title/Abstract])) OR (mutual aid group[Title/Abstract])).

Estos hallazgos mostraron una evidencia limitada pero prometedora que los grupos de ayuda mutua son beneficiosos para las personas con problemas de salud mental como enfermedad mental crónica, depresión/ansiedad y duelo, en donde los estudios informaron algunos cambios positivos en la salud mental de los miembros del grupo, y posibles componentes nucleares, por ejemplo, que las personas que establecen mayores vínculos sociales con otros miembros del grupo tienden a beneficiarse más (Pistrang et al., 2008). Los estudios que investigan los efectos positivos de los servicios entre pares han demostrado una mejora en el empoderamiento, la esperanza, la calidad de vida, la autoestima, la inclusión social y el compromiso con el cuidado de los usuarios del servicio (Repper & Carter, 2011).

En otra revisión de literatura sobre soportes por pares en salud mental, que incluyeron estudios previos a la fecha de revisión de este estudio (desde 1995 a 2004), Repper & Carter (2011) describieron con siete ensayos controlados aleatorios algunas intervenciones efectivas en estos grupos, entre esas, compañeros empleados en funciones tradicionales de gestión de casos, pares empleados como miembros adicionales del equipo y pares involucrados en los servicios, aunque destacan que estos hallazgos fueron inconsistentes y utilizan medidas de resultado variadas (Repper & Carter, 2011) por lo que acudieron a otra metodología para continuar la búsqueda.

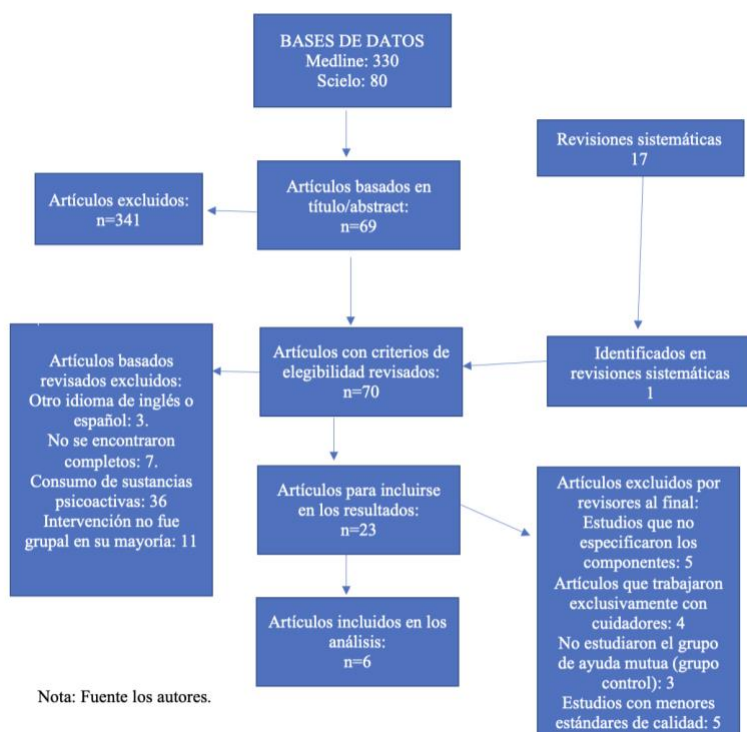
De igual manera, Lloyd-Evans et al (2011) analizaron los programas de apoyo mutuo (relaciones son de naturaleza recíproca) en población con enfermedad mental severa,

encontrando un efecto positivo para el empoderamiento pero no para la esperanza o la recuperación, mientras que, en los análisis de los ensayos de los servicios de apoyo entre pares (apoyo es principalmente unidireccional), encontraron efectos positivos para la recuperación y la esperanza, pero no para el empoderamiento. Mientras tanto, un meta-análisis para adultos con depresión, determinó que las intervenciones de apoyo entre pares ayudan a reducir sus síntomas (Pfeiffer et al., 2011).

Resultados de la revisión sistemática

Utilizando el coeficiente k de Cohen, la concordancia entre observadores de la prueba piloto fue .88 (IC del 95%: 0,66-1,00), lo que se considera una concordancia muy buena (Landis & Koch, 1977). La búsqueda final produjo seis estudios que se consideraron elegibles para su inclusión, como lo muestra la Figura 6.

Figura 6 Proceso de selección de estudios



De los 23 estudios que se consideraban analizar en los resultados, en cinco estudios no especificaron los componentes, otros cuatro más trabajaron exclusivamente con cuidadores y tres artículos consideraron el grupo de ayuda mutua como control, por lo que se excluyeron de la búsqueda de los componentes. Cinco estudios no cumplieron los criterios planteados de calidad (Ver tabla 1).

Tabla 1. Estudio incluidos en la revisión

Autor (año)	Título	País	Población atendida
Williams et al. (2018)	Community-based group guided self-help intervention for low mood and stress: randomised controlled trial	Escocia	Depresión
Yoo & Kang, (2006).	Effects of a bereavement intervention program on depression and life satisfaction in middle aged widows in Korea.	Korea del Norte	Duelo
Sahar et al. (2017).	Improved Health Status and Life Satisfaction among Older People following Self-Help Group Intervention in Jakarta.	Yakarta	Personas Mayores
Kelly et al. (2019).	Peer support for mood disorder: Characteristics and benefits from attending the Depression and Bipolar Support Alliance mutual-help organization.	Nueva Inglaterra	Trastornos afectivos
Siller et al. (2015).	Turkish Migrant Women with Recurrent Depression: Results from Community-based Self-help Groups	Austria	Trastorno depresivo recurrente
Rapee et al. (2007).	Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help.	Sidney	Fobia Social

Nota. Elaboración propia.

Diseño del programa: Métodos de intervención, contenido terapéutico: Tres trabajos implementaron GAM basados en modelos, dos grupos de autoayuda fueron guiados por profesionales y uno más los GAM con metodología independiente (sin un modelo específico). Dentro de los métodos de intervención solo dos trabajos utilizaron técnicas derivadas de la terapia cognitivo conductual (TCC) (Williams et al., 2019; Siller et al., 2015), buscando centrarse en un aspecto diferentes frente a las cogniciones centrales que presentan las personas al

sentirse deprimidas o ansiosas. Puntualmente en el trabajo de Willians et al. (2019) el contenido del grupo se configura de la siguiente manera, en los encuentros se abordaron temas como: ¿Por qué me siento tan mal? (modelo de auto-formulación / TCC), en el encuentro dos: No puedo molestarme en hacer nada (activación conductual), encuentro tres: ¿Por qué todo sale mal siempre? (identificando y cambiando pensamientos automáticos negativos), encuentro cuatro: No soy lo suficientemente bueno: (poca confianza), encuentro cinco: Cómo arreglar casi todo (estrategias de resolución de problemas), encuentro seis: Las cosas que haces que te arruinan (reduciendo los comportamientos de verificación), encuentro siete: ¿Eres lo suficientemente fuerte como para mantener tu temperamento? (manejo de la ira e irritabilidad) y encuentros ocho a 10: cosas que puede hacer para sentirse más feliz de inmediato (vida saludable, un recordatorio de los principios básicos del curso), encuentro nueve: planificación para el futuro y reunión, que aborda la prevención de recaídas. Este trabajo se llevó a cabo en seis semanas después de la clase final.

La propuesta de Yoo & Kang (2006), se basó en el modelo de cuatro tareas, y estaba destinado para mujeres de la mediana edad con situaciones de duelo. Abordó varios temas, como la aceptación de la realidad de la pérdida, superar el dolor del duelo, adaptarse al entorno en donde no se encuentra el ser querido, reubicar emocionalmente al ser querido y seguir adelante con la vida.

En el trabajo de Sahar et al. (2017), las primeras sesiones estaban encaminadas a establecer las reglas del grupo y posteriormente, desde el cuarto encuentro, se incluyeron temas como: compartir los pensamientos, sentimientos y comportamientos. Las sesiones sexta y séptima incluyeron el intercambio de experiencias y sensibilización sobre el proceso de

envejecimiento y los problemas de salud. Las sesiones octava y novena incluyeron el desarrollo de la autoestima y las prácticas positivas. Las sesiones décima y undécima incluyeron seguimiento y apoyo. La duodécima sesión fue la etapa de finalización, e incluyó la evaluación de todas las sesiones anteriores. Se utilizaron técnicas de autocontrol, retroalimentación y auto-refuerzo.

Para el tratamiento de la fobia social, en el GAM descrito por Rapee et al. (2007) repartió una copia impresa del libro “ Superar la timidez y la fobia social: una guía paso a paso” (Overcoming shyness and social phobia: a step-by-step guide) (Rapee, 1998).

Se concluye que, a pesar de la creciente literatura sobre los GAM, solo unos pocos estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Muchos estudios que se citan con frecuencia en la literatura refiriendo los componentes nucleares de los grupos de ayuda mutua, se excluyeron de esta revisión porque no cumplieron con los criterios relacionados con las características propuestas, especialmente por no ser ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y controlados. Incluso aquellos que cumplieron con los criterios fueron de calidad variable en términos de diseño e informe de resultados.

Lo anterior puede ser explicado por Humphreys & Rappaport (1994), quienes mencionan que los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) pueden ser una elección metodológica deficiente para evaluar GAM si los investigadores manejan el grupo ellos mismos y toman el control de la participación, ya que pueden alterarse los valores principales del grupo.

Esto resulta un reto que han logrado algunos estudios, al realizar este tipo de ensayos preservando la autonomía de los participantes (Pistrang et al., 2008). De igual forma, se explica

por las características esenciales de los GAM propuestos por Eldson et al. (2000), a saber, los miembros comparten una experiencia o un problema; los miembros se reúnen para apoyarse mutuamente; los miembros controlan y son dueños del grupo; y la membresía es voluntaria.

Otros autores como Levy (2000) han propuesto que en los GAM podrían no ser tan claros los desenlaces a través de medición de síntomas. Por lo tanto, los relatos en primera persona, las encuestas y los estudios cualitativos han indicado que los resultados relevantes incluyen, por ejemplo, aislamiento reducido, mayor confianza, cambios en la identidad y un sentido de empoderamiento (Barker & Pistrang, 2005; Pistrang et al., 2008).

Revisión Panorámica (Scoping Review)²

El mismo equipo mencionado en la revisión sistemática previa, llevó a cabo este paso del proceso, el cual permitió todos los tipos de estudios y algunos de lo que se denomina literatura gris. Al final, de los 62 artículos incluidos de bases de datos y 12 de literatura gris, 37 asociaron alguna forma de beneficio de los grupos de ayuda mutua con componentes centrales. Entre los estudios de investigación elegidos, se encontraron ocho relacionados con enfermedades crónicas, como cáncer, hipertensión, diabetes mellitus, y accidente cerebrovascular.

Con respecto a enfermedad mental, se encontró uno acerca de trastorno afectivo bipolar y otro de psicosis, el primero cualitativo. Sobre depresión y ansiedad, se seleccionaron nueve artículos, que incluían metodologías cuantitativas, y uno consideraba un protocolo de implementación. Sobre el consumo de sustancias psicoactivas, se encontraron seis estudios. Seis

² El presente aparte se describe ampliamente en el artículo con la siguiente referencia: Agudelo-Hernandez, A., Rojas-Andrade, R., Guapacha, M., & Delgado-Reyes, A. (2023). Identification of components associated with the operation of Mutual Aid Groups: a scoping review. *Revista Colombiana de Psicología*, 32(2), xx-xx. <https://doi.org/10.15446/rcp.v32n2.103633>.

estudios discutieron los componentes centrales de los problemas de salud mental, sin un diagnóstico específico. Dos más mencionaron los componentes en el marco de los problemas de conducta en adolescentes, también dos, uno cualitativo y otro cuantitativo, abordaron a los cuidadores (Agudelo-Hernández et al., 2023). En cuanto a los componentes nucleares, los autores mencionan que (Agudelo-Hernández et al., 2023) la agrupación propuesta por expertos considera los siguientes elementos centrales:

Agencia activa: esta categoría se da por la consolidación de componentes como: agencia activa (Bernabéu-Álvarez et al. 2020), adquisición de habilidades específicas (Petrini et al., 2020; Sample et al., 2008), empoderamiento (Stang et al., 2009; Markowitz et al., 2015; Sample et al., 2008) y autodeterminación.

Estrategias de afrontamiento esta conformado por habilidades de afrontamiento (Landstad, et al., 2020), Autoeficacia de afrontamiento (O'Dwyer et al., 2021), y estrategias de afrontamiento (Longden et al., 2018; Sample et al., 2008).

Reconocimiento y gestión emocional emocional (Anderson et al., 2015) conformado por: apoyo socio emocional (Repper & Carter, 2011; Ngai et al 2021b; Manning et al., 2020) y afrontamiento emocional (Sample et al., 2008).

Resolución de problemas conformado por Resolución de problemas (Yip, 2002; Gona et al., 2020) y autoeficacia (Magura et al., 2007; Carlén et al., 2021).

Confianza conformado por Honestidad, liderazgo (Landstad et al., 2020), confianza (Fernandez-Jesus et al., 2021; Ngai et al. 2021b); compromiso y sin jerarquías (Activament Catalunya Associació, 2021).

Construcción de identidad conformado por construcción de identidad (Chambers et al., 2017; Ngai et al., 2021b), imagen positiva (Longden et al., 2018).

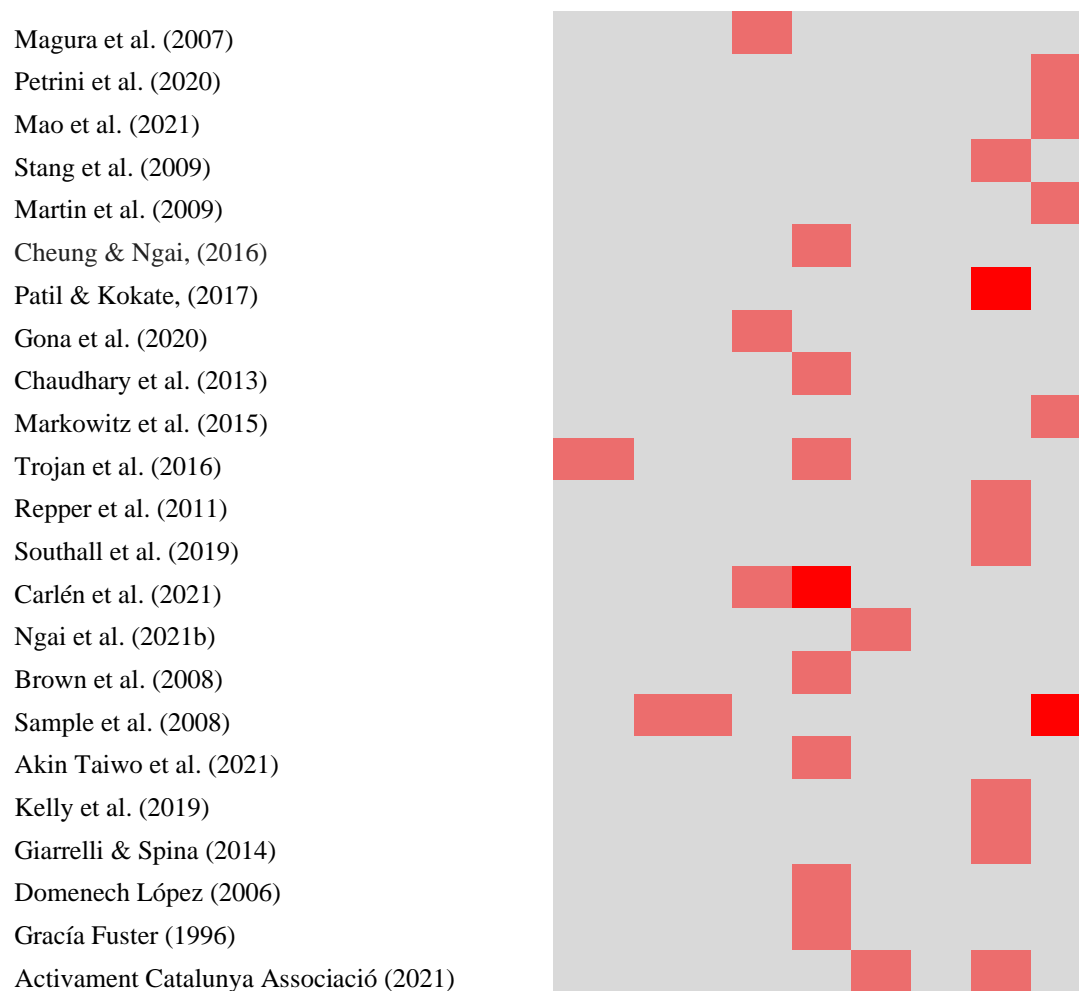
Redes sociales conformado por democracia (Patil & Kokate, 2017), descentralización (Patil & Kokate, 2017), redes sociales (Kelly et al. 2019); movilidad y accesibilidad (Southall et al., 2019).

Interacción de apoyo conformado por aprendizaje recíproco (Matusow et al., 2013); Interacción de apoyo (Ngai et al., 2021a); retroalimentación (Landstad et al., 2020); sentido de confianza y Cohesión (Cheung & Ngai, 2016), intercambio, libertad de expresión (Chaudhary et al., 2018; Akin Taiwo et al., 2021), integración (Trojan et al. 2016), entendimiento compartido (Carlén et al. 2021), ayuda mutua (Carlén et al., 2021), escucha activa (Carlén et al., 2021), igualdad de relaciones (Brown et al., 2008), Solidaridad, reciprocidad (Domenech López, 2006) y aprendizaje social (Gracia Fuster, 1996). (p.34).

A partir de las nuevas categorías propuestas se puede observar que el componente central más detectado en los diferentes estudios fue el de interacción de apoyo (16 veces), seguido por Redes sociales (11 veces), y Resolución de problemas y agencia activa (ocho veces) (Tabla 2).

Tabla 2. *Componentes centrales y su frecuencia en los estudios incluidos*

Autor/componentes	A	B	C	D	E	F	G	H
Anderson et al. (2015)		■				■		
Yip (2002)			■					
Chambers et al. (2017)					■	■		
Matusow et al. (2013)				■				
Ngai et al. (2021a)				■		■		
Moos (2008)	■							
Landstad et al. (2020)					■			
O'Dwyer et al. (2021)	■							
Powell et al. (2010)							■	
Longden et al. (2018)		■				■		



Nota. A: Estrategias de afrontamiento, B: Reconocimiento y gestion emocional; C: Resolución de problemas; D: Interacción de apoyo; E: Confianza; F: Construcción de identidad; G: Redes Sociales; H: Agencia Activa. Tomada de Agudelo-Hernández et al. (2023).

Los beneficios mas percibidos en los trabajos incluidos fueron la mejoría en las habilidades para la vida (22 veces), el funcionamiento social y la mejoría en la calidad de vida (20 veces) (Tabla 3).

Tabla 3. *Beneficios detectados por cada uno de los estudios incluidos*

Autor/Beneficio	A	B	C	D	E
Yip (2002)					
Chen et al. (2014)					
Matusow et al. (2013)					
Ngai et al (2021)					

	Mejoría en calidad de vida	Aprendizaje de salud mental	Funcionamiento social	Habilidades para la vida	Esperanza
Estrategias de afrontamiento	Presente	Moderadamente presente	Ausente	Moderadamente presente	Moderadamente presente
Reconocimiento y gestión emocional	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Ausente
Resolución de problemas	Presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Presente	Moderadamente presente
Interacción de apoyo	Moderadamente presente	Ausente	Moderadamente presente	Presente	Moderadamente presente
Confianza	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente
Construcción de identidad	Presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Ausente
Redes sociales	Presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente
Agencia activa	Presente	Moderadamente presente	Moderadamente presente	Presente	Moderadamente presente

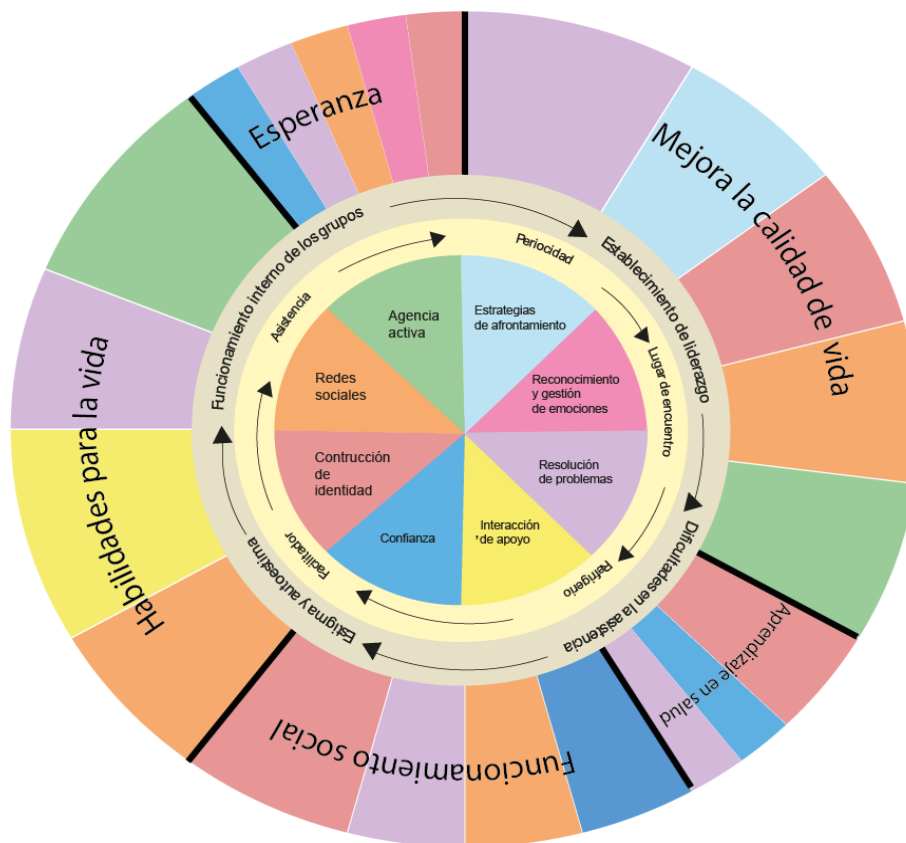
Nota. Los autores

Presente ■ Moderadamente presente ■ Ausente ■
 Tomada de Agudelo-Hernández et al. (2023).

La presente revisión panorámica permite evidenciar mediante qué mecanismos los grupos de ayuda mutua ofrecen beneficios en las personas. Entre estos componentes asociados a buenos resultados, se encuentran: La agencia activa, estrategias de afrontamiento, reconocimiento y gestión de emociones, resolución de problemas, interacción de apoyo, confianza, construcción de identidad y fortalecimiento de redes sociales (Agudelo-Hernández et al., 2023).

Los GAM deben incluirse como parte importante del proceso de atención de los problemas de salud mental y que la inclusión de algunas técnicas, contenidos o habilidades discretas como sus componentes nucleares, podría mejorar la efectividad de los mismos. En la figura 10 se aprecia la relación de cada componente nuclear con los resultados o beneficios de los grupos, según la frecuencia encontrada en la revisión. Se señalan además algunas barreras y facilitadores que rodean la dinámica de estos componentes (ver figura 7).

Figura 7. Componentes nucleares y su relación con barreras, facilitadores y resultados de los GAM



Nota: Componentes nucleares y su relación con barreras, facilitadores y resultados de los GAM. Los colores asignados a los componentes se relacionan en los beneficios según su presencia en cada uno. Elaboración propia.

Conclusión al capítulo IV

Las deficiencias en la realización y el informe de los ensayos existentes sobre GAM ejemplifican las dificultades en la evaluación de intervenciones complejas (Lloyd-Evans et al., 2019). Los investigadores también deben describir claramente las características de los grupos que se están estudiando para que puedan emitir juicios sobre si cumplen con la definición de un

GAM. Esto es particularmente importante porque los términos “grupo de apoyo” y “grupo de autoayuda” incluyen una gama de diferentes tipos de grupos.

Para determinar valores del grupo o componentes nucleares (por ejemplo, empoderamiento) se requieren diseños longitudinales o cuasi-experimental, con grupos control que respeten la autonomía del grupo en el proceso de aleatorización y que consideren que, por lo general, en salud mental se acude a varios tipos de ayuda para lograr la recuperación (Pistrang, et al 2008).

Independientemente de la falta de una fuerte evidencia, existe un fuerte apoyo de los beneficios de proporcionados por los GAM. Estos servicios pueden llenar efectivamente algunos de los vacíos en el sistema de prestación de servicios de salud mental. Encontrar los componentes comunes y los componentes nucleares resulta fundamental para lograr estos objetivos, sin embargo, podrían ser necesarias otras metodologías de revisión sistemática (scoping review) (Arksey & O’Malley, 2005) de análisis de las intervenciones (diseños mixtos) y de estudios híbridos de implementación (Kemp et al., 2019), ya que lo mostrado con la revisión sistemática dejó, para efectos de esta investigación, resultados poco concluyentes.

Por lo anterior, en un segundo momento se propuso como objetivo identificar los componentes asociados a los beneficios de los grupos de ayuda mutua con una revisión panorámica o *Scoping review*, para lo cual se tomaron como bases de datos Pubmed, Scopus, Scielo, Embase y Redalyc, La búsqueda se realizó a partir de las siguientes palabras claves: mutual aid groups / grupos de ayuda mutua; Self-Help Groups / grupos de autoayuda, en la bases de datos anteriormente mencionadas, de un total de 2064 artículos solo se incluyeron 62 trabajos.

Es así como los resultados de la presente revisión panorámica permite evidenciar componentes nucleares de los GAM relacionados con beneficios en los jóvenes. Entre estos

componentes, se encuentran: la agencia activa, estrategias de afrontamiento, reconocimiento y gestión de emociones, resolución de problemas, interacción de apoyo, confianza, construcción de identidad y fortalecimiento de redes sociales. Según las revisiones de literatura, los GAMJ son una opción efectiva para contribuir a la mejoría de problemas de salud. La aplicación de estos componentes podría contribuir a lograr estos beneficios.

Capítulo V

Políticas de Salud Mental en Colombia: Aún una propuesta*Homeless compleynt*

Pardon me buddy, i didn't mean to bug you

but I came from Vietnam

where I killed a lot of Vietnamese gentlemen

a few ladies too

and I couldn't stand the pain

and got a habit out of fear

I've gone through rehab and I'm clean

but I got no place to sleep

and I don't know what to

with myself right no

I'm sorry buddy, I didn't mean to bug you

but it's cold in the alley

my heart's sick alone

and I'm clean, but my life's a mess

Third Avenue

and E. Houston Street

on the corner traffic island under a red light

wiping your windshield with a dirty rag

Allen Ginsberg.

Si bien las reformas de los servicios de salud mental en los últimos 20 años han llevado a una mejorar la atención en salud mental, estos avances fueron claramente insuficientes para responder a los enormes desafíos que enfrentan los países como Colombia para mejorar los servicios de salud mental. Lo anterior, dado por una financiación insuficiente, la ausencia de un consenso sólido entre todas las partes interesadas, la debilidad de las asociaciones de usuarios y familias, además de la falta de capacidad técnica de la unidad de coordinación responsable del desarrollo de los servicios en los ministerios de salud, la resistencia de los profesionales a cambiar a nuevos modelos de atención y la falta de recursos humanos.

Implementación de servicios de salud de la Ley de Salud Mental³

En este componente se encontró a nivel nacional una importante referencia de todos los territorios hacia servicios hospitalarios, con una baja disponibilidad y uso territorial de modelos comunitarios o servicios de menor intensidad, representados en hospitales día, en rehabilitación basada en la comunidad y en intervenciones grupales. Al igual que la baja implementación de la mayoría de servicios en como Amazonas, Vaupés, Putumayo, Meta y Casanare, departamentos con importantes problemáticas sociales como la migración, la conducta suicida en población indígena (Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade, 2023) (Ver tabla 5).

Tabla 5. Uso de las estrategias y servicios de salud mental en Colombia

³ El presente aparte se describe ampliamente en el artículo con la siguiente referencia: Agudelo-Hernández, F. & Rojas-Andrade, R. (2023). Mental Health Services in Colombia: a national implementation study. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>

Departamento/ distrito	Ambulato orio	Domicili aria	APH	CAD	Grupos Apoyo y ayuda mutua	Hospital de día adultos y de NNA	RBC	Unidad de Salud Mental	Urgencia	Tele
Amazonas										
Arauca										
Atlántico										
Bogotá										
Caldas										
Boyacá										
B/ventura										
Caquetá										
Cartagena										
Casanare										
Cauca										
Guaviare										
Huila										
Magdalena										
Bolívar										
Chocó										
C/marca										
Meta										
Putumayo										
San Andrés										
Sucre										
N/Santander										
Quindío										
Santander										
Vichada										
Risaralda										
Vaupés										
Tolima										
Nariño										

No cuenta con el servicio



Cuenta con el servicio, pero aporta poco



Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa

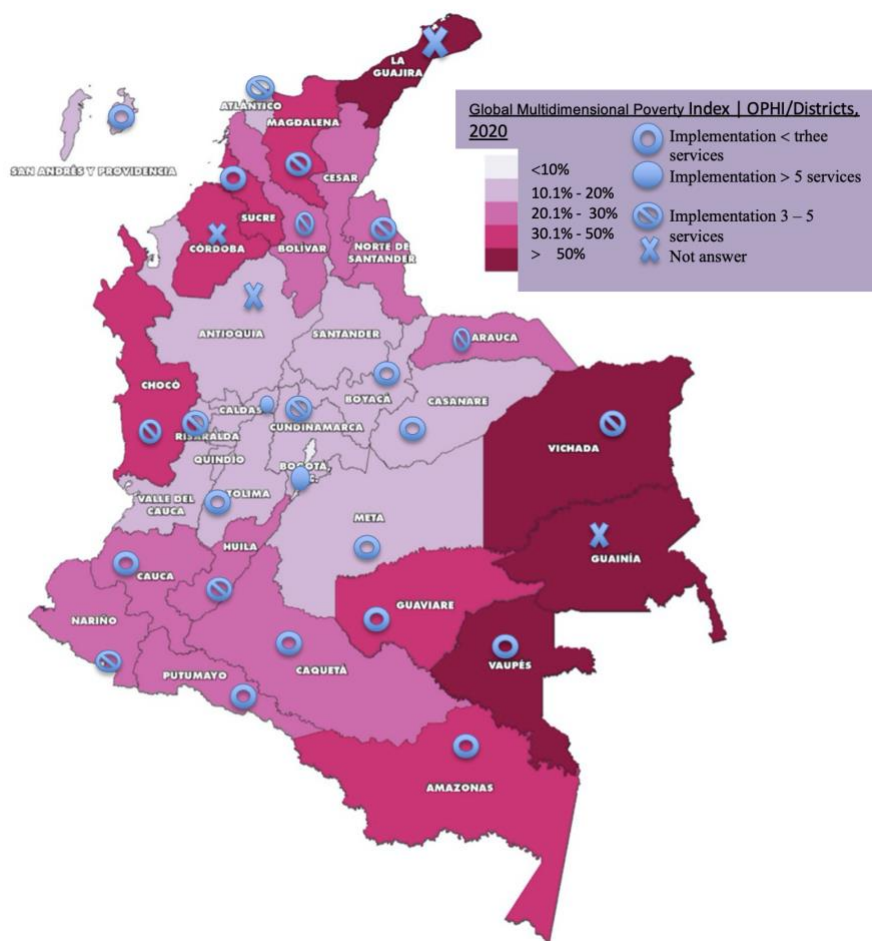
APH: Atención Prehospitalaria. RBC: Rehabilitación Basada en Comunidad. NNA: niños, niñas y adolescentes. Tele: Telesalud. Elaboración propia. Tomada de Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade (2023a)

Esta distribución de la baja implementación coincide con la mayoría de las regiones de mayor desigualdad y pobreza multidimensional en el país (ver figura 8). Al respecto, uno de los indicadores de esta última medida, es la salud, con subcomponentes establecidos como:

“Cobertura: afiliados al régimen contributivo y cobertura del régimen subsidiado (línea de base 18.116.769 y 90,27 %); y Acceso a servicios de salud ante una necesidad” (Gutiérrez et al.,

2020). Esto valida el enfoque de interseccionalidad con el cual se hace necesario abordar los problemas y trastornos mentales (Holman & Walker, 2020).

Figura 8. Acceso a servicios de salud y pobreza multidimensional en Colombia



Nota: Acceso a servicios de salud y pobreza multidimensional en Colombia. Tomada de Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade (2023a).

Componentes de los GAM en Colombia y Barreras de Implementación

Bonal et al. (2017) proponen que en la evaluación de implementación de las intervenciones grupales para la salud mental, se deben tener en cuenta dimensiones globales de

cómo, dónde, cuándo, por quién se ofrece el apoyo al automanejo, facilitando prácticas de implementación, como forma de ejecución (cara a cara, a distancia, basados en la web), personal que entrega el apoyo (profesionales de la salud, educadores no profesionales), objetivos (individuales o en grupos, genéricos o de afecciones específicas), componentes comunes (intensidad, frecuencia y duración de la intervención).

Este aparte busca determinar estos componentes del funcionamiento de grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua a nivel nacional. De igual forma, busca determinar barreras y clima de implementación, percibidos tanto por los líderes de los grupos registrados en el Ministerio de Salud e identificados por las asociaciones de psiquiatría y de psicología.

Para lo anterior, se ha propuesto la escala IDS (Rojas-Andrade & Agudelo-Hernández, 2023b), aplicado a líderes de grupos y a referentes territoriales de salud, esta aplicación fue en línea. De igual forma, a los líderes de los grupos se les preguntó por componentes comunes y componentes nucleares de sus intervenciones, además de la relación de estos componentes, encontrados en la revisión panorámica, con los beneficios evidenciados en los grupos que lideran.

Se realizó un grupo focal con los referentes de salud mental de los territorios, buscando diligenciar una matriz DOFA, para evidenciar las barreras percibidas por ellos, sin enfocar en una categoría específica, a través del instrumento el línea. Asimismo, se indagó a la referente nacional del Ministerio de Salud y Protección Social por la historia de los Grupos de Ayuda Mutua y por particularidades de la implementación de los mismos a través del tiempo.

Se encontró en el análisis descriptivo de las respuestas de los líderes de este tipo de intervenciones que la mayoría que respondieron fueron grupos de apoyo (76,9%) y que 12 se identificaron como GAM. Lo que distingue a los servicios de apoyo entre pares de otros tipos de intervenciones y servicios para el consumidor es su naturaleza colaborativa y la asociación mutua e igualitaria de personas que comparten su experiencia vivida y la experiencia de sus viajes de recuperación (Repper & Carter, 2011).

Por lo anterior, podría considerarse como limitación para el análisis de este dato, que es posible que algunos grupos de ayuda mutua escapen de la metodología propuesta de recolección de la información, la cual fue a través de las direcciones territoriales de salud, de las sociedades científicas o de asociaciones de personas con problemas mentales.

En cuanto a los temas que se abordan en los grupos, se presentan en la tabla 6, en la cual predominan los grupos para problemas afectivos, pudiéndose agrupar todavía más en categorías como *Problemas psiquiátricos*, *problemas no psiquiátricos*, *habilidades psicológicas* y *problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas*. Llama la atención la baja frecuencia reportada de este tipo de intervención como respuesta al conflicto armado, con sólo un grupo, ya que en Los Acuerdos de la Habana, ha quedado planteado el abordaje de la salud mental con los elementos de la Política de Salud Mental.

Tabla 6. Temas abordados en los grupos

Tema tratado	Frecuencia	Porcentaje
Habilidades psicológicas en general	6	11,5
Depresión, ansiedad, Trastorno Bipolar, conducta suicida	21	40,4
Trastornos mentales en general	8	15,4
Fibromialgia	1	1,9
Consumo de sustancias	7	13,5
Conflicto armado	1	1,9
TDAH	1	1,9
Violencia	1	1,9
Burn out	1	1,9
Enfermedades no psiquiátricas	5	9,6
Total	52	100,0

En cuanto al curso de vida, se encuentra un predominio de grupos conformados por adolescentes y jóvenes, lo que permite señalar lo abordado en las hipótesis, que menciona que las intervenciones grupales de salud mental podrían ser mejor recibidas por jóvenes. En este sentido, 29 grupos fueron de adolescentes y jóvenes, dos de niños y niñas, y 21 en adultos.

Frente a lo que se ha denominado como componentes comunes, los cuales son fundamentales para el funcionamiento de los grupos y hablan especialmente de aspectos logísticos que pueden asociarse con la efectividad de una intervención, el análisis mostró, que, en cuanto a la periodicidad de los grupos, se evidencia mayor frecuencia en los grupos de apoyo, especialmente en adultos, y una menor periodicidad de los GAM en todos los cursos de vida (Ver tabla 7).

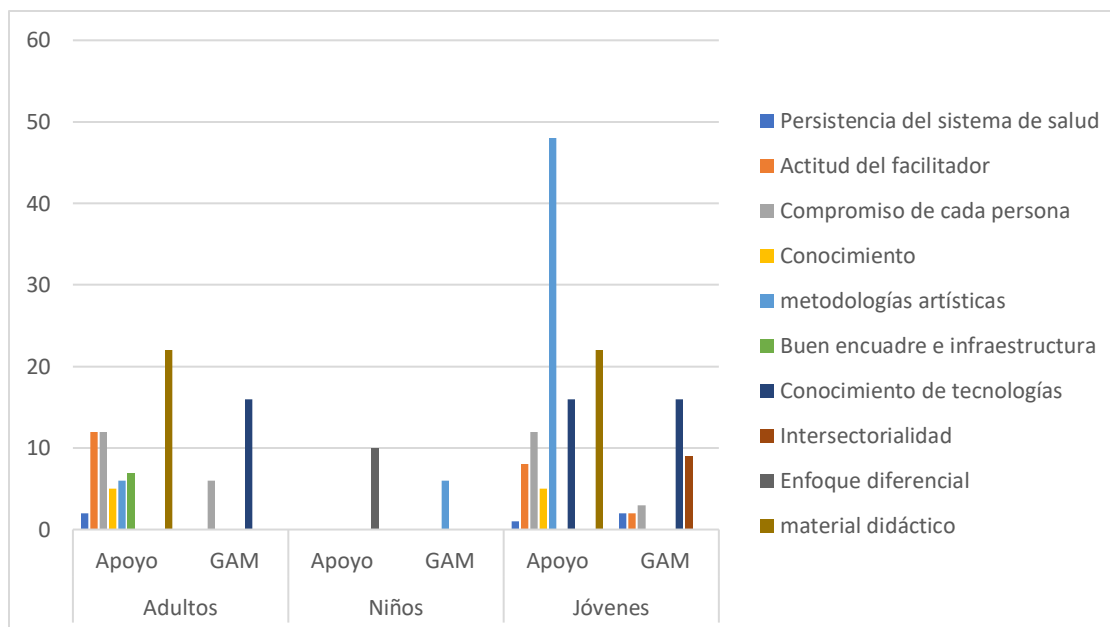
Tabla 7. Promedio de reuniones al mes por tipo de grupo y curso de vida

Tipo de grupo	Adultos	Niños	Jóvenes	Total general
Apoyo	3,58	8	2,68	3,2
GAM	3,25	1	1,71	2,16
Total	3,52	4,5	2,44	2,96

Nota. Elaboración propia.

En cuanto al número de participantes por sesión, los grupos de apoyo en adultos presentan la mayor cantidad de participantes, con un promedio de 28.52, comparado con los grupos de niños, adolescentes y jóvenes, los cuales oscilan entre 10 y 15 participantes. Por el lado de los grupos de ayuda mutua, es mayor la cantidad de participantes en jóvenes y niños, en donde oscilan de 15 a 30, frente a 13.5 en adultos, lo que podría reafirmar las metodologías de los GAM más efectivas para la convocatoria de jóvenes a actividades para la salud mental. Por otra parte, la duración de las sesiones fue mayor para los GAM (1.83 horas en promedio), que para los grupos de apoyo (1.7 horas, en promedio), tanto en jóvenes como en adultos. También se indagaron otros elementos asociados al funcionamiento de los grupos, que se muestran en la figura 9. En los jóvenes prevalecen las metodologías artísticas y el conocimiento de tecnologías, además de material didáctico, en este último punto coincide con los grupos en adultos.

Figura 9. Otros elementos asociados al funcionamiento de los grupos



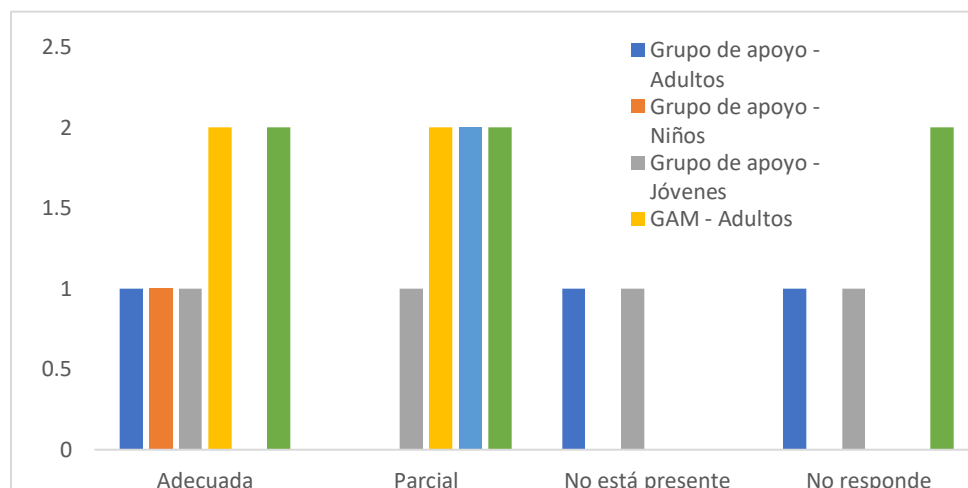
Nota. Otros elementos asociados al funcionamiento de los grupos. Elaboración propia.

Barreras en la Implementación de Intervenciones Grupales en Salud Mental: Caso Colombia.

Por otra parte, se indagó por la participación del sistema de salud en las intervenciones grupales para la salud mental, especialmente en los grupos de apoyo y los GAM. Al respecto, se tiene en cuenta que una de las razones por las que los servicios de apoyo entre pares son efectivos se debe al énfasis en la creencia de que los 'pares' se consideran iguales, desafiando el modelo tradicional de servicio de atención médica, diferenciando entre el experto (p. ej., proveedor) y la persona con una problemática.

En estos análisis se puede encontrar que los grupos de apoyo y los GAM cuentan con más cercanía al sistema de salud cuando estos corresponden a adultos, comparado con grupos en jóvenes, tanto de apoyo como de ayuda mutua, como lo muestra la figura 10.

Figura 10. *Promedio de la participación del sistema de salud en los grupos por curso de vida*



Nota. Elaboración propia.

Desde las preguntas realizadas a los referentes territoriales de salud mental, se determinaron como barreras:

- Falta de seguimiento y subregistro de personas con problemas y trastornos mentales.
- Falta de cualificación del talento humano en salud.
- Falta de articulación de las instituciones que prestan servicios de salud, falta de continuidad de los servicios.
- Deficiencia de competencia talento humano en salud.
- Limitación en la accesibilidad al servicio en salud mental.
- Deficiencia en la oportunidad de atención en salud mental.
- Servicios concentrados en ciudades.
- Deficiencia en redes de apoyo familiar y comunitarias.
- Carencia de programas para la inclusión social.

Llama la atención los pocos facilitadores percibidos, pues sólo mencionaron *el desarrollo de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas en la identificación del riesgo*.

Posteriormente señalan como propuestas para la acción:

- Procesos de formación al talento humano.
- Aplicación del modelo de atención primaria en salud.
- Políticas específicas para el desarrollo de capacidades.
- Cualificación del talento humano con un respaldo normativo.

Asimismo, a los líderes de los grupos se les preguntó por barreras, tanto en la medición de clima de implementación (revisado en el próximo aparte) en una escala, como en preguntas

abiertas. En este último punto, se realizaron categorías con las respuestas, como se evidencia en la Tabla 8, en las cuales llaman la atención las relacionadas con el acompañamiento de otros sectores, entre esas pocos recursos para la continuidad, la falta de respuesta de otros sectores y, especialmente en los GAM de niños y jóvenes, las dificultades administrativas del sector salud. También se encontró que 63.4% de los grupos no presentan vinculación con sectores gubernamentales (28 grupos no se han vinculado con otras entidades y cinco lo han hecho con entidades gubernamentales).

Tabla 8. Barreras por tipo de grupo y curso de vida

Tipo de barrera en grupos en niñez y juventud	Grupos de Apoyo	GAM	Total Grupos
Falta de capacitación en profesionales	3		3
Pocos recursos para continuidad	14	2	16
Falta de voluntad política para continuidad	9	3	12
Aspectos de desplazamiento a las reuniones	12	4	16
Pocos grupos	5	5	10
Falta de respuesta de otros sectores	24	6	30
Dificultades administrativas del sector salud	7	21	28
Ninguna	8		8
Total general	82	41	123
Tipo de barrera en grupos de adultos			
Falta de capacitación en profesionales	1		1
Pocos recursos para continuidad	6	2	8
Falta de voluntad política para continuidad	9	6	15
Aspectos de desplazamiento a las reuniones	8		8
Pocos grupos	5		5
Falta de respuesta de otros sectores	12	6	18
Dificultades administrativas del sector salud	28		28
Ninguna	8		8
Total general	77	14	91

Nota. Elaboración propia.

Esto se reafirma con el promedio total de barreras (ver Tabla 9), en donde se aprecia una mayor cantidad de barreras en los GAM para niños, niñas y jóvenes.

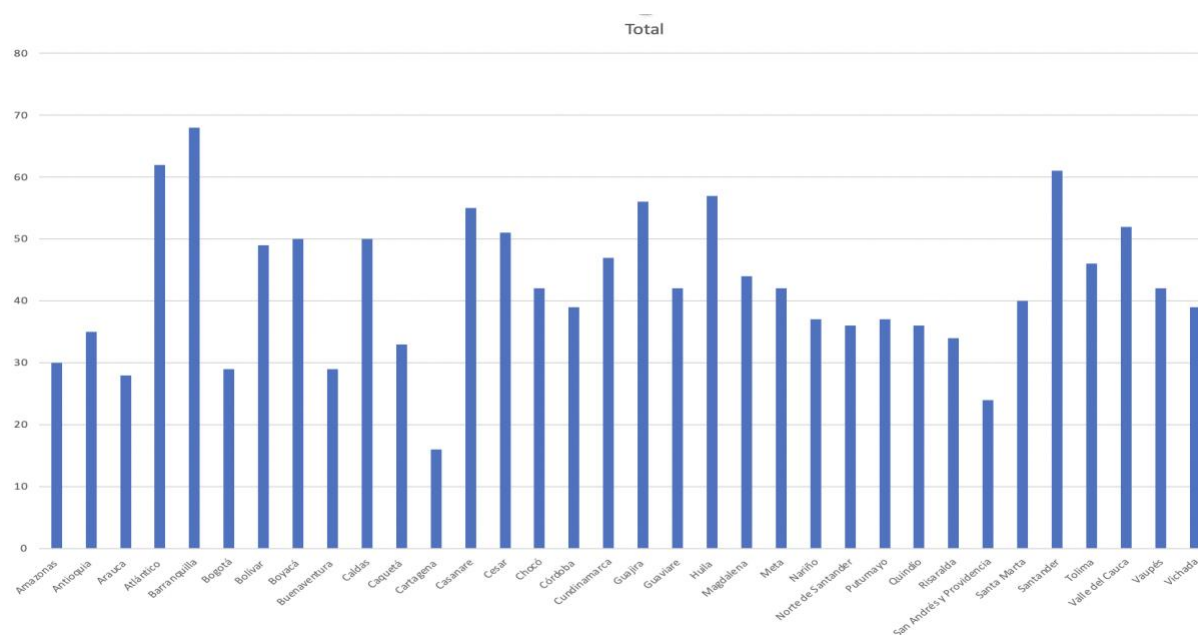
Tabla 9. Promedio barreras por curso de vida y tipo de grupo

Curso de vida	Grupo de apoyo	GAM	Total
Niños, niñas y jóvenes	3,56	5,12	3,96
Adultos	4,53	3,5	4,33

Nota. Elaboración propia.

Tanto a los referentes territoriales de salud mental, como a los líderes de los grupos, se les indagó por la implementación de las actividades grupales para la salud mental con la escala IDS, la cual indaga en cada pregunta el grado de acuerdo con el enunciado, con opciones de uno a cinco en una escala tipo likert. Se encontró, acorde con lo analizado previamente, que las dificultades principales para la implementación de grupos son las relacionadas con la baja participación del sistema de salud y de los organismos gubernamentales en la implementación de los grupos, incluso cuando se conocen los lineamientos nacionales para tal fin. Presentó una media nacional de 46 puntos. A nivel de los referentes de salud también se diligenció el mismo instrumento, que se reporta en la figura 11.

Figura 11. Clima de implementación de los GAMJ en Colombia

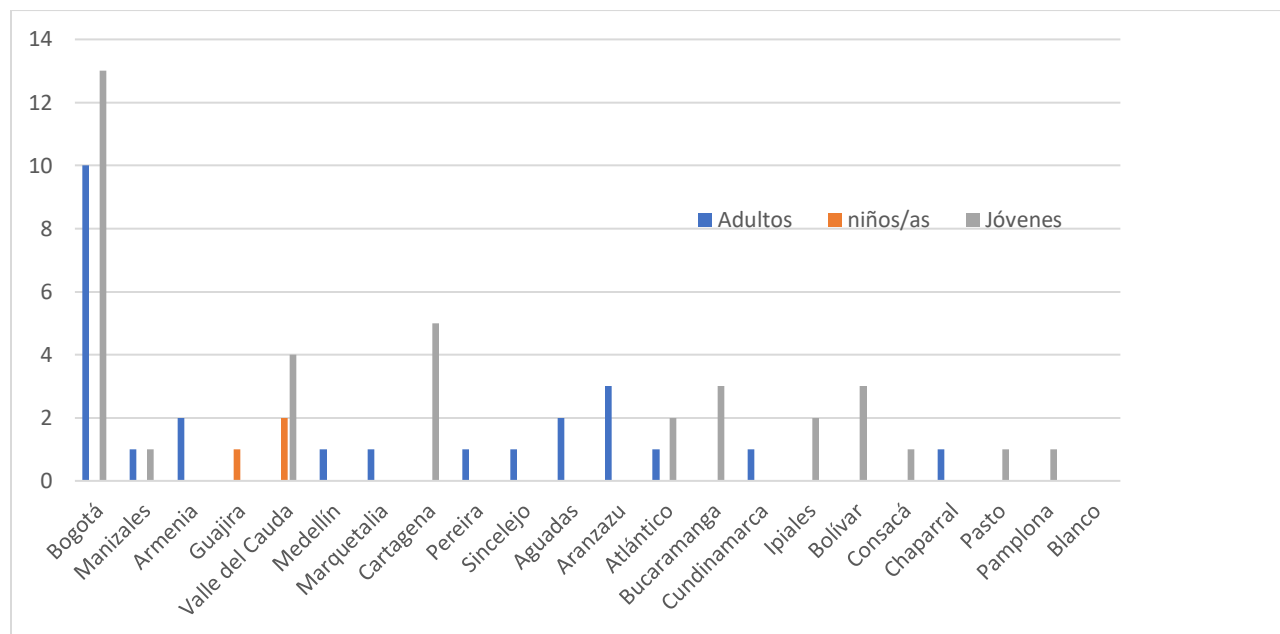


Nota: Clima de implementación de los GAMJ en Colombia. Elaboración propia.

Se evidencia unas mejores características de implementación de estrategias comunitarias grupales para la salud mental, en Barranquilla (Distrito), Atlántico (departamento), Casanare, Valle del Cauca y Santander.

Lo anterior, no coincide con la cantidad de grupos a nivel territorial, especialmente a nivel de los GAMJ, como lo muestra la figura 12, y podría reafirmar la autonomía de los sistemas de salud que podrían mostrar los GAM o las fallas en la aceptación de las intervenciones por parte de las comunidades.

Figura 12. Número de grupos por curso de vida en Colombia



Nota. Número de grupos por curso de vida en Colombia. Elaboración propia.

Frente a los hallazgos resaltados previamente, Gona et al. (2020) han planteado que las características asociadas con el colapso de los grupos inactivos incluyen un liderazgo deficiente, asistencia inconsistente e incumplimiento de los requisitos de las visitas de monitoreo; poca

disponibilidad de habilidades clave; interferencia de ex miembros y otros fuera del grupo; y las duras condiciones ambientales. De igual forma, Ambikile & Outwater (2012) encontraron que las limitaciones de transporte y la falta de financiación también afectan la asistencia a grupos.

De igual forma, Cheung & Ngai, (2016) han descrito en jóvenes que la deserción de los grupos de apoyo se relaciona con cambios rápidos en la vida de los jóvenes a través de la educación, el trabajo y la participación en el servicio, lo cual no se da de forma tan frecuente en los grupos de ayuda mutua (Carlsen, 2003).

Otras barreras que identifica la literatura, y que coinciden con las descritas en esta investigación, consisten en factores socioeconómicos y en la relación con el sistema de salud, factores que pueden limitar el alcance y amenazan el futuro de los grupos (Seebohm et al., 2013). Por lo tanto, Seebohm et al. (2013), sugieren que los formuladores de políticas se deben comprometer con la población local, invirtiendo en apoyo proporcional a las necesidades de las diferentes poblaciones, permitiéndoles desarrollar sus propios grupos de autoayuda/ayuda mutua para mejorar su sentido de bienestar mental, lo cual es señalado también por los líderes de los grupos en estos hallazgos.

Lo anterior coincide con Powell & Perron (2010), que mencionan que, si bien los grupos de autoayuda ofrecen muchos beneficios potenciales, su capacidad de ejecución dependerá de las realidades locales, entre esas, el enfoque diferencial que se menciona en los resultados, y que coincide con lo planteado por Gugerty et al. (2019) el desplazamiento a los grupos (Cohen et al., 2014) y las habilidades para el manejo de las herramientas tecnológicas (Magura et al., 2007).

Powell & Perron (2010), también enfatizan en el rol del facilitador en el adecuado desarrollo del grupo, lo que se evidencia en la presente investigación. Sin embargo, otros autores mencionan que es posible que no se sientan las personas no perciban como adecuada la presencia de un facilitador en los GAM, pues podría fomentar la voluntad de los participantes de abandonar los grupos tan pronto como disminuyan sus síntomas, de modo que no se experimenten los procesos más beneficiosos de intercambio mutuo, incluidos, por ejemplo, el reflejo descendente y la reinterpretación de la narrativa personal de la enfermedad (Petrini et al., 2020).

Al respecto, Chaudhary et al. (2013) agregan que cuando esto sucede, se corre el riesgo que las voces de las personas que participan en los grupos sean ahogadas por un liderazgo profesionalizado cuyos parámetros de negociación se limitarán a los definidos por la agenda del estado y las ideas preconcebidas, lo que además impactaría en desesperanza de las personas que participan en grupos, lo que se ha determinado como otra barrera, que incluso podría impactar en el fortalecimiento de ciudadanía que podrían dar las intervenciones grupales para la salud, especialmente los GAM (Giarelli & Spina, 2014).

Componentes Nucleares en las Intervenciones Grupales Comunitarias Para la Salud Mental: Caso Colombia.

Existe un fuerte apoyo de los beneficios de proporcionados por los GAM. Estos servicios pueden llenar efectivamente algunos de los vacíos en el sistema de prestación de servicios de salud mental. Encontrar los componentes comunes y los componentes nucleares resulta fundamental para lograr estos objetivos, sin embargo, podrían ser necesarias otras metodologías de revisión sistemática, como las revisiones de alcance (Arksey & O'Malley, 2005) de análisis

de las intervenciones (diseños mixtos) y de estudios híbridos de implementación (Kemp et al., 2019).

Se habían definido los elementos comunes como técnicas, contenidos o habilidades discretas asociadas al funcionamiento de una intervención. Basados en la revisión panorámica realizada para acercarnos a los componentes nucleares, se generaron categorías como Estrategias de afrontamiento, Reconocimiento y gestión emocional, Resolución de problemas, Interacción de apoyo, Confianza, Construcción de identidad, Redes Sociales y Agencia Activa.

Los componentes nucleares se indagaron con preguntas cerradas que indagaban por la relevancia de los componentes en los grupos en una escala tipo Likert: *Es esencial para el funcionamiento; Es útil en el funcionamiento; Ni útil ni innecesario; Es innecesario, pero está presente; No está presente*; con puntajes de cuatro, tres, dos, uno y cero, respectivamente, como lo muestra la tabla 10.

Tabla 10. *Componentes nucleares por tipos de grupos*

Componente	Promedio	Total Promedio
<i>Afrontamiento</i>		2,69
Grupo de apoyo	2,75	
Grupo de ayuda mutua	2,5	
<i>Gestión emocional</i>		2,75
Grupo de apoyo	2,82	
Grupo de ayuda mutua	2,5	
<i>Resolución de problemas</i>		2,65
Grupo de apoyo	2,75	
Grupo de ayuda mutua	2,33	
<i>Interacciones de apoyo</i>		2,69
Grupo de apoyo	2,8	
Grupo de ayuda mutua	2,33	
<i>Confianza</i>		2,69
Grupo de apoyo	2,77	
Grupo de ayuda mutua	2,41	

<i>Identidad</i>		2,57
Grupo de apoyo		2,65
Grupo de ayuda mutua		2,33
<i>Redes sociales</i>		2,67
Grupo de apoyo		2,75
Grupo de ayuda mutua		2,41
<i>Agencia</i>		2,44
Grupo de apoyo		2,6
Grupo de ayuda mutua		1,91

Se encuentra una presencia importante de todos los componentes en ambos tipos de grupos, con predominio de las estrategias de afrontamiento, de las interacciones de apoyo y de redes sociales, con mayor promedio en los grupos de apoyo.

Además se propusieron categorías para los beneficios de las intervenciones grupales en salud mental reportados en esta revisión, *Mejoría en la calidad de vida, Aprendizaje en Salud mental, Funcionamiento Social, Habilidades para la vida y Esperanza*. Esto se indagó en una escala tipo Likert de 0 a 3, con categorías de *Muy presente, Presente en algunos participantes, Presente en pocos participantes y No presente*, como se muestra en la Tabla 11. En este punto se encuentra que los beneficios tienen un promedio mayor en los grupos de ayuda mutua en caso todos los beneficios, salvo en Esperanza.

Tabla 11. Promedio de resultados por tipo de grupo

Promedio Grupos de apoyo				
Calidad de vida	Funcionamiento social	Aprendizaje en salud mental	Habilidades para la vida	Esperanza
2,5	2,5	2,41	2,33	2,58
Promedio Grupos de ayuda mutua				
Calidad de vida	Funcionamiento social	Aprendizaje en salud mental	Habilidades para la vida	Esperanza
2,62	2,52	2,62	2,65	2,55

Nota. Elaboración propia.

Se buscaron los componentes nucleares, realizando correlaciones entre los beneficios y los componentes nucleares identificados en la literatura. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre Gestión emocional y el resultado Aprendizaje, al igual que Resolución de conflictos se asoció con el resultado de Funcionamiento social. Asimismo, Confianza fue el que se correlacionó con más beneficios: Calidad de vida, Funcionamiento social, Habilidades para la vida y Aumento de esperanza. La agencia se correlacionó con Habilidades para la vida. Se reafirma la hipótesis planteada para los grupos de Colombia, a mayor presencia de estos componentes, mayor probabilidad de presentar estos beneficios.

Sin embargo, al analizar estas correlaciones diferenciadas por tipo de grupos, se aportan elementos para la discusión y permite acercarnos a determinar componentes esenciales para cada resultado. Es decir, una estrategia o técnica indispensable para llegar a los beneficios descritos. Lo anterior varía según el tipo de grupo. La tabla 12, la cual se refiere a la asociación entre componentes nucleares y beneficios encontrados en grupos de apoyo, señala que el componente Afrontamiento en las técnicas del grupo resulta esencial para conseguir Aumento de Esperanza y Habilidades para la vida.

Tabla 12. Correlaciones entre componentes nucleares y beneficios. Grupos de apoyo

		Calidad de vida	Aprendizaje salud mental	Función social	Habilidades para la vida	Aumento Esperanza
Afrontamiento	Coefficiente correlación	.02	.24	.17	.17	.15
	Sig. (bilateral)	.86	.091	.21	.22	.28
	N	52	52	52	52	52
Gestión emocional	Coefficiente correlación	.15	.27*	.13	.11	.15
	Sig. (bilateral)	.27	.05	.35	.43	.28
	N	52	52	52	52	52
Resolución de problemas	Coefficiente correlación	.12	.16	.332*	.23	.24
	Sig. (bilateral)	.38	.25	.02	.09	.09

	N	52	52	52	52	52
Interacciones de apoyo	Coefficiente correlación	.05	.01	.12	.03	.17
	Sig. (bilateral)	.73	.95	.38	.81	.23
	N	52	52	52	52	52
Confianza	Coefficiente correlación	.30*	.2	.42**	.34*	.33*
	Sig. (bilateral)	.03	.15	0	.01	.02
	N	52	52	52	52	52
Identidad	Coefficiente correlación	-.05	.09	.23	.18	.18
	Sig. (bilateral)	.74	.5	.1	.196	.19
	N	52	52	52	52	52
Redes sociales	Coefficiente correlación	.03	.24	.25	.37**	.07
	Sig. (bilateral)	.84	.09	.07	.01	.62
	N	52	52	52	52	52
Agencia	Coefficiente correlación	-.19	.08	<.001	.14	<.001
	Sig. (bilateral)	.4	.57	.99	.33	.99
	N	52	52	52	52	52

Nota. Rho de Spearman. * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Elaboración propia.

De igual forma, las técnicas de Resolución de conflictos resultan esenciales para lograr el Funcionamiento social, las Habilidades para la vida y el Aumento de esperanza; así como el trabajo en redes sociales resulta esencial para lograr las Habilidades para la vida. Por otra parte, estos análisis para grupos de apoyo difieren parcialmente en la presencia de estos componentes en los beneficios asociadas con los GAM.

La confianza es el único componente asociado a beneficios, con una correlación estadísticamente significativa con beneficios como Aumento en la calidad de vida, Aprendizaje para la salud mental, Funcionamiento social, Habilidades para la vida, lo cual reafirma el planteamiento teórico de los GAM, en donde la confianza en el otro y en el mundo resulta un

elemento clave de la constitución y el funcionamiento de los GAM, incluso por encima de otras intervenciones grupales en salud mental comunitaria.

Por otra parte, un hallazgo llamativo de las correlaciones de beneficios y componentes en GAM, el cual podría reafirmarse en la naturaleza autónoma de los grupos, consiste en la correlación negativa y estadísticamente significativa que se encuentra entre el componente Afrontamiento y el beneficio Aumento de Esperanza. En otras palabras, si quisiera lograr en estos grupos aumentar los niveles de esperanza, no sería recomendable trabajar habilidades de afrontamiento (Tabla 13).

Tabla 13. *Correlaciones entre componentes nucleares y beneficios. Grupos de ayuda mutua*

Componentes		Calidad vida	Aprendizaje mental	Funcionamiento social	Habilidades para la vida	Aumento Esperanza
Afrontamiento	Coefficiente correlación	-.482	.265	-.18	.087	-.588*
	Sig. (bilateral)	.112	.406	.576	.788	.044
	N	12	12	12	12	12
Gestión emocional	Coefficiente correlación	-.095	.265	.11	.087	-.265
	Sig. (bilateral)	.768	.406	.733	.788	.406
	N	12	12	12	12	12
Resolución problemas	Coefficiente correlación	-.158	.218	.153	-.089	-.218
	Sig. (bilateral)	.623	.496	.635	.783	.496
	N	12	12	12	12	12
Interacciones de apoyo	Coefficiente correlación	-.23	-.117	.057	-.11	.117
	Sig. (bilateral)	.472	.717	.86	.735	.717
	N	12	12	12	12	12
Confianza	Coefficiente correlación	.686*	.698*	.943**	.666*	.53
	Sig. (bilateral)	.014	.012	0	.018	.076
	N	12	12	12	12	12

Identidad	Coefficiente correlación	-.056	.518	.275	.285	-.218
	Sig. (bilateral)	.863	.085	.387	.37	.496
	N	12	12	12	12	12
Redes sociales	Coefficiente correlación	-.155	.292	.162	.346	-.204
	Sig. (bilateral)	.631	.357	.616	.271	.524
	N	12	12	12	12	12
Agencia	Coefficiente correlación	-.123	.414	.11	.133	-.138
	Sig. (bilateral)	.704	.181	.733	.679	.669
	N	12	12	12	12	12

Nota. Rho de Spearman. * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Elaboración propia.

Lo anterior y la ausencia de otras correlaciones positivas, podría reforzar los conceptos que dan origen a los GAM, y que los hace diferir de intervenciones guiadas por personal de salud, los cuales enfatizan en la búsqueda de elementos espontáneos que surgen en el contacto con el otro, más allá de técnicas específicas. Posteriormente se buscó correlacionar los componentes nucleares con las características de implementación para determinar, por tipo de grupo, en donde se encuentra que no existe correlación en ninguno de los componentes en los grupos de apoyo.

Sin embargo, al analizar los grupos de ayuda mutua se puede encontrar correlación estadísticamente significativa entre la Confianza y las características de implementación percibidas por cada grupo, al igual que en el componente de Agencia, estableciendo ambos como componentes esenciales de los grupos de ayuda mutua para la salud mental (ver Tabla 14).

Las características de implementación afectan estos dos componentes, lo que habla, en el caso de la agencia, de aspectos clave de la rehabilitación basada en la comunidad, y es la necesidad de participación de otros sectores para la recuperación de la salud mental. De igual forma, para que se dé el componente de Confianza, así sea dada en el marco de un grupo de ayuda mutua, debe ir respaldada por otras acciones de varios sectores, especialmente del sector salud.

Tabla 14. *Características de implementación y componentes nucleares por tipo de grupo*

		Clima de implementación	
		GAM	Apoyo
Coefficiente correlación	Afrontamiento	.231	-.083
Sig. (bilateral)		.47	.612
N		12	40
Coefficiente correlación	Gestión emocional	.508	-.143
Sig. (bilateral)		.091	.379
N		12	40
Coefficiente correlación	Resolución problemas	.556	.088
Sig. (bilateral)		.06	.59
N		12	40
		Clima de implementación	
		GAM	Apoyo
Coefficiente correlación	Interacciones de apoyo	.209	-.03
Sig. (bilateral)		.514	.855
N		12	40
Coefficiente correlación	Confianza	.614*	.164
Sig. (bilateral)		.034	.312
N		12	40
Coefficiente correlación	Identidad	.556	.028
Sig. (bilateral)		.06	.862
N		12	40
Coefficiente correlación	Redes sociales	.171	.036
Sig. (bilateral)		.595	.826
N		12	40
Coefficiente correlación	Agencia	.615*	.163
Sig. (bilateral)		.033	.316

N	12	40
---	----	----

Nota: Rho de Spearman. * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). Elaboración propia

El objetivo de esta fase fue determinar los componentes esenciales de las actividades grupales comunitarias para la salud mental, lo anterior, a través de los nucleares encontrados en la revisión panorámica (agencia activa, estrategias de afrontamiento, reconocimiento y gestión de emociones, resolución de problemas, interacción de apoyo, confianza, construcción de identidad y redes sociales), de las barreras y otras características asociadas a la implementación y de los beneficios asociados.

En los resultados, el *Afrontamiento* se asoció de forma negativa con el aumento de la *Esperanza*, para el caso de los GAM, lo cual no se encontró para el caso de los Grupos de Apoyo, en donde la confianza, la gestión emocional y el fortalecimiento de las redes sociales, impactaron de forma positiva el desarrollo de calidad de vida, el aprendizaje en salud mental y en habilidades para la vida, respectivamente. Tanto en los GAM como en los grupos de apoyo, el desarrollo de la *confianza* como componente nuclear mostró impacto para casi todos los resultados. Lo anterior, hace que este componente sea altamente recomendable al momento de desarrollar una intervención grupal comunitaria para la salud mental.

Conclusión al Capítulo V

Uno de los objetivos de la presente investigación fue describir el proceso de implementación de las actividades comunitarias para la salud en Colombia, con énfasis en los

componentes nucleares y en el clima de implementación. Asimismo, como hipótesis se planteó que entre más presente se encuentren los componentes nucleares descritos en la literatura, más beneficios serán percibidos. De igual forma, se planteó que entre mejor clima de implementación, más presentes estarán los componentes y los beneficios en los grupos.

Desde las preguntas realizadas a los referentes territoriales de salud mental, se determinaron como barreras: falta de seguimiento y subregistro de personas con problemas y trastornos mentales, falta de cualificación del talento humano en salud, falta de articulación de las instituciones que prestan servicios de salud, falta de continuidad de los servicios, deficiencia de competencia talento humano en salud, limitación en la accesibilidad al servicio en salud mental, deficiencia en la oportunidad de atención en salud mental, servicios concentrados en ciudades, deficiencia en redes de apoyo familiar y comunitarias, carencia de programas para la inclusión social.

Estas barreras coincidieron con las reportadas por los líderes de los grupos, entre estas aparecen con mayor frecuencia las relacionadas con el acompañamiento de otros sectores, entre esas pocos recursos para la continuidad, la falta de respuesta de otros sectores y, especialmente en los GAM de niños y jóvenes, las dificultades administrativas del sector salud. También se encontró que 63.4% de los grupos no presentan vinculación con sectores gubernamentales (28 grupos no se han vinculado con otras entidades y cinco lo han hecho con entidades gubernamentales).

Se encontró que las dificultades principales para la implementación de grupos son las relacionadas con la baja participación del sistema de salud y de los organismos gubernamentales en la implementación de los grupos. De igual forma, los grupos de ayuda mutua en jóvenes

reportaron menores características para la implementación, seguido por los GAM en adultos, por debajo de los grupos de apoyo en todo el curso de vida.

Se encuentran todos los componentes en ambos tipos de grupos, con predominio de las estrategias de afrontamiento, de las interacciones de apoyo y de redes sociales, con mayor promedio en los grupos de apoyo. En este punto, se encuentra que los beneficios tienen un promedio mayor en los grupos de ayuda mutua, salvo en Esperanza.

De igual forma, se determinaron los componentes esenciales, realizando correlaciones entre los beneficios y los componentes nucleares identificados en la literatura. Aquí se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el componente Gestión emocional y el beneficio Aprendizaje, al igual que Resolución de conflictos se asoció con el beneficio de Funcionamiento social. Asimismo, el componente Confianza fue el que se correlacionó con más beneficios, entre esos Calidad de vida, Funcionamiento social, Habilidades para la vida y Aumento de esperanza. Agencia se correlacionó con las Habilidades para la vida. Lo anterior reafirma la hipótesis planteada en el caso de los grupos de Colombia, la cual menciona que a mayor presencia de estos componentes, mayor probabilidad de presentar estos beneficios.

Posteriormente, se buscó correlacionar los componentes nucleares con las características de implementación para determinar, por tipo de grupo, en donde se encuentra que no existe correlación en ninguno de los componentes en los grupos de apoyo. Sin embargo, al analizar los grupos de ayuda mutua se puede encontrar correlación estadísticamente significativa entre la Confianza y las características de implementación percibidas por cada grupo, al igual que en el componente de Agencia, estableciendo ambos como componentes esenciales de los grupos de ayuda mutua para la salud mental.

Por otra parte, los estudios que investigan los efectos positivos de los servicios entre pares han demostrado una mejora en el empoderamiento, la esperanza, la calidad de vida, la autoestima, la inclusión social y el compromiso con el cuidado de los usuarios del servicio (Magura et al., 2007). En estos, los componentes relacionados fueron *Vinculación de apoyo*, *Dirección del objetivo*, *Estructura a seguir*, *Estilo de vida sobrio*, *Expectativas de consecuencias positivas y negativas*, *Participación en actividades de protección*, *Recompensas efectivas*, *Identificación de situaciones de alto riesgo*, *Construcción de confianza en sí mismo*, *Desarrollo de habilidades de afrontamiento*, *Presencia de personas con ideas afines*, *Desarrollo de habilidades de autoconciencia y reflexión*. El componente considerado más importante fue la capacidad del grupo para mejorar la confianza en sí mismo y el componente menos importante fue la provisión de recompensas del grupo, lo cual, de alguna forma, coincide con lo encontrado en el caso colombiano.

El refuerzo de la autoeficacia y las habilidades de afrontamiento de los miembros, fue considerado como un ingrediente activo fundamental de los mecanismos de mejoría en los GAMJ, en los cuales, el intercambio de información y experiencias personales en la reunión del grupo, la presencia de modelos a seguir y la orientación individual brindada por los miembros fuera de las reuniones, constituyen aprendizaje a través de experiencias vicarias y habilidades de comunicación, que además se reporta como mediador del impacto en el aumento de calidad de vida dado por los GAMJ (Repper & Carter, 2011).

Como lo resalta este estudio, la confianza y la cohesión es claramente integral para la supervivencia de un grupo. Aquellos elementos que conformaban la cohesión de grupo fueron compartir datos, fortalecer espacios dialécticos, entrar en áreas tabú, lo que los autores denominaron (Powell & Perron, 2010) como un sentimiento de estar todos en el mismo barco.

Dentro de esta cohesión, se mencionó como fundamental generar condiciones en los grupos para mostrar una identidad auténtica y la promoción de mecanismos de comunicación como estrategia de funcionamiento de los grupos.

Las características de implementación afectan estos dos componentes, lo que habla, en el caso de la agencia, de aspectos clave de la RBC, y es la necesidad de participación de otros sectores para la recuperación de la salud mental. Para que se dé el componente de Confianza, así sea dada en el marco de un grupo de ayuda mutua, debe ir respaldada por otras acciones de varios sectores, especialmente del sector salud. Lo que distingue a los GAM de otros tipos de intervenciones y servicios para las personas es su naturaleza colaborativa y la asociación mutua e igualitaria de personas que comparten su experiencia vivida y la experiencia de sus viajes de recuperación, lo que diferencia el experto y la persona que sufre (Repper & Carter, 2011). En estos análisis se puede encontrar que los grupos de apoyo y los GAM cuentan con más cercanía al sistema de salud cuando estos corresponden a adultos, comparado con grupos en jóvenes, tanto de apoyo como de ayuda mutua.

CAPÍTULO VI

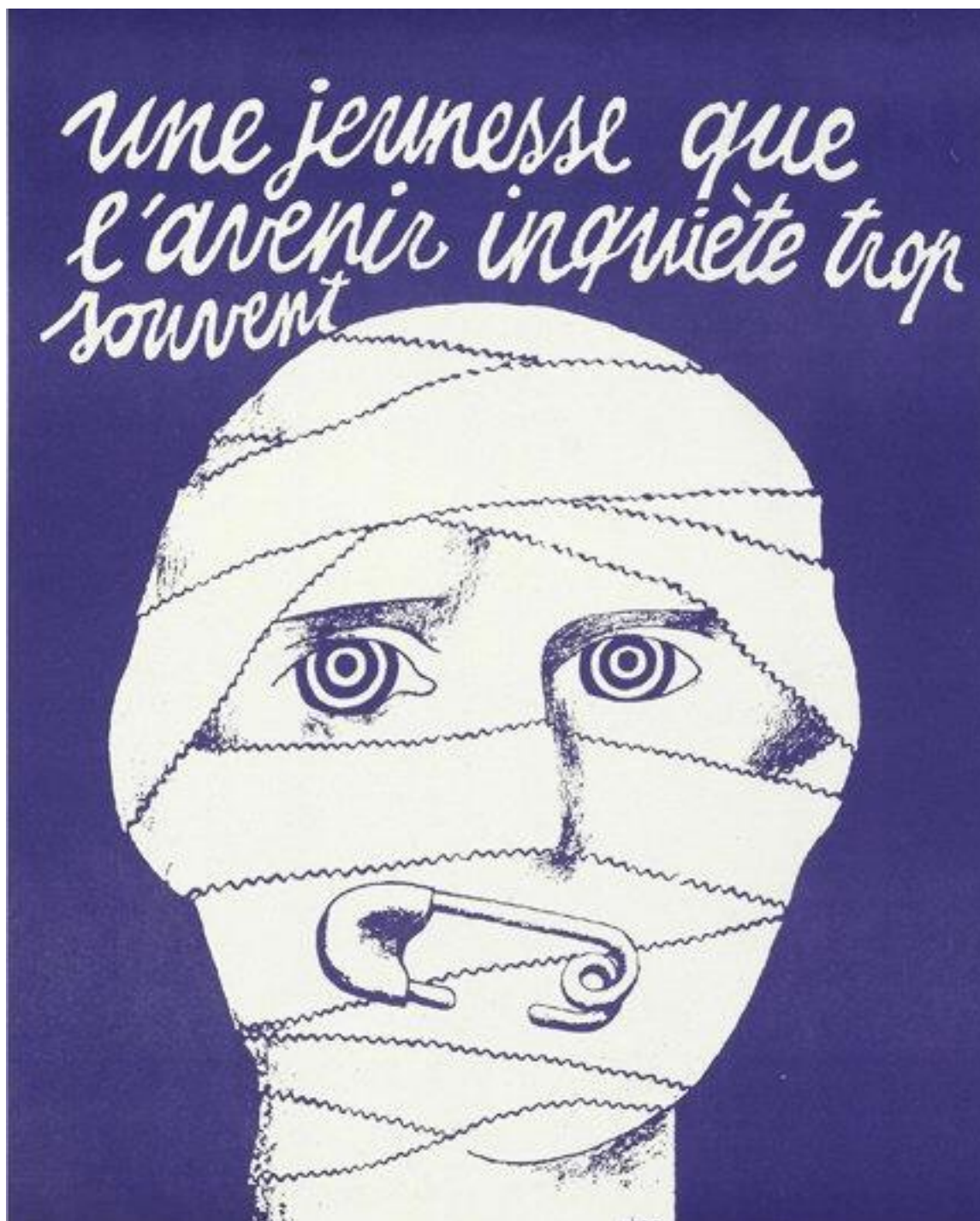
El GAMJ como terreno para el agenciamiento de los posibles

*Adónde está la libertad
No dejo nunca de pensar
Quizás la tengan en algún lugar
Que tendremos que alcanzar*

*No creo que nunca
Sí, que nunca
No creo que nunca
La hemos pasado tan mal*

*No es posible
Es imposible
Aguantar*

Norberto Anibal Napolitano (Canción de rock cantada por Pappo)



Nota: Una juventud inquieta por el futuro. Imagen que acompañó el movimiento de Mayo del 68. Tomada de Noticias punto.⁴

⁴ <http://www.noticiasdot.com/publicaciones/galerias/multimedia/2008/maig-68/maig-68-franca/imgpages/image000.html>

El objetivo que describe el siguiente capítulo consiste en analizar el proceso mediante el cual se da el Acontecimiento en jóvenes con problemas o trastornos mentales que pertenecen a grupos de ayuda mutua. Basado en el análisis temático, se identificaron, analizaron y reportaron patrones dentro de las entrevistas, para proceder posteriormente con una organización por categorías.

El análisis temático sirve en este caso como un método esencialista o realista, que reporta experiencias, significados y la realidad de los participantes, además de ser un método construccionista, que examina las formas en que los eventos, realidades, significados y experiencias, son los efectos de un gama de discursos que operan dentro de la sociedad, sin dejar de lado las formas en que los individuos dan significado a su experiencia, y, a su vez, las formas en que el contexto social más amplio incide en esos significados (Braun & Clarke, 2006).

Insatisfacción con el Tratamiento Tradicional

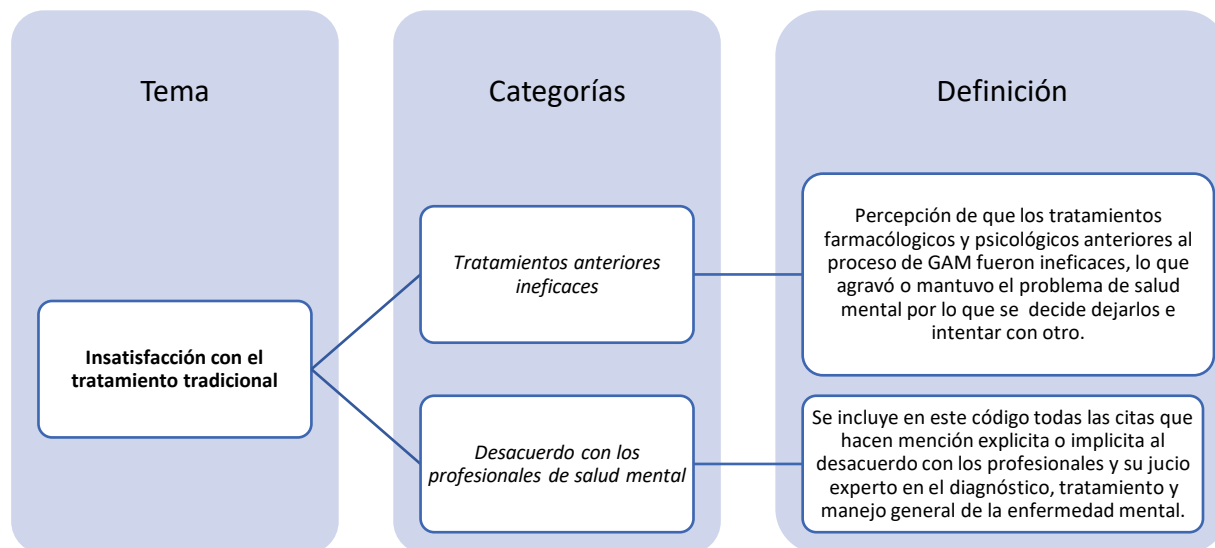
Curar con frecuencia; aliviar siempre; consolar aliviando no pocas veces; consolar acompañando, en todo caso.

Pedro Laín Entralgo

Como lo muestra la figura 14, este tema unifica las categorías de *Tratamientos anteriores ineficaces* y *Desacuerdo con los profesionales de salud mental*. Las cuales hablan de una percepción de que los tratamientos farmacológicos y psicológicos anteriores al proceso de GAM fueron ineficaces, lo que agravó o mantuvo el problema de salud mental, por lo que se decide dejarlos e intentar con otro. También incluyen conceptos sobre opiniones, juicios diferentes,

desacuerdos con las opiniones de los profesionales respecto al diagnóstico, el tratamiento o el manejo de la enfermedad mental.

Figura 14. *Configuración de Insatisfacción con el tratamiento tradicional*



Nota: Configuración de Insatisfacción con el tratamiento tradicional. Elaboración propia.

Lo anterior, habla también de la percepción de una ineficacia de los tratamientos clásicos (farmacológico y psicológico), dicha eficacia entendida por las personas como una duración excesiva del proceso o un efecto iatrogénico, por lo que se decide abandonar el tratamiento. De igual forma, expresa en las entrevistas características de frialdad y excesivo distanciamiento en el vínculo entre el personal de salud y las personas que necesitan servicios de salud mental.

Las estimaciones sugieren que hasta el 70% de las personas con problemas o trastornos mentales continúan sufriendo síntomas depresivos significativos después del tratamiento y hasta el 50% interrumpen el tratamiento farmacológico debido a los efectos secundarios (Connolly & Thase, 2012; Kelly et al. 2019; Rosenblat et al., 2019), además algunos investigadores han encontrado que los tratamientos se relacionan con una presión financiera sobre los individuos y

los sistemas de atención médica (Kelly et al. 2019; Russo et al., 2007; Sava et al., 2008). Esto lo reafirma “Cristian”, hombre de 25 años:

Resulta que yo estaba en varios procesos psicológicos como en cinco o seis más o menos ya perdí la cuenta. [El tratamiento] No debería estar orientado por este lado, esto no me está sirviendo entonces lo que hago pues es dejar el proceso.

O “Mariana”, mujer de 24 años:

Tengo un trastorno mixto de ansiedad y depresión y a mí se me ha manifestado con ataques de pánico, la líder es testigo que eso de un momento a otro me da y yo no sé cómo reaccionar frente a eso porque el primer medicamento que me estaban dando mi cuerpo reacciona muy mal antes complico los síntomas.

El tratamiento es un proceso comunicacional que tiene dos componentes, uno afectivo y otro cognitivo. Para que un tratamiento sea efectivo, las personas deben experimentar al menos uno. Desde la teoría de creencias en salud, las personas con problemas de salud deben valorar el riesgo de su comportamiento y estar de acuerdo con las acciones de tratamiento, de lo contrario se ha observado que los pacientes tienen una muy baja adherencia. Por este motivo ha sido fundamental incorporar procesos de psicoeducación a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos antes de que estos empiecen. Sin embargo, los conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos eficaces no solo son una parte de la ecuación, dado que también es importante considerar aspectos afectivos, los impactos psicosociales de los problemas o trastornos mentales.

Como lo refiere el mismo “Cristian”:

En un proceso, no me basta con decir, tómese estos medicamentos y ya. (...) Un psicólogo de la EPS lo que va a hacer es darme un consejo. Tengo dos opciones: una

argumentativa y el enfoque de compartir experiencias, pero no son excluyentes, deben ser complementarios.

Cuando no se experimentan ambos componentes, es decir, cuando no se está de acuerdo con los contenidos y objetivos del tratamiento y no se percibe vinculación con el personal de salud, no se da un ambiente de confianza, lo cual es necesario para abordar problemas personales, para abrir el alma. En este sentido, este puede ser un motivo de un tratamiento ineficaz y de aparición de discursos asociados a la crítica de duración del tratamiento, incluso considerando impactos negativos de estos abordajes. “Jaime”, de 28 años, lo ilustra en su caso:

Me puse a pensar, yo tengo que hacer algo por mí porque yo había tenido dos o tres entrevistas con un psiquiatra y un psicólogo y pues veo que eso realmente es un saludo a la bandera, es un paño de agua tibia, y me parece pues como incluso contraproducente, con respeto pues por los profesionales. Pero eso de no hablar con una persona cinco, 10 minutos y bueno, tómese esa pasta, lo que sea, creo que eso no para mí.

A su vez, Brown et al. (2008) encontraron que la adherencia al tratamiento y la eficacia del mantenimiento de la salud mediaron completamente las relaciones entre la confianza y los resultados de bienestar. Lo anterior se logró a través de objetivos intermedios, concernientes también a un sistema articulado de salud. Estos objetivos se mencionaron como temas coherentes y continuos a lo largo del tiempo, con sensibilidad a diferentes grupos de enfermedades. Como aspectos propios del personal de salud, se describen características positivas importantes, como cualidades personales, entre esas, comprensión, apoyo, confianza, veracidad; características de las consultas, donde se proporciona el tiempo adecuado y la atención oportuna; una relación con

el personal de salud de cabecera, con continuidad personal de la atención a lo largo del tiempo; también que se cuente competencia clínica, consistente en conocimiento de la enfermedad y conocimiento de medicamentos. Estos autores contrastaron estas cualidades no sólo como indicadores de satisfacción, sino incluso con mayor control de uno mismo y con el hecho de aferrarse a la propia identidad, efectos que sostuvieron a través del tiempo. Al respecto, “Catalina”, de 27 años, refiere:

No todo el mundo está dispuesto a ayudarte de esa manera yo he pasado por muchos psicólogos, psiquiatras y pues siempre hay una condición o de citas o de plata sin que eso signifique que sirva.

Otras necesidades encontradas por Martin et al. (2009) en las personas que acuden a servicios de salud, se encuentran esperanza y comprensión por parte del personal de salud para dejar de vivir con una incertidumbre prolongada o con la inevitabilidad del declive; empatía para considerar un rol social disminuido era difícil y movilizar recursos para mejorarlo; conciencia del impacto personal y social de la enfermedad por parte de la familia, los amigos y los proveedores de atención médica; un médico de cabecera adecuado para brindar atención integral a la persona, con características como solidaridad, interés en la persona, con conocimiento de las enfermedades, con buenas habilidades de diagnóstico con conocimientos actualizados sobre cuándo remitir, investigar y tratar; acceso adecuado y disponibilidad de médicos de cabecera, especialistas y otros cuidados profesionales cuando sea necesario; buena comunicación entre proveedores; continuidad de la atención para que alguien de confianza conozca y satisfaga las necesidades de tratamiento y afección. Como lo menciona “Heidy”, de 23 años:

Pues cuando hay más empatía en los profesionales, y al menos lo escuchan a uno, el tratamiento sirve, hay algunos profesionales de cualquier área, psicólogo, médico, el que sea, hay muchos que no hacen las cosas con amor, no sé, lo hacen como por rutina porque conozco amigos que van al psicólogo de la eps y, aparte que es bien difícil conseguir la cita, no les sirve muy poque no los tratan bien.

El acto clínico se reconoce porque a través de la relación emocional del personal de salud con la persona que presenta algún problema clínico, el profesional ataca ambas caras del problema, la enfermedad y la dolencia, y al manejar la dolencia logra que aquel, ya emocionalmente vinculado, lo apoye en su lucha contra la enfermedad y se adhiera a las recomendaciones terapéuticas (Perales, 2003). Como enfermedad entendemos el resultado morboso de la acción de los factores patógenos sobre el individuo, que quiebra su sistema homeostático; y como, dolencia, comprendemos la reacción anímica del sujeto frente a la enfermedad que sufre, y la interpretación idiosincrásica, psicológica, social o cultural, que le confiere. Es así como el acto clínico se convierte en una acción benéfica hacia una persona que lo necesita para preservar la vida y la salud modificando un proceso mórbido, y que puede verse entorpecido, tanto por la mala aplicación de los conocimientos de un personal clínico, como por las dificultades del sistema de salud.

En este sentido, el personal clínico de la salud mental puede aspirar a conocer el caso con toda la integridad y toda la precisión con que su mente sea capaz y tratarlo con la máxima eficiencia. Su meta no es tan sólo lo necesario, ni siquiera lo suficiente, sino, dentro de lo posible, lo realmente adecuado; si se quiere, lo máximamente perfecto (Peyron et al., 2000), que abarca el psiquismo y lo físico, una existencia.

En cuanto al impacto que podría tener el buen trato en el acto clínico se podría tomar como ejemplo la percepción del dolor. El dolor es una experiencia sensorial con un componente objetivo relacionado con el estímulo nocivo, y con un componente subjetivo que lo puede calificar desde un discomfort hasta un dolor intenso. Estudios conductuales han demostrado que el estado emocional puede influir profundamente en la percepción del dolor. Estudios con neuroimágenes han mostrado que la activación durante el dolor se distribuye en lo que se ha llamado matriz dolorosa, la cual está conformada por las cortezas cingular, insular, somatosensorial y prefrontal (Yang & Raine, 2009).

Estas investigaciones también describen que tanto la ínsula como el cíngulo, además de la corteza prefrontal, están implicadas en los trastornos emocionales, en donde un estímulo doloroso causa una hiperactivación de estas áreas, prolongando la percepción dolorosa. Lo anterior explica la comorbilidad entre dolor crónico y depresión- ansiedad. Del mismo modo, a través de potenciales evocados, se analizó la activación de la corteza prefrontal inferior, del complejo amígdala hipocampal y de la corteza occipital y fusiforme, áreas que no se activan con el dolor sin componente emocional.

Esta activación presentó una estrecha relación con las expresiones faciales percibidas como estímulos emocionales e identificados como reguladores nociceptivos. Finset & Mjaaland (2009) proponen una teoría neurobiológica que identifica la regulación afectiva como un resultado inmediato de la entrevista centrada en la persona, mejorando de esta forma los resultados en el vínculo entre el personal de salud y la persona que necesita ayuda. Al respecto, menciona “Jaime”:

Uno necesita confianza, y una buena cara en quien le va a contar los problemas, esto se necesita para sentirse cómodo, sentir intimidad, y contar la tristeza. Aunque esto del todo

no es culpa de los psiquiatras y psicólogos, sé que los obligan a tener entrevistas de 15 minutos, eso es muy poco para construir la intimidad. Demás que también por eso muchos miran feo y están cansados, y le contagian a uno ese malgenio y ese cansancio, no sólo cuando uno está triste, sino también cuando le duele algo.

También se ha descrito que la percepción que los pacientes tienen de la empatía o de las emociones negativas en el personal clínico, causan cambios neurobiológicos en las regiones cerebrales relacionadas con el dolor, disminuyéndolo cuando se identifica una actitud positiva y aumentándolo en el caso contrario (Lamm et al., 2009). A lo anterior se le han realizado correlaciones con resonancia magnética funcional, las cuales mostraron que ante estímulos tranquilizadores disminuyó la activación de la corteza cingulada anterior, y con esta la percepción del dolor, lo que propone a esta región, además de la ínsula anterior, como moduladoras de la percepción dolorosa (Sarinopoulos et al., 2013).

Como menciona Insel (2022), para los problemas o trastornos mentales el desarrollo de tratamientos, tanto médicos como psicológicos, sigue obstaculizado por etiquetas diagnósticas “obsoletas e imprecisas”. Las etiquetas podrían interponerse en el camino de recuperación, como se señala en un aparte posterior sobre el estigma, además los diagnóstico equivocados pueden transmitir una comprensión que es falsa, poner una etiqueta al sufrimiento humano patologiza la variación normal y medicaliza la experiencia humana.

Sin embargo, el enfoque médico, afirma que es necesario definir el problema antes de poder identificar la solución. Este autor sostiene que se requiere un enfoque médico para definir el problema, pero enfoques sociales y relacionales para resolverlo (Insel, 2022). Como lo ilustra

“Mariana”: “[Los profesionales de la salud] piensan que todos lo que sufren de depresión tiene el mismo camino o el mismo medicamento, eso pasa mucho con los psiquiatras y psicólogos”.

La mayoría de los jóvenes que van a los consultorios muestran una mezcla dinámica de características entre ansiedad, enojo y tristeza, además de las experiencias previas de trauma. Estas situaciones, más allá de un diagnóstico, podría hablar de situaciones individuales que se sufren de manera única y que deben abordarse considerando todos los aspectos posibles de una existencia. Por lo anterior, la aplicación de estos principios no depende de un código de diagnóstico. En palabras de “Mariana”: “A mí el psiquiatra solamente me da pastillas, creo que lo único que le importa es que yo no me quiera matar de resto no se preocupa por mis problemas o que me pasa o que siento”.

Los profesionales de la salud se apropiaron de comprensiones ampliadas de salud mental, orientadas a la atención integrada y no vinculada exclusivamente a la ausencia de enfermedades. Los profesionales señalan limitaciones estructurales que actúan de manera nociva, tanto a nivel del propio servicio de salud, como en otros microsistemas desde los cuales las personas buscan ayuda.

Así como se ha revisado relatos de frustración frente a la atención en esta categoría, también los miembros del personal de salud que participaron en este estudio, expresaron frustraciones en su práctica profesional, ya que no identificaron posibilidades factibles de mejoría en las personas que buscan apoyo en su experiencia de cuidado, lo que los conducía a sentir agotamiento, el cual, como mencionaba “Jaime” en una de las citas anteriores, impactan en el acto clínico.

Estos profesionales señalaron que las principales acciones deberían estar orientadas a educación, seguridad y vivienda (Oliveira et al., 2022). Este estudio concluye que es necesario

incluir variables políticas, económicas y sociales para comprender qué promueve y qué debilita la salud mental de los niños, niñas y jóvenes.

Como se puede inferir de las citas mencionadas en los participantes de los GAMJ, se busca una comprensión de los problemas mentales más allá de la biología o los mecanismos psicológicos y, en este sentido, unas soluciones que aborden también aspectos existenciales que se relacionan con lo que se comprende como salud mental. En este sentido, Insel (2022), menciona:

De todas las cosas que los psiquiatras y psicólogos no reconocemos sobre las personas con trastornos mentales, la soledad puede estar en la cima. Rara vez escucho a los médicos hablar de esto. Y para ser justos, rara vez he escuchado a los pacientes hablar de ello en la clínica. Sin embargo, en el mundo cotidiano de la salud mental, como lo vi en las calles, la soledad es endémica. La enfermedad mental es inevitablemente un viaje solitario. Las personas con problemas mentales a menudo han quemado puentes con miembros de la familia y destruido amistades. Cuando finalmente se encuentran en la orilla lejana de una depresión severa o meses de psicosis, es posible que no haya nadie cerca para ayudarlos a reconstruir una vida. Con demasiada frecuencia, el viaje termina con cenas para uno, hoteles de ocupación de una sola habitación y una vida en soledad. Incluso para aquellos que están en hogares grupales o viven con familiares, hay muy poca conexión. Sí, a veces la soledad es una bendición, un alivio de la complejidad de tratar con la gente. Pero muchas veces la soledad es una oportunidad para encerrarse en pensamientos oscuros y de desconfianza. (p. 150).

En palabras de “Cristian”:

Me envían unos medicamentos y me voy a mi casa y me olvido del tema, me olvido que tengo algo y me olvido que voy allá. Seguía una vida normal, solitario, pero llego un momento en que eso [la depresión] se desarrolló más, y la soledad se hizo insoportable, muy dura de llevar.

La conexión puede superar la soledad. Y el apego social puede ser parte de la cura. Incluso un ligero contacto con otra persona en el momento adecuado puede marcar una gran diferencia. Puede ser cualquier persona preparada para escuchar con empatía y responder con conexión.

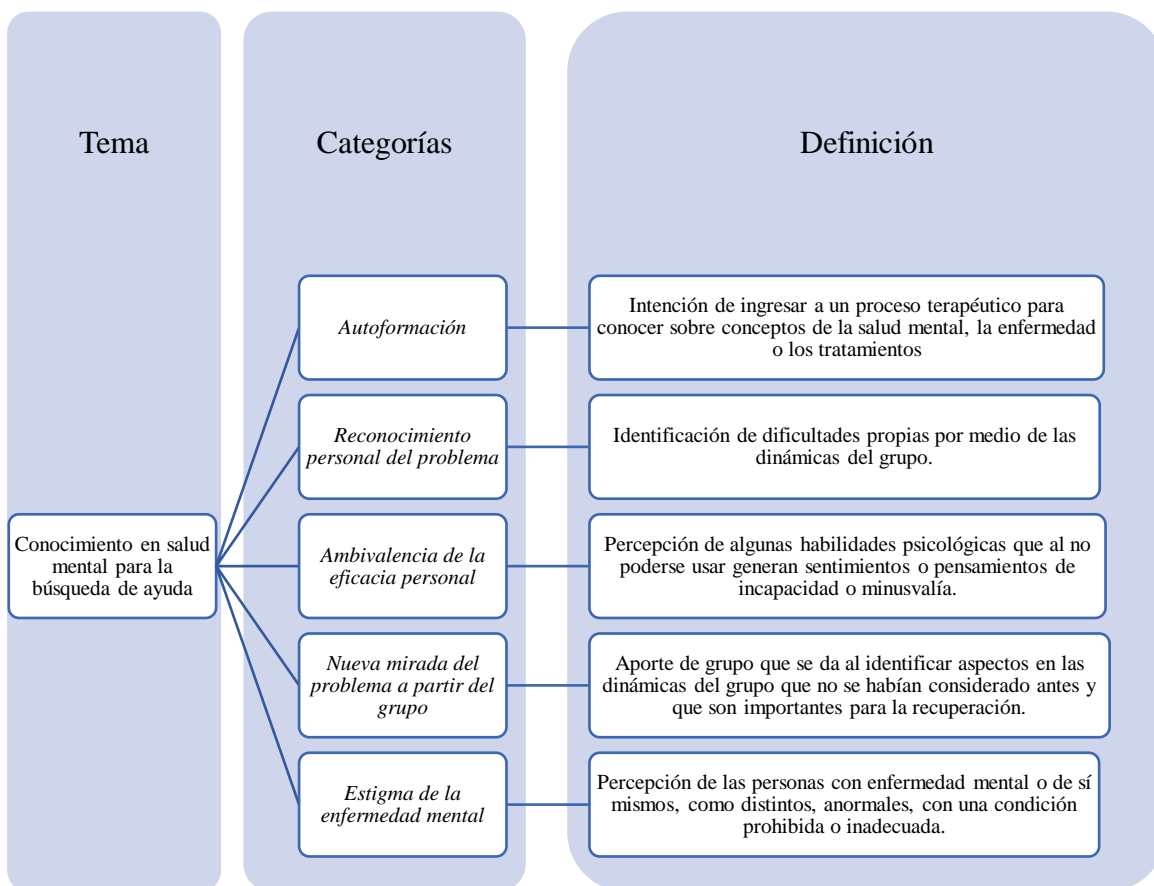
Conocimiento en salud mental para la búsqueda de ayuda

Este tema unifica las categorías de *Autoformación*, *Reconocimiento personal del problema*, *Nueva mirada del problema a partir del grupo*, *Ambivalencia de la eficacia personal* y *Estigma de la enfermedad mental* (Ver Figura 15). Se refiere a la adquisición de conocimientos (información), capacidades (formas de actuar con conocimientos dados en el grupo o antes de ingresar a él) o actitudes, frente al bienestar, los problemas o trastornos mentales, y la forma de abordarlos. Se incluyen aspectos relacionados con el estigma de la enfermedad mental, considerando estos elementos como percepciones o actitudes, que se relacionan en su abordaje con las otras categorías expuestas en este ítem.

Buscar ayuda para problemas de salud mental es el primer paso para evaluar el estado mental, obtener el diagnóstico adecuado y, posteriormente, someterse a la intervención y el manejo de la salud mental por parte de los profesionales. Como lo plantea “Cristian”: “Yo decidí

ir al psicólogo porque tenía un problema. Yo mismo me di cuenta. Vino un detonante muy fuerte que fue mi separación y empiezo a ver que necesito ayuda.”. Y también “Catalina”: “Hay momentos en que la vida pues es más pesada que cualquier otra cosa entonces pues esa es como determinación necesito que alguien me ayude”.

Figura 15. Configuración de Conocimiento en salud mental para la búsqueda de ayuda



Nota: Configuración de Conocimiento en salud mental para la búsqueda de ayuda. Elaboración propia.

Sin embargo, es necesario explorar más a fondo los factores que influyen en las actitudes de búsqueda de ayuda mental. Los investigadores han identificado las barreras y enumerado varios factores; a) problemas técnicos como la carga financiera incurrida por los servicios de salud mental (Rowan et al., 2013) y el difícil acceso al proveedor de atención debido al

transporte o a recursos insuficientes e inadecuados (Knickman et al., 2016); b) Opiniones personales como la falta de necesidad percibida de tratamiento o la ineficacia percibida de la terapia (Sareen et al., 2007) y c) estigma (Ibrahim et al., 2019). Refiere “Heidy”: “Por ejemplo a mí me pasaba un problema y yo no veía a la forma de solucionarlo por ningún lado, no tenía plata para las citas, no sabía que el servicio de salud podía ayudarme”.

Se ha descrito que no recibir información precisa sobre los trastornos psiquiátricos y la información incorrecta o engañosa podría privar a las personas de la atención médica adecuada y del apoyo adecuado. Esta falta de información tiene varios factores: Un nivel educativo más bajo, la mala calidad de la vivienda, el desempleo y la deuda financiera, el nivel socioeconómico más bajo, lo cual también está relacionados con el aumento de la prevalencia de enfermedades mentales, mayor estigma hacia las enfermedades mentales disminución de la alfabetización en salud mental y la actitud de búsqueda de ayuda (Wei et al., 2015).

La incapacidad de reconocer correctamente los trastornos o problemas mentales puede resultar en una búsqueda de ayuda inadecuada y retrasos en la búsqueda de tratamiento (Jorm, 2000). Además, se ha demostrado que los retrasos en la búsqueda de un tratamiento dan lugar a resultados negativos, debido a la mayor duración de la enfermedad no tratada y, en consecuencia, a peores resultados (Altamura et al., 2008). Ser capaz de identificar o reconocer los signos y síntomas de la enfermedad mental está relacionado con la búsqueda temprana de ayuda y puede reducir la carga de la enfermedad asociada con los trastornos mentales (Wang et al., 2005). En este sentido, “Cristian” plantea: “Entonces pues yo intentando cómo buscar cómo más podría ayudarme. Yo sigo muchas páginas de Instagram dónde hay mucho contenido relacionado con salud mental. Ahí veía que seguía necesitando ayuda”.

De igual forma, la evidencia muestra que un mejor conocimiento sobre la salud mental y los trastornos mentales, una mejor conciencia de cómo buscar ayuda y tratamiento, y la reducción del estigma contra las enfermedades mentales a nivel individual, comunitario e institucional, pueden promover la identificación temprana de los trastornos mentales, mejorar los resultados de salud mental y aumentar el uso de los servicios de salud (Picco et al., 2018; Rüschi et al., 2011). Como lo plantea “Stevenson”, hombre de 24 años:

Ellos, los participantes mismos ven como esas dificultades que tuvieron, que han tenido y que están superando, y que entre todos compartan eso, lo que les ha pasado y lo que saben de salud mental, como, esto hubiese hecho yo, yo me sentía así y hoy me siento esta manera, mira que logré hacer eso... entonces como que identifiqué cierto detonante, identifiqué ciertas cosas que debía corregir y que no sabía, y otras, que aunque las sabía, no las comprendía bien en mi vida.

La alfabetización o formación en salud mental se refiere al "conocimiento y las creencias sobre los trastornos mentales, que ayudan a su reconocimiento, gestión o prevención" (Jorm et al., 1997). Comprende varios componentes, entre ellos, la capacidad de reconocer trastornos específicos; el conocimiento y las creencias sobre los factores de riesgo y las causas de los trastornos mentales, así como el conocimiento de la ayuda profesional disponible; actitudes que facilitan el reconocimiento y la búsqueda de ayuda adecuada; y las formas de acceder a la información de salud mental (Jorm et al., 2000; Picco et al., 2018). Como lo expresa “Heidy”:
“Hay momentos en que uno se siente mal, sí, pero ya ahora entiendo la razón por que me siento mal y sé qué debo hacer”.

Esta definición es coherente con la construcción actual de alfabetización sanitaria definida y promovida por la OMS como una herramienta de empoderamiento para que las personas participen en su atención médica (OMS, 2018). De esta forma lo refiere “Heidy”:

Los primeros temas que había eran acerca de amor propio o autoconocimiento entonces todo eso me llamaba la atención, como de auto conocerme y como aprender a ayudar a otras personas a parte de mí misma.

Es posible que el reconocimiento o una mayor alfabetización en salud mental en términos de conciencia y comprensión dé como resultado que las personas no solo sean más conscientes de las opciones de tratamiento disponibles, sino también de los mejores resultados que están asociados con la búsqueda de tratamiento, lo que hace que las personas tengan opiniones menos estigmatizantes (Picco et al., 2018). Como lo describe “Jaime”:

Yo estoy convencido porque es que todos necesitamos psicólogo y psiquiatra, todo mundo, y no se reconoce por una situación de ocultamiento o de orgullo que también tiene mucho de ignorancia.

Si bien hay varios factores que pueden determinar o influir en la búsqueda de ayuda, el reconocimiento personal del problema desempeña un papel clave en este proceso (Biddle et al., 2007; Gulliver et al., 2010). Los comportamientos de búsqueda de ayuda son difíciles de medir, ya que están influenciados por muchos factores, como el conocimiento sobre los comportamientos, actitudes y creencias hacia los comportamientos, las normas sociales (Bohon et al., 2016).

La revisión sistemática y el metaanálisis de Schomerus et al. (2012) descubrió que, si bien la alfabetización en salud mental ha mejorado, las actitudes negativas hacia las personas con una enfermedad mental no lo han hecho. En algunos estudios, el autoestigma fue el predictor más fuerte de búsqueda de ayuda para la salud mental. Estos hallazgos pueden estar relacionados con la Teoría del Etiquetado Modificado desarrollada por Andersson et al. (2010), donde la autoeficacia de las personas se ve afectada por la etiqueta impuesta por el público. La internalización del estigma conduce a estrategias de afrontamiento no adaptativas, como la evitación.

El autoestigma en la búsqueda de ayuda impide que una persona reciba tratamiento para sus problemas, ya sea a través del manejo psiquiátrico o la terapia de asesoramiento. Estudios anteriores (Barney et al., 2010) informaron que las personas con preocupaciones psicológicas ocultan sus problemas y evitan el tratamiento para limitar las consecuencias perjudiciales que pueden experimentar de los servicios psicológicos. Una secuela dañina es el sabotaje de su autoestima.

Algunos autores han propuesto que los modelos de enfermedades biológicas se asocian con recomendaciones más sólidas de una serie de estrategias de búsqueda de ayuda en algunos trastornos mentales, incluida la psicoterapia y la medicación entre la población en general (Speerforck et al., 2014), y específicamente con preferencia por la farmacoterapia en la depresión entre las personas en psicoterapia (Spade, 2020). Sin embargo, otros estudios mostraron que las creencias causales biológicas se relacionaron con una mayor distancia social hacia las personas con esquizofrenia y depresión (Angermeyer et al., 2017; Stolzenburg et al., 2019).

Si bien la mayoría de las creencias etiológicas se asociaron con una mayor identificación con tener una enfermedad mental, solo las creencias causales biomédicas se asociaron con la

necesidad y la intención de buscar ayuda. Esta asociación parecía particularmente relevante en personas sin experiencia en tratamiento de salud mental. Por el contrario, y tal como se mencionan en algunas entrevistas, aquellos con experiencia en tratamiento, estas explicaciones exclusivamente biomédicas se asociaron con una menor necesidad percibida de ayuda (Stolzenburg et al., 2019).

En cuanto la sensación de ambivalencia, definida como en la categorización actual como percepción de algunas habilidades psicológicas que al no poderse usar generan sentimientos o pensamientos de incapacidad o minusvalía, algunos autores mencionan que atribuir el problema a causas relacionadas con la persona, como la voluntad débil, incluso disminuyó la probabilidad de percibir la necesidad de ayuda, a pesar de contar con toda la información teórica relevante concerniente al problema.

Cabe destacar que los participantes con experiencia en tratamiento fueron particularmente propensos a asociar atribuciones personales con menores necesidades e intenciones de búsqueda de ayuda. Se podría argumentar que una menor necesidad e intenciones se debe a creer en la capacidad de uno para lidiar con el problema por sí solo, lo que podría ser el resultado de un tratamiento previo exitoso. Sin embargo, la renuencia a expresar la necesidad y las intenciones de búsqueda de ayuda también podría ser el resultado de experiencias de tratamiento negativas y de una menor creencia en la eficacia del tratamiento, incluso cuando se comprenden los conceptos de otorgados en la formación en salud mental.

En el caso de los jóvenes, buscar ayuda psicológica profesional se ha descrito que podría percibirse como una amenaza para la autoestima (Corrigan, 2005) y un signo de debilidad y aceptación del fracaso (Hammer et al., 2018). Aquellos que consideran buscar ayuda para problemas de salud mental por primera vez es probable que sean etiquetados como pacientes con

enfermedades mentales y que sean discriminados por la sociedad (Ben-Porath, 2002). En algunas investigaciones mencionan que la fuente de ayuda más comúnmente reportada para la depresión y la esquizofrenia fue la familia y los amigos (Picco et al., 2016) y, por lo tanto, esto sugiere que la capacidad de reconocer o etiquetar un trastorno influye en términos de preferencias de búsqueda de ayuda, incluso por fuera del sistema de salud oficial (Ibrahim et al. 2019). Aunque en otros estudios el reconocimiento se asoció con una menor preferencia por buscar ayuda de amigos lo que se relacionaba con el autoestigma (Wright et al., 2012).

Por lo anterior, la necesidad percibida de tratamiento profesional y la intención de buscar ayuda parecen limitarse a un concepto biomédico muy estrecho de las quejas personales de salud mental, que podrían pasar por alto otras necesidades en salud mental, que tal vez se abordan en los espacios grupales, específicamente en los GAMJ.

Stolzenburg et al. (2019) concluyen en los análisis que, para mejorar la búsqueda de ayuda para problemas comunes de salud mental como la depresión y los trastornos de ansiedad, debe quedar más claro que la ayuda terapéutica profesional es útil no solo para problemas que parecen tener una etiología biomédica, y que los profesionales están capacitados para lidiar con problemas psicosociales.

Esto coincide con el primer tema (Insatisfacción con el tratamiento tradicional), en donde se debe dar una mirada más integral a las problemáticas de salud mental por parte de los profesionales. Sin embargo, los espacios que los estudios denominan informales, podrían contribuir a la comprensión de otros factores psicosociales y al reforzamiento de los elementos teóricos basados en evidencia relacionados con la salud mental, los problemas o trastornos, y su manejo.

Miech et al. (1999) se refieren al concepto de selección social en las personas con enfermedades mentales, las cuales suelen ser “seleccionadas” o descender hacia un estatus socioeconómico más bajo. También se ha aplicado a cómo los síntomas reducen los lazos primarios y secundarios, incluida la participación en organizaciones voluntarias, ya que las personas con mayores síntomas probablemente enfrentan dificultades para formar y mantener estos lazos sociales (Markowitz, 2015). “Jaime” agrega:

A cualquiera que le diga la palabra que voy para donde psicólogo... Eso, mejor dicho, a todo mundo no se le puede decir que voy para donde el psiquiatra o para donde el psicólogo, nosotros sí porque ya estamos familiarizados y ustedes como profesionales es normal pero no, la sociedad como tal doctor no.

O “Cristian”, al preguntarle por qué no era tan juicioso con el tratamiento médico: “Pensaba que todo lo que tiene que ver con psicología y psiquiatría, ya es loco es locura o es demencia, es inferior a los demás, es bobo”.

Para esto, los grupos de autoayuda se encuentran en el continuo entre asociaciones formales e informales, e involucran lazos de amistad (Davidson et al., 2006; Markowitz, 2015). Por lo tanto, es posible que las personas que están peor psicológica y socialmente (por ejemplo, con una calidad de vida más baja y síntomas más altos) sean menos capaces de involucrarse en la autoayuda. Entre los involucrados, es menos probable que las personas en peor situación continúen participando, por lo que se autoseleccionan fuera de los grupos. Como refiere “Cristian”: “... entender que uno tiene un problema común, y compartirlo con otras personas que uno ve bien, despiertas, inteligentes, pero que aun así han sufrido, le deja claro a uno que la enfermedad mental no es cosa de raros.”

Es en este punto donde, las intervenciones grupales para la salud mental, especialmente en los GAMJ, se presentan como una herramienta para reducir el estigma y el autoestigma, para favorecer la búsqueda de ayuda, resolver la ambivalencia entre el conocimiento y las conductas saludables y, de esta forma, reconocer elementos asociados con la mejoría de los problemas o trastornos mentales, desde lo biológico a lo psicosocial, pasando por aspectos ontológicos que existen dentro de cada persona, pero que la enfermedad mental en ocasiones no deja apreciar.

Componentes Nucleares del GAMJ

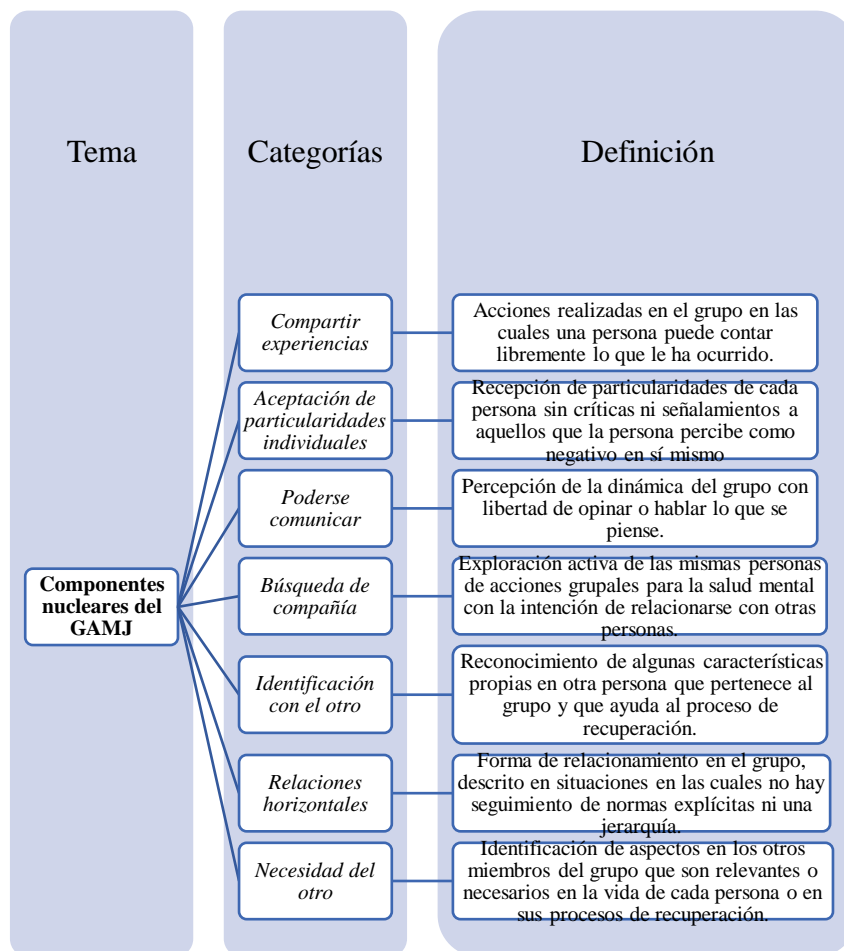
“Acompañar a alguien es. . . partir el pan juntos, estar presentes en un camino con principio y fin. Hay un elemento de apertura, de misterio, de confianza, en el acompañamiento”.

Paul Farmer

Este tema agrupa las categorías de *Redes de amigos, Compartir experiencias, Aceptación de particularidades individuales, Poderse comunicar, Búsqueda de compañía, Identificación con el otro, Necesidad del otro y Relaciones horizontales*, como lo muestra la figura 16.

Se denomina de esta forma haciendo alusión a los componentes nucleares precisados en los capítulos previos. Como se había planteado, estos componentes aluden a técnicas, estrategias, temáticas recurrentes pero también virtudes que conforman el ethos de los grupos de ayuda mutua y permiten su funcionamiento. En este aparte se analizarán estos componentes a la luz de lo mencionado en las entrevistas.

Figura 16. Configuración de Componentes nucleares del GAMJ



Nota: Configuración de Componentes nucleares del GAMJ. Elaboración propia.

Los grupos de ayuda mutua surgieron de los movimientos de derechos civiles en las décadas de 1960 y 1970 (Chaudhary et al., 2013; Williams, 2004), pero desde entonces se han convertido en un fenómeno de aspecto muy diferente.

En su forma actual, tienden a surgir en respuesta a una condición de salud específica o una situación social con el potencial de afectar la salud y el bienestar, como el duelo o el divorcio (Chaudhary et al, 2010; Chaudhary et al., 2013), tal como lo ilustra “Cristian” (2022):

Vino un detonante muy fuerte que fue mi separación. Entonces digamos que esa fue la denotada de una depresión fuertísima, entonces estuve hospitalizado y no sirvió lo suficiente, y ahí empiezo a ver que necesito otro tipo de ayuda.

Los GAM son esencialmente asociaciones de individuos que se reúnen, ya sea presencial o virtualmente, de forma voluntaria, en respuesta a un problema o situación social o de salud compartido; el control del grupo permanece con sus miembros en lugar de una agencia externa; y dentro del grupo se brinda apoyo mutuo entre pares (Baldacchino et al., 2006).

En palabras de “Catalina”, esta dinámica grupal se da con (...) personas muy cercanas al corazón que incluso hemos logrado compartir cosas que ni mi esposo ni mi familia lo saben, pues cosas tan tan tan íntimas que solo nosotros podemos ponerle atención porque cuando uno padece una..., una..., no sé si se llame enfermedad o un diagnóstico, no todo el mundo te entiende, entonces con ellos es muy chévere porque uno se abre completamente.

El apoyo que ofrecen puede ser a través de relaciones cercanas, de tipo amistad, o dentro de estructuras de reglas rígidas, como dentro de grupos de 12 pasos como Alcohólicos o Jugadores Anónimos y, cada vez más, a través de medios electrónicos. Aunque se describe a menudo como antiburocráticos (Borkman, 1999) e igualitarios, sus estructuras también varían de totalmente informales a organizaciones benéficas integradas. En el caso de los grupos con estructuras fuertes pero flexibles, como el que se menciona en las entrevistas, se refieren aspectos como el “Heidy”: “Si una persona quiere compartir algo (...) se espera que él o ella se

vaya desarrollando de cómo se siente, que vaya conectando esa persona solita al grupo poco a poco sin afanes”.

Como se menciona en las citas, el motivo para unirse al grupo se debe, en consecuencia, a las dificultades de vivir con la enfermedad y, como se expuso anteriormente, a las barreras encontradas en el sistema de salud. Estas dificultades pueden conducir a una ruptura emocional, así como a la negativa al propio cuidado con un sentimiento de desesperanza y soledad, poniendo así en peligro aún más una situación ya crítica y a la cual el GAM podría hacerle frente. Como refiere “Diego”, hombre de 21 años, al indagarle *¿Cuál es la influencia del grupo en el diario vivir?*:

El hecho de no sentirme solo. Saber que si tú hablas te responden. Me ayuda a aliviar mucho el malestar que me genera en algunas ocasiones la soledad, una soledad que siempre había pensado que era imposible dejar de sentir. El GAM es donde venimos las personas cansadas, sin temor a nada, a ser nosotros, y más que nosotros.

Un GAM, según los conceptos de Toumella (2016) definido como un grupo de modo nosotros, presupone la entrada voluntaria, la salida voluntaria y la formación voluntaria e internamente libre del ethos.

Sin embargo, la descripción más liberal de los grupos en modo nosotros acepta muchos más casos. Los grupos se entienden aquí inicialmente en un sentido muy general como conjuntos de personas que comparten un espíritu, es decir, objetivos, creencias, estándares, normas, prácticas, limitaciones, historia, etc., siempre que los miembros estén dispuestos a funcionar como un grupo, lo cual implica, como mínimo, una meta o creencia compartida. Entre lo que se comparte en un GAMJ, reconoce “Catalina”:

En el GAM nos retroalimentamos siempre con los casos de cada uno, de éxito del fracaso, nos damos ánimo, nos alegramos porque uno está bien o le fue bien o nos ponemos tristes (...), además nos ayudamos para salir adelante.

Los humanos son seres sociales y están adaptados para vivir en grupos, de hecho, para funcionar en varios grupos diferentes durante sus vidas. El marco científico social correcto debe otorgar un papel importante a los grupos sociales, pero el problema central aquí es si sus descripciones de la conducta grupal pueden, en algún nivel, reducirse a descripciones de la conducta intencional individual. Se puede afirmar que el mundo social no puede explicarse adecuadamente y entenderse racionalmente sin postular a los grupos como agentes intencionales (Tuomella 2016), lo que se abordará con mayor detalle en los apartes de Agenciamiento y Acontecimiento. Sobre la acción grupal, desde una voz individual, refiere “Alejandra”:

Yo creo que es uno de los secretos de los grupos, que las estrategias se vuelven constantes (...), sale uno y las practica y las cosas que se vuelven constantes, uno actúa con lo del grupo, lo vuelve herramientas para el día a día.

Las nociones de los GAMJ se sustentan teóricamente en ideas de inclusión social (Durkheim, 1897/1951), donde la aceptación incondicional de las personas, independientemente de sus dificultades, ayuda a mejorar la autoconfianza y la autoestima de los miembros del grupo (Burke y Stets, 2009), además de enseñar a las personas a aprender autorregulación, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas (Sample et al., 2018), aspectos señalados también como componentes en la revisión de la literatura que aborda esta investigación, y reafirmado en las entrevistas por “Stevenson”: “Los participantes (de los GAM) pueden expresar libremente y

ser escuchados entonces cuentan anécdotas de su vida, cuentan problemas, situaciones, calamidades, a veces entonces eso genera mucha empatía”.

Como motivos de permanencia, la confianza se ha asociado como uno de los factores principales, especialmente entre jóvenes. La formación de actitudes grupales requiere que los miembros funcionen como miembros del grupo y, psicológicamente, que tengan suficiente confianza en el funcionamiento de los otros miembros de una manera igualmente orientada al grupo. A diferencia de las relaciones médico-paciente, las relaciones entre los jóvenes en los GAM se caracterizan por una falta de desequilibrio de poder: la confianza en los miembros del grupo de ayuda mutua representa una dinámica de grupo horizontal, que está ausente en las relaciones verticales clínico-paciente. Los miembros de los grupos de ayuda mutua forman una red informal que es distinta de la relación médico-paciente, en la que los jóvenes siguen las instrucciones del médico y tienen menos poder (Kelly et al., 2019).

Al respecto, menciona “Cristian”: “El sistema de salud podría no considerar la forma propia de solucionar los problemas”. Sin embargo, en el GAM, “la comprensión y la humanidad podría hacerle frente al hecho que es difícil tener problemas psicológicos y estar rodeado de personas que solo te ven como un paciente más, como un chico con un problema más”, como lo anota “Mariana”.

Esta confianza se necesita para la construcción colectiva de un ethos (espíritu) grupal, pues esto implica conceptualmente un acuerdo explícito o implícito (aunque no siempre la actividad de hacer acuerdos) entre los participantes, lo que se relaciona con un compromiso colectivo para satisfacer el contenido del acuerdo. Si bien la aceptación colectiva a veces es una actitud, también implica una acción de aceptación, es decir, actuar de la manera correcta con respecto al contenido aceptado para validarlo (Toumella, 2016). Lo anterior nos reafirma otras

dos características de los GAMJ que se habían denominado como componentes nucleares, los cuales consisten en ser democráticos y autónomos (libre de dominación externa), capaz de decidir sobre sus asuntos internos (por ejemplo, su ética y otros objetivos y puntos de vista).

Como menciona “Cristian”:

El control lo logra no tanto una persona sino el respeto, la unión, el cariño que se genere, pero cariño a través de algo que parece organizado, cierto, no como nos pasó con otro grupo que tuve, un grupo de charlas (conferencias dadas por un experto), por eso te decía que en este grupo me expreso y me siento cómodo.

Al respecto, Toumella (2016) escribe:

Se puede argumentar que para asegurar el funcionamiento confiable del grupo, incluida la coordinación de actitudes y acciones entre los miembros del grupo, la aceptación colectiva (referente a actuar juntos) implica conceptualmente un acuerdo explícito o implícito (entendido en un sentido amplio) entre ellos. Los participantes pueden llegar a un acuerdo implícito de varias maneras diferentes (por ejemplo, por mímica y gestos o incluso por el conocimiento mutuo de una historia o experiencia compartida). Tanto un acuerdo explícito sincero como uno implícito implican una intención conjunta de los participantes de actuar juntos para cumplir el acuerdo en cuestión. (p. 126).

Para Giddens (1993) esta confianza equivaldría a lo que denomina como fiabilidad, el acto de fiarse o una actitud de fe hacia el otro y por el otro, no a los sistemas sino a la conducta de otros. El autor cita al Oxford English Dictionary para definirla como confianza en (o

fiabilidad en) “algunas cualidades o atributos de una persona o cosa, o en la verdad de una afirmación”. Al respecto, “Heidy” refiere:

Cada persona tiene una historia y es como uno nunca llega a pensar que esa persona está pasando por tal cosa y es muy interesante y a la vez impactante y muy chévere porque todos podemos hablar de lo que sentimos por dentro sin sentirnos juzgados, qué es la magia que hay ahí.

Se hace una diferencia entre confianza y fiabilidad, dado que uno podría no reconocer las circunstancias de riesgo, mientras que la fiabilidad las reconoce y podría permitir alternativas. Es allí donde el espíritu del grupo podría disminuir este riesgo, al plantear la confianza, en este caso, el acto de fiarse, como algo intencional, asumido por cada persona, al reconocer y permitir la falta de poder y la carencia de información en la aceptación del otro. En palabras de Giddens (1993), “fiabilidad es el eslabón entre fe y confianza” y conlleva a la connotación de algo indefectible frente a resultados contingentes, conciernan estos a acciones individuales o al funcionamiento del sistema social” (p. 42), en este caso el GAMJ. Por esto algunos miembros como “Jaime” enfatizan en la confianza como componente esencial que va en doble sentido (mundo-mente y mente-mundo). Al preguntarle qué aspectos considera primordiales en el funcionamiento del GAM, él refiere:

Eso en cierta forma se trata de interpretar la persona y no ponerle tabú a nadie. Una intuición que va tomando uno mientras conoce a los otros, llamémosle confianza. Yo creo uno que se gana más fácil la confianza porque uno también va expresando cosas más del corazón.

Con los elementos anteriores podría definirse fiabilidad como se ha usado la confianza como componente a lo largo de la presente investigación, según Giddens (1993):

Fiabilidad puede definirse como confianza en una persona o sistema, por lo que respecta a un conjunto dado de resultados o acontecimientos, expresando en esa confianza cierta fe en la probidad o el amor de otra persona o en la corrección de principios abstractos (conocimiento técnico). (p. 43).

Es así como la cuestión de mantener tales grupos tiene elementos prácticos como conmemoraciones, reuniones grupales y alianzas con otros grupos (Mao et al., 2021). Sin embargo, en los motivos individuales de permanencia en el grupo podría encontrarse que los humanos tienen tres necesidades psicológicas innatas: autonomía, competencia y afiliación (Deci & Ryan, 2000). Los miembros de un GAM deben ser capaces de formar actitudes colectivamente vinculantes en el grupo para garantizar su persistencia temporal y respetar los componentes (su ethos), establecidos previamente de forma explícita o implícita. En palabras de “Catalina”, al indagar por los valores o principios (léase componente nuclear) del grupo:

Como para poder compartir algo que no unió de pronto fueron los intereses en común, un parecido en gustos entre nosotros, cierto. Es ese interés y como esas ganas de ayudarnos y de pertenecer a un grupo, que entre todos nos demos apoyo en la enfermedad, que es completamente normal que le puede pasar a cualquiera y que ya al estar juntos pues podemos salir adelante, y así, juntos, es más fácil.

Esta oportunidad y capacidad que se le da a los miembros de decidir sobre las condiciones especiales propias del grupo, podría reconocerse como el componente de autonomía,

lo que permite a los miembros acciones como entrar o salir libremente del grupo al satisfacer cualquier requisito relevante. Si se permanece en el grupo se tiene participación en la construcción del ethos, y este, como los otros componentes del grupo (conceptuales y psicológicos) se construyen colectivamente, lo que implica la aceptación colectiva racional de la creencia mutua verdadera de que existe tal aceptación colectiva y, de manera derivada, también esa creencia en lo que se ha aceptado. Esta aceptación incondicional es una aceptación sincera, no instrumental, que puede estar basada en una emoción como la alegría.

Se han definido en el funcionamiento grupal diferentes estados y actividades colectivamente intencionales. Por ejemplo, las intenciones colectivas implican compromisos compartidos de acción, mientras que las creencias mutuas son estados doxásticos compartidos (a menudo implican creencias repetidas de orden superior) y las emociones colectivas son o implican fenómenos afectivos compartidos (Toumella, 2016).

Estas relaciones se han asociado con la aparición de una identidad colectiva, en donde median, además, componentes como la honestidad y la solidaridad, tanto dentro como fuera del GAM. Lo anterior, apoya la conceptualización de la identidad como multidimensional y fluida entre los aspectos internos y externos, que autores como Longden et al. (2018) proponen como clave para comprender el mecanismo de acción de la ayuda mutua.

Los grupos de ayuda mutua son espacios que cultivan la solidaridad entre personas que se han unido para abordar una necesidad o preocupación compartida (Spade, 2020), lo que se volvió a enfatizar en algunos grupos de ayuda mutua descritos recientemente que ayudaron a crear esperanza en tiempos de coronavirus. Estos grupos se centraron en la construcción de estructuras ascendentes de cooperación y redes horizontales de solidaridad (Fernandes-Jesus et al. 2021), lo que representa una divergencia radical de los servicios públicos tradicionales y las formas

clásicas de voluntariado en donde media la caridad (Spade, 2020; Fernandes-Jesus et al. 2021).

Al respecto, cuando se le pregunta qué es aquello que hace que permanezca en el grupo, “Heidy” menciona:

El ayudar a otros, el escuchar, el aprender también y la posibilidad de llevar todo lo que aprendo a la vida de afuera, por ejemplo, siempre trato de enseñarle de pronto a mi hermana o algo así, a otro amigo, algo que aprendo, incluso a mi mamá, que también necesita ayuda pero no viene a grupos.

Tanto la solidaridad como la honestidad se han considerado como elementos para relaciones igualitarias, significativas y recíprocas que, sumado a los límites flexibles y rígidos mencionados como ausentes en los sistemas clásicos de salud que perpetúan la estructura de poder de las relaciones profesionales tradicionales y formales (Repper & Carter, 2011), constituyen elementos con los que las personas se ayudan en las dinámicas grupales (Chambers et al., 2017). Se habla de un grupo solidario si el motivo de los miembros para promover el ethos es su aceptación incondicional y con espíritu de grupo (como verdadero o correcto para el grupo) con la consiguiente promoción del ethos centrada en el grupo en lugar de mera promoción por otros motivos. La acción intencional requiere la intención hacia una acción relevante; actualmente, la acción se considera una meta. Estas metas alimentan, junto a la agencia y a las redes sociales, a la solidaridad y ubican, “en un nivel más alto”, los componentes nucleares. En palabras de “Heidy”, al indagar qué hace distinto al grupo de otros espacios de terapia: "Lo de los grupos me parece genial porque allí hay más personas pasando por la misma situación, con un objetivo en común, creo que hay más comprensión, más empatía, pero en un nivel más alto".

Los miembros del grupo deben saber al menos aproximadamente qué es para un grupo tener un ethos (metas constitutivas que determinan la identidad, creencias, normas, etc.) y qué es para ellos estar colectivamente comprometidos (haberse comprometido a sí mismos) a este ethos. Sin embargo, la identidad y esa fuerza que lleva a la solidaridad suele deberse a la motivación de los miembros, evidenciada en alegría o satisfacción, que puede ser solo temporal pero que podría hacerse constante si el grupo la incluye entre sus principales características. En consecuencia, la solidaridad grupal puede fortalecerse o debilitarse temporalmente sobre la base del cambio del espíritu del mismo grupo a lo largo del tiempo (Toumella 2016).

Para Toumella (2016) una descripción de un grupo solidario debe ser capaz de explicar o al menos esbozar una explicación de las cinco características siguientes que explican la solidaridad del grupo como agente:

- Cooperación versus parasitismo: Cuando un grupo actúa como una unidad, sus miembros, debido a que son miembros, deben contribuir al objetivo del grupo de promover y mantener su ethos y realizar otras tareas compatibles con el ethos que el grupo haya decidido realizar y que los miembros toman como su razón de su acción participativa. La normatividad aquí es constitutiva del grupo, pero por otra parte también se basa en parte en la moralidad.
- Equidad: El grupo debe dividir equitativamente las tareas a realizar por los miembros y los frutos de su cooperación.
- Fomentar el ethos del grupo y ayudar a sus miembros: un grupo solidario se compromete a funcionar de acuerdo con su ethos (sus objetivos, intereses y principios constitutivos) y su bienestar en este sentido. En este punto este autor agrega: “Si la motivación está intrínsecamente (por ejemplo, de todo corazón) centrada en el grupo, resulta en una

solidaridad más estable que si se basa en motivos oportunistas instrumentales o privados” (p.260).

- Confiabilidad y lealtad: los miembros de un grupo solidario deben ser dignos de confianza en su comportamiento hacia los demás miembros y también cuando representan al grupo como sus delegados.
- Estar en el mismo barco de forma colectivamente comprometida: esto lleva a ayudar a otros miembros cuando sea necesario y, por ejemplo, a dar consejos (y también ellos mismos reciben consejos de otros). Realizar la parte que le corresponde de una acción de grupo porque la razón correcta del grupo es la clave para la honradez y la fiabilidad.

Lo anterior se ratifica en palabras de “Catalina”:

Tenemos la misma condición de vulnerabilidad y como de bajadas y subidas y que los tres pues llegamos al grupo buscando ayuda, cierto, entonces cuando tú sabes que hay personas que están buscando ayuda igual que tú pues eso te hace sentir una condición más humana, más que estamos en las mismas.

O, en términos similares, en palabras de “Mariana”, cuando se le indagó en la entrevista *¿Y si tuviésemos que rescatar como lo mejor? Por decir nos vamos a ir a otro planeta y tenemos que rescatar lo mejor, ¿qué cosas llevarías?:*

Pienso que todos los que nos ha ayudado son muy humanos, no son de esos que si el chico se estancó lo empiezan como a sacar por la borda, no, acá es norma ser sensible porque no todo mundo responde igual a las cosas, pienso eso, la humildad y la humanidad.

Estas características hacen que las personas que conforman los grupos actúen más que como miembros del grupo solamente: hacen que actúen como si estuvieran funcionando intencionalmente como partes de un organismo. Las personas con sus individualidades son las únicas que pueden iniciar cadenas causales en el mundo social, sin embargo, los componentes de los GAMJ consolidan y fortalecen estas cadenas de intenciones y actos. Por lo anterior, la actitud o acción de las personas en el marco del grupo en general está formada o generada por las actitudes y acciones de los miembros de manera compatible con el ethos del grupo y sus razones y principios previamente aceptados para la formación de actitudes y acciones.

Es así, como esto coincide con algunos principios que han propuesto algunas asociaciones de GAM para la conformación de los grupos (ActivaMent Catalunya Associació, 2006), donde se propone que lo más básico para constituir un GAM es que haya un cierto número de personas con una experiencia o problemática común que quiera reunirse para compartir sus vivencias y ofrecerse apoyo para superar o hacer frente a la situación, como lo propone “Cristian”:

Es una maravilla porque me dio como un panorama acerca del problema que yo tenía mucho más amplio. Me dio herramientas para yo poder como tener un control o para hacer más cosas frente a mi problema e incluso para los problemas de otros que uno resulta apreciando o incluso queriendo.

En consonancia con la expuesto previamente, se han propuesto tres características centrales para poder hablar de un adecuado funcionamiento grupal desde la ontología social, a saber, la razón de grupo (una razón unificadora para que los miembros del grupo participen en actividades basadas en el grupo), una condición de colectividad para todos los miembros (“Estar

necesariamente en el mismo barco”), y el compromiso colectivo (básicamente producto de la intención conjunta y la razón del grupo de los miembros involucrados). Estos tres elementos unen a los miembros del grupo y los cimentan en todos los contextos en los que funcionan como miembros del grupo, por ejemplo, en los contextos de cooperación y acción institucional, cuando los grupos pasan de la información en salud mental para convertirse en dispositivos políticos e incluso económicos, en otras palabras, del aprendizaje al empoderamiento, a través de concientización de las dificultades, de la adquisición de conocimiento objetivo, de aprender de las experiencias de otros y de descubrir nuevas perspectivas sobre la vida y sobre uno mismo (Stang & Mittelmark, 2008).

La interacción de apoyo dada en los GAM brindan un sentido único de comunidad, aceptación incondicional, información, empoderamiento, mayor confianza en sí mismo y un sentido de autodeterminación en los que participan (Sample et al., 2018). Los componentes de este tipo de interacción asumen que las personas que tienen experiencias similares pueden relacionarse mejor y, en consecuencia, pueden ofrecer una empatía y una validación más auténticas, donde la reciprocidad aparece como parte integral de este proceso a diferencia del apoyo de trabajadores expertos. Estas diferencias hacen que el apoyo socioemocional esté frecuentemente acompañado de apoyo instrumental para lograr un cambio social o personal deseado (Repper & Carter 2011).

Farmer (2013) argumenta que el acompañamiento o conexión es fundamental para la recuperación. Por eso la necesidad de pensar en los problemas mentales como un problema que aunque puede resultar con un componente clínico en ocasiones, siempre requiere una solución social.

En este punto se reafirma el rol de las ciencias sociales y de su aporte a las ciencias biomédicas, especialmente en la comprensión del papel de las redes de interacción en la construcción social del sujeto político (Alvarado et al., 2012), donde la socialización ha dejado de ser vista como un proceso vertical y, en buena medida, pasivo y unilateral, para asumirse de manera interactiva, lateral y horizontal (Gómez-Esteban, 2016). En un principio la socialización era considerada para unir a una sociedad, sin embargo, como menciona Gómez-Esteban (2016):

(...) En sociedades anómicas como las nuestras, la socialización deja de ser el mecanismo principal de integración a la sociedad, para convertirse en un proceso de antagonismo ante una normatividad y una ética espurias, de oposición frente a un mundo desigual e injusto, o de resistencia frente a una sociedad excluyente y opresora. De esta forma, la socialización no solo adquiere dimensiones plurales y contradictorias por la multiplicidad de formas en que experimentamos los acontecimientos subjetivos, sino que, eventualmente, puede convertirse en un proceso diametralmente opuesto para el que fue pensado: rechazar cualquier forma de incorporación social, “no encajar” en ninguno de los compartimientos sociales establecidos, “desviarse” de las normas instituidas. (p. 142).

Al respecto, “Catalina” menciona:

Ojalá que todo el mundo pudiera tener estos modelos de apoyo tan interesantes, es que todos en la vida necesitamos eso, tengamos una condición que sea, tener esos grupos de corazón abierto donde tú eres tú, donde tu alma está completamente desnuda, donde no necesitas aparentar que eres que tienes, que no tienes, donde, aparte de ayudarte a ser, te ayudan a llegar a donde quieras.

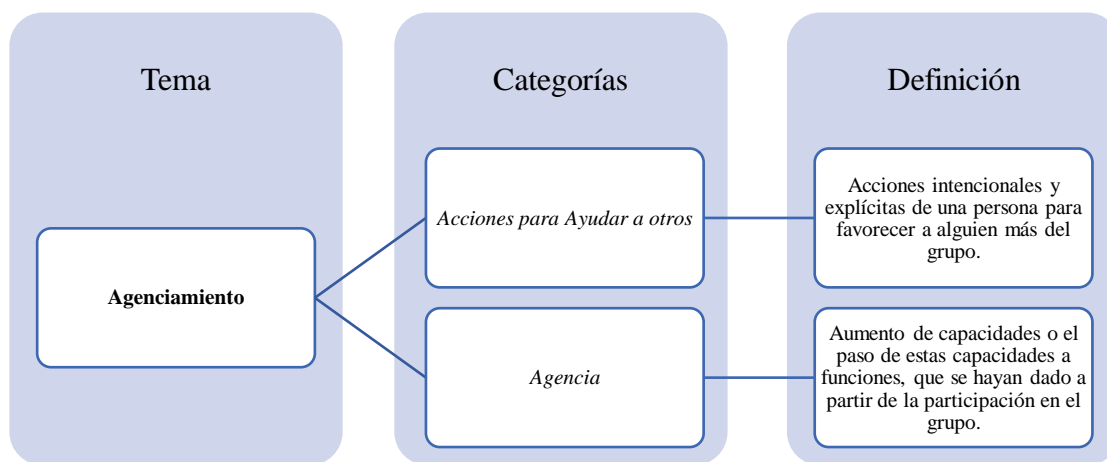
Agenciamiento

Aparte de ayudarte a ser, te ayudan a llegar a donde quieras.

“Catalina”, GAMJ

Este tema está conformado por las categorías de *Acciones para Ayudar a otros* y *Agencia* (Ver Figura 17). Aunque la definición del concepto de agenciamiento se abordará en este aparte, el tema se define inicialmente como aumento de capacidades o el paso de estas capacidades a funciones, que se hayan dado a partir de la participación en el grupo, lo anterior dado a través de acciones intencionales y explícitas.

Figura 17. Configuración de Agenciamiento



Nota: Configuración de Agenciamiento. Elaboración propia.

Este concepto habla de la importancia de la recuperación en términos de capacidades individuales, pero también a través de un entorno que favorezca las acciones. En apartes anteriores se habían considerado la confianza (o la fiabilidad) como componente nuclear de los GAMJ, y que trasciende incluso a ser un elemento de lo que Giddens (1986) llama seguridad

ontológica, para referirse al sentimiento que los seres humanos depositan en la continuidad de su autoidentidad y en la permanencia de sus entornos sociales o materiales de acción. En palabras del autor:

Un sentimiento de fiabilidad en personas y cosas, tan crucial a la noción de confianza, es fundamental al sentimiento de seguridad ontológica; por lo que ambas están fuertemente relacionadas psicológicamente. (p. 92).

La seguridad ontológica tiene que ver con el *Ser*, o, en términos fenomenológicos, con el *ser-en-el-mundo*. Lo anterior, implica cierta mutualidad de la experiencia, que inicia (en la vida, en la infancia, pero también en los grupos) con la confianza, y en este punto Giddens alude a Winnicott, para pasar por *la continuidad de las cosas* y llegar a una seguridad ontológica, donde las relaciones personales y con el entorno lleva a una transformación de la intimidad, donde está más presente la noción de comunidad y la articulación a nivel ontológico del individuo con movimientos sociales que superan el orden institucional en una dinámica posmoderna que permite la pluralidad entre organismos y que se da en los GAMJ, incluso como sector intermedio o habilitador entre los individuos y la esfera pública (Scambler & Kelleher, 2006). Como lo describe Lazzarato (2005):

La creación requiere la liberación parcial del individuo en relación con la sociedad, el desgarramiento momentáneo del tejido de ilusiones sociales mutuas, del velo de las influencias intermentales. La invención se hace en una dimensión ahistórica, como diría Nietzsche, al escapar momentáneamente de la cadena de la imitación ambiente, y ubica al inventor frente al afuera universal. (p. 110).

Dicho proceso se da con el acto, con la acción, con la agencia y con el agenciamiento, todos facilitados en escenarios donde las redes sociales, la confianza, la solidaridad y el apoyo, son elementos comunes. En palabras de “Catalina”, quien responde por los principios, valores o estrategias que hace funcionar al GAMJ:

El interés genuino, pues como individual, el interés de ayudarnos, las ganas de pertenecer a un grupo, porque a pesar de la distancia siempre ha sido pues por tele llamada, virtual o por Whatsapp o por mensaje de correo, y entonces como esas ganas de todos de salir adelante juntos... y ya después me dio esas ganas de seguir, de ir compartiendo cariño, pues ya es como un apoyo, como una familiaridad muy grande, ya son como personas como de la vida de uno.

Es importante hablar de agencia en el abordaje de los trastornos mentales. La razón principal radica en que estos impactan, tal vez por vías recíprocas, las capacidades y las funciones que cada persona considera importante realizar en su vida.

A nivel neurobiológico este impacto se explica por el compromiso de estructuras cerebrales relacionadas con la motivación, la planeación y la ejecución de las acciones que la persona acostumbra o desearía hacer para afirmar su plan de vida. Dentro de estas estructuras está la corteza cingulada anterior, las áreas ventro medial y dorsolateral de la corteza prefrontal, el hipocampo (encargado de enlazar las vivencias anteriores con las actuales para conformar elementos subjetivos dados en el placer). Se encuentra además que estas estructuras representan un compromiso a nivel de la ejecución de los actos. Como lo describe “Catalina”: “Hay momentos en que la vida pues es más pesada que cualquier otra cosa entonces, no tenemos determinación, ahí es cuando necesito que alguien me ayude”.

Como síntomas depresivos se precisan conceptos como anhedonia (dificultad para disfrutar o sentir placer), hipobulia (disminución de la voluntad), bradicinesia (disminución de la conducta motora), bradipsiquia (enlentecimiento de las funciones mentales complejas), entre otros. A lo anterior, se suma una experiencia afectiva de labilidad emocional, afectación del patrón de sueño y de alimentación, además de ideas de minusvalía, desesperanza, muerte y culpa, que podrían no contar con una congruencia en las vivencias de cada persona.

Si se entiende el bienestar como la conjunción que existe entre el bienestar subjetivo (comprometido en su funcionamiento biológico en los trastornos mentales) y el lugar que ocupa el sujeto en el mundo (eudaimonía), se deben considerar los aspectos mencionados en los primeros capítulos de esta investigación con el marco de la interseccionalidad. Como lo describe “Catalina”:

Hicimos este grupo porque había una necesidad específica, mejorar el ánimo, pero después se vinieron otras necesidades y ahí fue que se vio como un compromiso de los tres, con ganas de salir adelante del problema que nos aqueja. Después de salir de la depresión siguen los otros problemas, y nosotros realmente seguimos unimos porque tenemos un interés común, aparte de nuestra amistad, un interés más específico, un interés laboral, donde nos damos consejos prácticos.

Cómo se expuso, las personas con problemas mentales tiene mayores impacto de los determinantes sociales y de la conjunción entre ellos. El estigma, abordado en el aparte anterior, es un factor importante, sin embargo, la dinámica social y cultural que impone el orden neoliberal y que se analiza con el marco de la nueva gerencia pública, donde la productividad económica se plantea como destino de vida en una dinámica de competencia (Moreno Camacho & Molina Valencia, 2018), especialmente en jóvenes, hace que las personas con problemas o

trastornos mentales “no puedan competir”, condición necesaria para ser parte de un contexto, lo cual resulta un aspecto fundamental para la juventud.

A lo anterior se refirió Durkheim en *El suicidio*, y lo denominó como anomia para referirse a una crisis severa de la estructura social que hace que las normas existentes se desestabilicen y que no se comprendan unas nuevas normas que aún no se consolidan. A nivel individual también puede explicarse como una imposibilidad de cumplir las normas sociales impuestas (Durkheim, 2008; Reyes-Morris, 2008), lo que podría coincidir con la teoría habermasiana. Al respecto, refiere “Cristian”:

Yo decidí ir al psicólogo porque tenía un problema. Yo mismo me di cuenta cuando ya no rendía en el trabajo. Además el problema es que estaba conmoviendo a la gente, y me daba miedo que me sacaran del trabajo, que me juzgaran por sentirme así. Yo trabajaba como asesor en ese momento, entonces cómo voy a quedar..., quedaría mal con todos, quedaría sin trabajo.

La insistencia que se aprecia en las entrevistas, más allá de reemplazar por completo los abordajes tradicionales de los problemas o trastornos mentales, es que estos busquen nuevas metas de tratamiento y nuevos indicadores de mejoría, incluso en funcionamiento en otros dominios de la vida como meta directa y no como meta indirecta, pues, de esta forma, se le endilgaría la responsabilidad a un solo individuo de cambiar sus condiciones de vida. Más allá de la ausencia de síntomas, de regulación de los patrones biológicos de los problemas mentales, las personas hablan de capacidades y funciones: de recuperar la disposición para... Como lo plantea “Diego” al indagarle qué hace que esté en el grupo:

(...) ayudarme a lograr las metas, no dándome golpes en la espalda, sino ayudándome a ejecutar mis planes. Por ejemplo, yo tenía diseños de camisetas, y acá me ayudaron a hacerlas, a pasar del diseño a las camisetas.

En este punto, en palabras de Habermas (1989), la sociedad civil “(...) se compone de aquellas asociaciones, organizaciones y movimientos que surgen más o menos espontáneamente y que, en sintonía con la forma en que los problemas sociales resuenan en las esferas de la vida privada, destilan y transmiten tales reacciones en forma amplificadas a la esfera pública” (p. 367). Para Habermas el sistema social está relacionado con el modo en que las estructuras sociales constriñen, lo que comprende cuestiones de poder y, específicamente, las relaciones de clase involucradas en la producción (Peralta Duque, 2021). A esto, precisamente los GAMJ podrían hacerle frente, pues plantea otra forma de relaciones que, aunque no dejan de lado las necesidades económicas, no las ubica en el centro de las interacciones sociales. Como lo menciona “Jaime” :

Me acuerdo de alguna vez que una compañera del grupo tenía que ir a dar un proyecto y tal cosa, entonces le dije vente con todo yo traté de auxiliar, le explique cosas y solo un poquito enseñándole lo poquito que yo manejo, la parte eléctrica, entonces creo que he podido gracias a Dios como colaborarle.

En consonancia con lo anterior, los problemas mentales y su falta de manejo (sobre todo este último punto) aumentan una forma de dominación que estimulan procesos de acción política, que tienen como condición de posibilidad el establecimiento de una categorización

como sujeto, lo que implica tener derechos y participar de determinado contexto, de un mundo que le pertenece y puede modificar o conservar a través de la acción, del agenciamiento.

Ema-López (2004) trabaja el término de agencia como más que un agente, como un proceso, en sus palabras, un *cómo*. Para esto retoma a Deleuze y Guattari y su aproximación a la agencia como movimiento que hace un territorio, que codifica, que ordena, que estructura, así implique momentos de desterritorialización y re-territorialización, de subversión y cuestionamiento. En este punto se vincula la agencia a la posibilidad y a la potencia, desarrollado en el marco teórico con el concepto de Acontecimiento, donde la dimensión relacional de toda presencia y las tramas relacionales hacen que la posibilidad y la potencia puedan existir. En palabras de Ema-López (2004):

En este sentido, el término potencia nos remite a un acto creativo que desborda las constricciones dadas para tratar de fundar algo no previsto ni dominado totalmente por el juego de lo posible, algo, en cierto sentido, imposible. De este modo podemos decir que la potencia desborda al poder; es decir, a las constricciones presentes en un contexto-momento concreto. (p. 20).

Como se evidencia en algunas citas, la agencia implica una situación relacional de donde se generan conexiones, lo que da paso al concepto de agenciamiento (Deleuze & Guattari, 2000), como una multiplicidad que comporta muchos términos heterogéneos, y que establece uniones, relaciones entre ellos a través de una simbiosis, de la simpatía (como el concepto de cooperativa de Durkheim), incluso más allá de las filiaciones, “de las herencias o las descendencias”, sino a través de “los contagios, las epidemias, el viento”. (Deleuze & Parnet, 1997, p.79). El agenciamiento genera nuevas conexiones escapando de nociones como sujeto y estructura, lo que

plantea una propuesta de una nueva ontología denominada en los apartes anteriores como social y pluralista.

Esto se reafirma en Giddens (1986), donde la acción grupal proporciona las condiciones que determinarán el cambio o la continuidad de las estructuras que forman el sistema donde se unifica la acción y la estructura: sin negar la influencia estructural en la acción individual, tampoco cree que sea determinante, es decir, la última palabra la tiene el individuo (Peralta-Duque, 2021), incluso cuando lo que habla es el ethos del grupo y, de esta forma, permite multiplicidades, devenires, afectos, acontecimientos (Deleuze & Parnet, 1997). Como refiere “Cristian”, ante la pregunta ¿Qué tenía el GAM que te ayudaba estar como tan vinculado?: “Las actividades hacen que el equipo se mantenga, hacer cosas... así las hagas solo, sabes que en el grupo las puedes compartir, las puedes pensar”.

Si se comprende el agenciamiento como unión de posibles, como engranaje (de mónadas, en el sentido de Tarde), para Giddens (1993) la agencia antecede la acción, mas no en un sentido temporal sino analítico-teórico que, posteriormente (o potencialmente) se convertirá en acción. Para plantearlo en términos aristotélicos: no hay potencia sin acto, y no hay agencia sin acción. La agencia es, entonces, condición de posibilidad, mientras que la acción se entiende como proceso y como flujo de corriente a partir del encadenamiento de actos que permiten hablar de acción, actos que, a su vez, generan o subvierten conexiones para generar nuevos significados y nuevas posibilidades (Ema-López 2004).

Algunos grupos sociales, incluidos los grandes grupos organizados y los GAM, pueden verse como agentes de grupos funcionales. Esto significa que se pueden atribuir estados mentales como si fueran deseos, intenciones y creencias, así como acciones y responsabilidades a estos grupos. Dichos agentes grupales no son agentes intrínsecamente intencionales como los seres

humanos, pero pueden, por motivos funcionales y epistémicos, así como prácticos, ser vistos y aceptados como agentes extrínsecamente intencionales con propiedades cuasi-mentales atribuidas.

Un grupo organizado para la acción se considera un agente desde un punto de vista conceptual y justificativo, aunque en el ámbito causal existe solo como un sistema social funcional capaz de producir una acción uniforme a través de la acción intencional de sus miembros (Toumella 2016), tal vez potenciada, como lo proponen las políticas del acontecimiento, abordadas en el último aparte de este capítulo.

En términos de la OMS, aunque sólo con elementos en común con el concepto de agenciamiento, este proceso se ha denominado empoderamiento (OMS, 2010). Algunos autores como Kieffer (1984) y Zimmerman & Rappaport (1988) también relacionan el empoderamiento psicológico con el control personal, un sentido de competencia, una conciencia crítica del entorno sociopolítico y la participación en organizaciones y actividades comunitarias. Incluso han propuesto tres dominios clave: intrapersonal, cómo piensan las personas sobre su capacidad para influir en el cambio utilizando una comprensión crítica del contexto; interaccional, cómo las personas contribuyen a las transacciones con otras personas y el medio ambiente; y conductuales, cómo actúan las personas para influir en el cambio en el entorno circundante, por ejemplo, a través de la participación en organizaciones y actividades comunitarias (Gona et al., 2020; Perkins & Zimmerman 1995; Zimmerman & Rappaport, 1988), además de brindar nuevas oportunidades para las conexiones sociales y el apoyo en la comunidad, incluso algunos trascienden a actividades de subsistencia, de educación para un medio de vida alternativo (UNESCO, 2015), de creación de conciencia sobre los problemas de discapacidad en la

comunidad, de apoyo social a través de la promoción de prácticas agrícolas en regiones rurales remotas (Gona et al., 2020; Gugerty et al., 2019), o incluso de acción política.

En este último punto, se debe mencionar que la ayuda mutua como concepto tiene sus raíces en el pensamiento anarquista de Kropotkin, donde describe un modelo de sociedad diferente al statu quo capitalista neoliberal, uno basado en la reciprocidad, el altruismo y la resistencia a la jerarquía. De hecho, algunos estudios han señalado que la politización grupal percibida fue un moderador significativo, que parece amplificar el efecto indirecto de la identificación grupal en la autoeficacia para hacer frente a la situación a través del apoyo percibido (O'Dwyre et al., 2021). Al respecto, “Catalina” menciona:

Yo con lo que estoy haciendo estoy empezando los frutos de un emprendimiento que no hubiera podido hacerlo si no hubiera tenido a los compañeros impulsando y como un apoyo. Eso me da recursos y es mejor que el trabajo que estaba buscando.

Muchos factores pueden explicar su dimensión microsocioal: en primer lugar, su organización a nivel local y el área territorial limitada de la que son responsables. Según los estudios de Giarelli & Spina (2014) más del 80% de los GAM limitan su trabajo dentro de las fronteras regionales. El establecimiento de relaciones de colaboración con instituciones públicas para activar iniciativas conjuntas específicas caracteriza el trabajo de las asociaciones encuestadas (72.9%), por lo tanto, estos espacios también resultan fundamentales para fortalecer el concepto de ciudadanía y ejercer derechos, incluso más allá de los derechos en salud: “Acá en el grupo aprendemos que juntos somos más fuertes”, como lo describe “Alejandra”.

Se reafirma entonces la importancia de las acciones grupales para potenciar las acciones humanas, así los seres humanos individuales sean los únicos motores causales agentes en el

mundo social. En pocas palabras, los grupos en consecuencia sólo pueden actuar a través de las actividades de sus miembros, como menciona Toumella (2016), la cooperación del *modo nosotros* depende de la plena intencionalidad colectiva que involucra metas e intenciones conjuntas, acciones conjuntas, creencias y conocimientos grupales y, especialmente, aceptación y construcción colectivas, así como razones grupales.

Como lo describe “Diego”: “El Grupo de Ayuda Mutua es donde venimos a las personas sin temor a nada”. En virtud de su conexión con estos, la actividad del modo nosotros (es decir, actuar plenamente como miembro del grupo) es intrínsecamente cooperativa, básicamente porque la acción de un grupo del modo nosotros requiere la cooperación entre los miembros para un desempeño satisfactorio de sus acciones. Requiere, en palabras del mismo autor, una situación cooperativa para *actuar* (Toumella 2016), propia, desde sus orígenes, de los grupos de ayuda mutua.

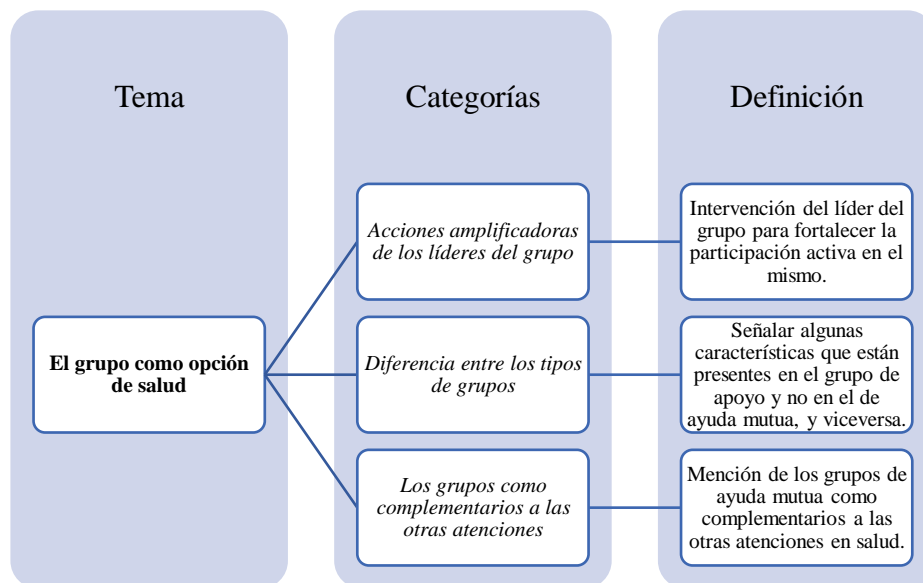
El grupo Como Opción de Salud

Este tema incluye categorías como *Acciones amplificadoras de los líderes del grupo*, *Diferencia entre los tipos de grupos* y *Los grupos como complementarios a las otras atenciones* (Ver Figura 18).

Se refiere a la ubicación de los grupos dentro de un contexto sociopolítico, liderado por entidades gubernamentales especialmente, a través de política públicas basadas en evidencia científica, y difundidas a través de las organizaciones locales o distritales de salud con recomendaciones para su desarrollo, con el fin de determinar resultados de implementación. Algunas de estas categorías coinciden con aspectos que se resaltan en las entrevistas y, aunque

son propios del grupo, coinciden con los elementos de los sistemas de salud dados en estas estrategias de política pública.

Figura 18. *Configuración de El grupo como opción de salud.*



Nota. Configuración de El grupo como opción de salud. Elaboración propia.

En algunos grupos se ha reportado una tensión dinámica que implica la necesidad de ejercer siempre el control. Esta búsqueda de control se considera entre las intenciones previas que reportan algunas personas que las llevan a buscar estos espacios. Algunos autores mencionan que la necesidad de ejercer el control se basó en un hecho recurrente al inicio de los grupos, en el cual, al considerar sus propios recursos, los miembros del grupo cambian el enfoque de los problemas y sus capacidades (Garside, 1993).

En este proceso el rol de un líder resulta fundamental. Más allá de imponer una estructura que animaría a los miembros a centrarse en temas que eran emocionalmente difíciles (lo cual podría ser una características de los grupos de apoyo), los propios participantes suelen ponerse

en la posición de solicitar más estructura cuando lo consideraran necesario, respetando la horizontalidad que buscan y defienden. En este punto, se requieren enfatizar por parte de un líder que la actividad grupal no consiste en una terapia sino en ayuda mutua, así posteriormente, las reuniones alternativas puedan centrarse en temas más específicos relacionados con la salud mental. En otras palabras, en lugar de que el líder del grupo imponga una estructura que anime a los miembros a centrarse en temas que son emocionalmente difíciles, los propios participantes asumen la posición de pedir más estructura cuando lo consideren necesario (Garside, 1993), siempre a favor de esa participación que hace a las personas sentirse valoradas desde adentro, que promueve la confianza en sí mismos (Landstad et al., 2022). Lo anterior, lo ilustran comentarios como los de “Cristian”, quien refiere:

Yo participaba de algunos talleres. Hasta que ya luego la líder del grupo intervino al interno (whatsapp) y ahí ya empezamos a conversar, y conversar Es una maravilla porque su invitación me abrió el camino a algo que me dio como un panorama acerca del problema que yo tenía mucho más amplio. Me dio herramientas para yo poder cómo tener un control o para hacer más cosas frente a mi problema.

Algunos grupos que han relatado un buen funcionamiento han asignado un rol de un coordinador que facilite el trabajo de los demás. Por lo general, este rol lo cumple un miembro del grupo comunitario que está involucrado en la movilización original de los otros participantes. A veces, una persona cuenta con un rol doble tanto en el GAM como en el grupo de apoyo, lo que permite compartir las experiencias y habilidades del grupo (Bunning et al., 2020). Estas estrategias implican invocar la identificación, el cuidado grupal, facilitar la comunicación, una estructura de liderazgo informal pero organizada en el marco de relaciones colaborativas que

permitan cierta flexibilidad en términos de roles y procedimientos dentro de la organización (Fernandes-Jesus et al., 2021.).

La eficacia del grupo no solo depende de las acciones de apoyo de los miembros, sino también de que los facilitadores desempeñen un papel importante en el grupo, aportando sus conocimientos y habilidades, así como fomentando la esperanza. Además, la contribución de los facilitadores en los grupos de ayuda mutua puede cubrir una amplia gama de temas, incluidos el trabajo, la educación, las finanzas, los problemas emocionales y de comportamiento, la salud física y la familia (Ngai et al., 2021a). Como menciona “Diego” al indagarle por los componentes nucleares del grupo: “Que los orientadores no suelten a las personas que ingresan y que queden ahí como en la deriva, siento que eso es muy importante.”

Dentro de las funciones del facilitador se han especificado como una forma importante de empoderamiento para sostener la supervivencia del grupo de ayuda mutua; fortalecen la cohesión y eficacia de su grupo; proveen de asesoramiento, materiales, instalaciones y lugares de reunión; apoyan en la derivación a servicios de salud u otros.

En otras palabras, brindan apoyo al grupo para salvaguardar su funcionamiento, además de intensificar y solidificar la transmisión de recursos dentro del grupo para que la conexión y la ayuda sean exponencialmente beneficiosas (Cheung & Ngai, 2016). Al respecto, “Mariana” refiere:

Eso no lo logra un líder solo diciendo, sino logrando un control a través del respeto, unión, donde genere cariño, pero cariño a través de algo cierto organizado no como nos pasó con el primer grupo (se refiere a un grupo de apoyo) que por eso te decía que en este grupo me expreso.

Un grupo controlado internamente puede formar una meta sobre la base de acuerdos entre sus miembros, o los miembros pueden haber delegado la tarea de formación de metas a algunos miembros operativos autorizados, en este caso el líder. El hecho de que un grupo se haya formado un objetivo determinado puede ser, en consecuencia, una razón grupal para que los miembros del grupo realicen sus acciones de promoción de objetivos en calidad de miembros del grupo (Toumella, 2016).

Por otra parte, las alianzas con otros sectores, especialmente con el sector salud, podría otorgar una legitimidad en la esfera institucional más amplia, mejores mecanismos para un financiamiento confiable y una protección sustancial contra las dislocaciones que a menudo acompañan a los cambios de liderazgo o las fluctuaciones en la membresía. Sin embargo, cuando estos facilitadores hacen parte del sistema de salud, deben tener cuidado de involucrarse en asuntos internos del GAM, como realineamientos estructurales o modificaciones de los procesos de toma de decisiones (Powell & Perron, 2010).

Otros beneficios de esta comunicación de los GAMJ con el contexto sociopolítico, en este caso el sector salud, consisten en contar con instalaciones para las reuniones, mejorar los mecanismos de convocatoria, fortalecer las relaciones públicas, mejorar la comunicación de las necesidades en salud, generalmente a través del líder, realizar intercambios de información y conocimientos, lo que incluso ha permitido sensibilizar al personal de salud frente al abordaje de la salud mental y participar en aspectos de calidad del servicio de salud (Nickel et al., 2017).

Esto hace que los GAMJ en escenarios de promoción de derechos en salud (Gugerty et al., 2019) y asocia los tratamientos médicos y psicológicos convencionales con mejores resultados (Carlén & Kylberg 2021), al favorecer la construcción de alianzas más sólidas, no sólo

con los miembros del grupo, sino con el personal de salud (Cohen et al. 2012). Refiere “Cristian”:

Por fin había alguien que me mostraba como una luz y que yo decía como bueno sí, sí, eso me puede servir ahora sí me motiva a seguir sacar cita con psicólogo luego con algún tipo de medicamento con la valoración psiquiatra. En el grupo me motivaron a sacar cita con la EPS.

O como lo describe Diego: “Un psicólogo de la EPS lo que va a hacer es darme un consejo. Tengo dos opciones: una argumentativa y el enfoque de compartir experiencias, pero no son excluyentes.”

Nickels et al. (2016) recomiendan incluso la evaluación del papel del tratamiento farmacológico en los programas comunitarios, porque al parecer se podría lograr dosis más pequeñas a nivel farmacológico para mantener las metas terapéuticas en las personas que participan en programas basados en la comunidad versus programas basados en hospitales.

Es así como una de las formas de potenciar los efectos positivos de los GAMJ, podría establecerse como la articulación con el sistema de salud, sin desvirtuar los principios de los GAM, lo que implica que conserve la libertad de decisión y la horizontalidad en las relaciones entre sus miembros, ya que un GAM paradigmático determina su propio espíritu y designa a sus propios líderes (más generalmente, miembros operativos) y, en general, es capaz de promover el espíritu del grupo en virtud de su carácter colectivo.

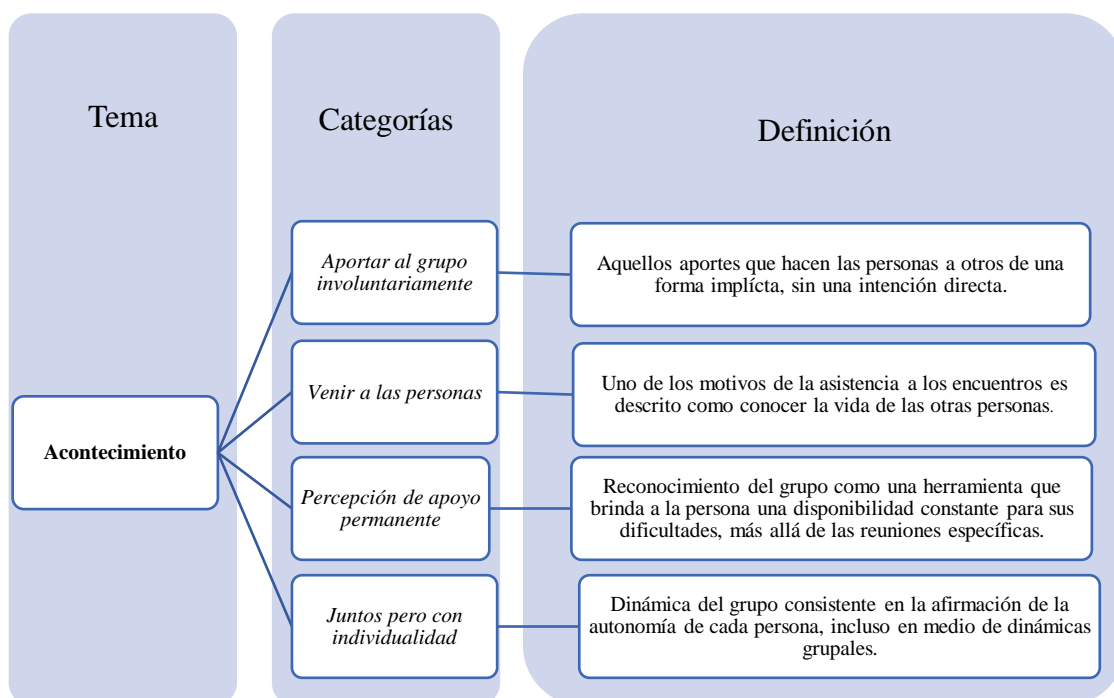
Acontecimiento

Aquello que no es un ser, no es un ser.

Leibniz

En este tema se reúnen categorías como *Aportar al grupo involuntariamente*, *Venir a las personas*, *Percepción de apoyo permanente* y *Juntos pero con individualidad*. Como continuidad a las categorías anteriores, donde se proponía un acercamiento a una ontología social y pluralista, donde la acción individual es potenciada por las dinámicas grupales, las cuales, a su vez, se convierten en escenarios de poder para el bienestar, la economía e incluso la política (Ver Figura 19).

Figura 19. Configuración de Acontecimiento



Nota. Configuración de Acontecimiento. Elaboración propia.

Como definición de este tema, más allá de tomar de forma literal la definición de Acontecimiento dada por Lazzarato a través de Leibniz, Deleuze, Foucault o Tarde, se considerará como aquella dinámica que permite ver al GAMJ como una herramienta que brinda a la persona una disponibilidad constante para sus dificultades, más allá de las reuniones o de los contactos específicos. Esto permite que se realicen aportes al grupos de forma *involuntaria* (aunque no en contra de una intención, lo que no contradice *el obrar* de Giddens), donde más mónadas de cada uno actúan sobre otros y otras y, de esta forma, *agencian posibles*.

En este punto se retoman postulados de Giddens y de Habermas, pues sus análisis buscan integrar los estudios sobre el mundo exterior de causa y efecto, el mundo social de las relaciones humanas y el mundo interior de valores y significados, esto especialmente en jóvenes pues coincide con su situación en la sociedad, sus características reflexivas y analíticas, donde comprende sus conflictos, su forma de cognición y su expresión del pensamiento (Peralta-Duque, 2021).

Partiendo del sistema leibniziano, al cual Tarde le resta aspectos metafísicos, es necesario establecer como punto de partida su circularidad expresada en un sistema netamente metafísico que alcanza su mayor comprensión con la idea que tiene de armonía preestablecida. Hay que empezar por la forma en la que Leibniz (1977) define el espacio como una relación entre fuerzas. Así, la extensión no es otra sustancia, como lo sería en Descartes, sino que es la posibilidad misma de que las mónadas entablen una perspectiva unitaria e individual del mundo; la posición en la que está dada cada mónada al mundo no es indiferente, es parte de su constitución como mónada distinta.

Como una suerte de espejo viviente, la mónada refleja, esto es, re-presenta el mundo tal y como se le presenta, esto es, como lo capta según su punto de vista. Si el término representar incluye en sí la idea de una puesta de la cosa ante sí – de la transformación del fenómeno en objeto –, la consideración de la mónada a la luz de la idea de la noción completa recuerda que todo conocimiento monádico no se trata más que de un despliegue de sus contenidos (1977).

Lo describe “Jaime”, al indagar las diferencias entre las acciones en el grupo y fuera del mismo: “En el grupo también vengo a buscar la tranquilidad para enfrentar una realidad porque cuando uno escucha las personas que participan, y entiende los casos, se ve uno ahí reflejado en esa persona, son como espejos”. En palabras de Lazzarato (2006):

Este mundo posible (o expresado) actúa en primer lugar a nivel del alma en tanto que transformación incorpórea, modificando la manera de sentir, las modalidades de afectar o ser afectado. Las mónadas tardianas tienen dos características principales: permiten concebir la actividad no como producción, sino como creación y efectuación de los mundos siguiendo la lógica del acontecimiento, y permiten pensar la relación entre singularidad y multiplicidad como alternativa a la oposición entre individualismo y holismo. (p.12).

Lo menciona Catalina:

Ya después me comentaron que Jaime [compañero del grupo] que estaba buscando como personas con las que pudiera compartir etc, etc, y después ya llegó Alejandra [compañera del grupo] y ya hicimos el grupo, ensayamos una vez y ahí nos enganchamos en esa necesidad, pero es como yo no sé, eso es como un flechazo, es como un flechazo de las

personas que se tienen que encontrar y que tienen dificultades pero pueden salir adelante porque no se conocen y el grupo le da a uno pues esa oportunidad grandísima.

En el constructivismo social el sujeto también es relevante, especialmente en la intersubjetividad (como en la filosofía de Husserl), porque consideran la constitución del mundo y de sí a través de la relación entre los sujetos. Sin embargo, el acontecimiento como desarrollo filosófico difiere del constructivismo, pues plantea la constitución del mundo y de la subjetividad no a partir del sujeto, sino del acontecimiento, de un nuevo campo de posibles, una nueva distribución de potencialidades que surgen y desplazan las oposiciones binarias expresando nuevas posibilidades de vida (Lazzarato, 2005). La identidad se entiende en este sentido como algo multidimensional y fluido, lo que resulta clave para comprender el mecanismo de acción de un GAMJ. Como lo describe “Catalina”, al referirse a la influencia del grupo en la vida cotidiana:

Parece que ese grupo siempre había estado allí esperándome, que estaba allí para mí, no las personas, sino los momentos que vivo, es algo difícil de explicar, no son tanto las personas, aunque los quiero mucho, son las situaciones, como una cosa... Sé que alguien o algo está ahí para apoyarme en lo que necesito, para mí.

Los GAMJ, como todo acontecimiento, produce una mutación de la subjetividad, es decir, de la manera de sentir: no se soporta más lo que se soportaba anteriormente, produciendo un “cambió en el alma”. Decir “no” constituye la forma mínima de resistencia. Esta última debe abrir un proceso de creación, de transformación de la situación, de participación activa en el proceso. Esto es resistir, según Foucault (Lazzarato, 2006). Esto se ve reflejado en comentarios

como los de “Cristian”, que menciona al preguntarle cómo llegó al grupo: “Llegué cansado de los profesionales de la salud mental que me dicen cosas que yo en algún punto digo como no, por qué voy a hacer eso o a creer eso”.

Lo anterior coincide con la teoría de Giddens (1993), donde las estructuras sociales nos permiten interactuar, al mismo tiempo que son reproducidas por nuestras interacciones. Esta teoría afirma que los sistemas no poseen estructuras, sino Propiedades Estructurales que influyen en la práctica social o a los individuos (Peralta-Duque, 2021) y escapa de un individualismo metodológico (Giddens, 1993) a través de una intención comunicativa que constituye un elemento de la interacción, e incluso constituyen relaciones morales y de poder que permite al grupo actuar como agente funcional con características reales. Esto implica conexiones mundo-mente, mente-mente y mente-mundo, lo que hace que un agente de grupo esté constituido por individuos interdependientes e interactuantes. En palabras de Toumella (2016):

Algunos de los miembros del grupo ahora pueden tener la intención colectiva de asegurarse como grupo de que tal evento o estado de criterio se produzca. Esta acción como grupo implica necesariamente la cooperación entre los miembros, incluso si, por ejemplo, un miembro en particular será la única persona que realice la tarea. (p. 159).

List & Pettit (2011) mencionan que estos agentes funcionales de grupo supervienen holísticamente a sus miembros, lo que da a los grupos autonomía e irreductibilidad: los hechos de grupo supervinientes no se pueden reducir estrictamente por definición a hechos individuales. Por esto se podría entender a los GAMJ con un componente reflexivo que no abandona la dinámica del grupo, sin dejar de lado un componente performativo.

En un GAMJ, un miembro funciona como miembro del grupo y participa en la acción del grupo siempre que el grupo actúa. Su acción está intrínsecamente conectada a la acción del

grupo: cuando un miembro actúa como miembro en un GAM, el grupo también actúa a través de su acción. Como refiere “Cristian” al preguntar sobre qué hay en el grupo que en otro lugar no se encuentra: “Lo que está siempre ahí no es la persona, es la red. Cada uno tiene su proceso cada uno lo vive a su manera (...) pero también lo vive en la red”.

Este enfoque, que Toumella (2016) denomina *modo nosotros*, tiene la característica ontológicamente individualista que afirma que los estados y actividades del modo nosotros pertenecen en última instancia ontológicamente a los individuos, a pesar del hecho de que pueden ser dependientes del grupo, dependientes de un agente grupal ficticio. Sin embargo, estas características consideradas ficticias en el caso de agentes de grupo y el modo nosotros, son creadas por personas reales que funcionan en el mundo real. En este sentido, los grupos funcionales como sistemas sociales (estructuras interconectadas, formadas, a partir de individuos y sus interrelaciones) parecen generalmente ser ontológicamente emergentes (es decir, implican características cualitativamente nuevas en comparación con la base individualista) e irreducibles en relación con el individualista. Continúa el mismo “Cristian” en la entrevista:

Algo más de lo que hay allí (en el GAMJ) son redes. Estoy de acuerdo con que lo que sirven son las redes, pero con empatía y horizontalidad”, estas últimas características surgidas de la individualidad. A lo que Jaime complementa: “Entonces otro ingrediente fundamental que me parece que ha sido clave en que el grupo haya funcionado es que este grupo no tenga competencia, que no seamos competencia.

De esta forma podría considerarse que se trasciende desde la ontología social a la acción sobre las políticas públicas. Lo hace a través de la teoría de Habermas, para la cual, los GAMJ como organizaciones de base, mientras tratan problemas específicos de salud, podrían ser un

buen lugar para comenzar la búsqueda de estos nuevos canales de vida cívica (Chaudhary et al. 2013). Al preguntarle *¿Qué tiene el GAM que otros escenarios no tienen?*, “Diego” respondió: “Es imposible decir que alguien no tiene nada que aportar aquí. En el grupo, así no hagan nada más, los otros le ayudan a uno a ser uno mismo”.

Así estos grupos no constituyan directamente movimientos sociales, la acción grupal que puede devenir en acción política e incluso económica, propone una nueva forma de hacer las cosas, de llevar a cabo nuevos agenciamientos que de otra forma, con la enfermedad mental sin atención, no podrían generarse. Los procesos en salud son, por excelencia, procesos de participación.

No siempre está claro dónde estará el límite entre los GAM y los movimientos sociales. Los GAM se diferencian de los movimientos sociales por no tener una base política excepto en formas tangenciales, que se explican a la luz de la teoría del acontecimiento como *política menor* (Lazzarato, 2005). Hay una dosis de verdad y descubrimiento pero acompañada de una dosis de creación conjunta de mecanismos de afrontamiento. Parece que complementara “Diego”: “Además, las personas que tenemos dificultades en salud mental todos somos divergentes, pero en el grupo somos comunes, somos fuerza.”

Conclusión al Capítulo VI

El cuerpo no es estático. A diferencia de una máquina creada únicamente para ser insuflada de razón, como en Descartes (1987), es principio de movimiento y de individuación de la *Mónada espiritual*. De esta manera, la relación entre cuerpo y alma, sujeto y objetivo, no es externa como dos sustancias distintas, sino que la idea del cuerpo es una realización de la idea del alma y viceversa. Un alma no puede mantenerse en el mismo cuerpo para siempre, pero

tampoco está nunca despojado de uno. En este sentido, el desarrollo en perfección de la Mónada dominante determina el desarrollo del cuerpo que le pertenece. De alguna forma, la dominancia de cierta mónada funcionaría como la causa formal que determina el desarrollo de este cuerpo que le pertenece y su darse en el mundo teniendo en cuenta que su punto de vista particular.

Aunque las mónadas sean independientes o tengan una autosuficiencia, pues no pueden incidir entre ellas, no debe decirse que hay desconexión sustancial. Esta conexión se da, en primer lugar, por el flujo constante de percepciones de cada Mónada, que es la manera en que cada una puede tener su propio e individual punto de vista, siendo completamente distintas la una de la otra, aunque se refieran al mismo objeto o lo vean desde el mismo punto espacial. A este respecto, cabe recordar la metáfora que escribe Leibniz en *La Monadología* (1977):

Y así como una misma ciudad, contemplada desde lados diferentes, parece otra y queda como multiplicada por las perspectivas, así también sucede que, debido a la multitud infinita de sustancias simples, se dan como otros tantos universos diferentes que, sin embargo, no son sino las perspectivas de uno solo, según los diferentes puntos de vista de cada Mónada. (p. 57).

Teniendo en cuenta que para Leibniz el espacio no es vacío sino relacional, hay una conexión sustancial porque todo está lleno, aunque no de materia como sí lo sería para Descartes, por esto todo cuerpo se resiente de todo lo que sucede en el universo. Como vivo reflejo de lo que ha sucedido, sucede y sucederá, tanto en tiempo como en espacio, las mónadas están en simpatía entre ellas y con la totalidad de lo creado.

Tarde, Deleuze, Lazzarato, parten del sistema leibniziano, lo replantean y restan aspectos metafísicos para poner su teoría en la sociedad. Así, la extensión (*los posibles*) no es otra

sustancia, como lo sería en Descartes, sino que es la posibilidad misma de que las mónadas entablen una perspectiva unitaria e individual del mundo; la posición en la que está dada cada mónada al mundo no es indiferente, es parte de su constitución como mónada distinta, superando lo que el mismo Escobar ha denominado como *dualismo ontológico*. Las mónadas están abiertas, y lo están dos veces en lugar de una: del interior al exterior y del exterior al interior.

Después de ocurrido esto, el grupo se convierte en un punto de partida: siguiendo la propuesta cronológica, después de lo ocurrido en el grupo, cada persona, aparte de mejorar la salud mental en términos de aprendizaje y apoyo, ha fortalecido su capacidad de agencia, tienen elementos para la acción, y cada uno, incluso fuera del grupo, lleva un ethos grupal a su cotidianidad. Lleva al grupo en sí, como apoyo permanente, con partes de todos y todas, pero siendo único, más fuerte en su individualidad a través del grupo. En palabras de Lazzarato (2006): “La captura y el soporte recíproco convierten en colaboradoras a todas las mónadas, incluso si no todas expresan la misma potencia de creación y de agenciamiento”. (p. 120).

En este proceso los estados intencionales como las creencias y los deseos se atribuyen al grupo, entendido como un sistema social, para dar sentido a su comportamiento. Estos estados explican a grandes rasgos las relaciones e interacciones funcionales mundo a mente, mente a mundo y mente a mente, entre sus estados intencionales y el mundo externo, así como las interrelaciones entre sus estados intencionales (Toumella 2016).

Gracias a Tarde y a su lectura de Leibniz en el siglo XX, *lo posible* no es aquí una categoría abstracta que designa algo que no existe: el mundo posible existe perfectamente pero no existe fuera de lo que lo expresa. Se puede dar una cierta realidad a los posibles cuando se habla, ya que el lenguaje es la realidad de lo posible en tanto que tal, y el lenguaje, en el caso de los GAM, es un elemento que media incluso en la mayoría de los elementos esenciales.

Una característica de los GAMJ consiste en que el conocimiento generado es más experiencial de sus miembros que se comparte a través de la expresión de las historias narrativas y el proceso de aprendizaje social (Borkman, 1999; Chaudhary et al., 2013). Sin embargo, esto puede variar mucho de un grupo a otro. Su propósito y orientación abarca un rango desde aquellos grupos que parecen estar totalmente centrados en el interior, es decir, en las preocupaciones específicas de sus miembros, hasta aquellos que se enfocan hacia afuera, a través de la defensa o campañas, en los déficits dentro de la sociedad en general (Chaudhary et al., 2013; Munn-Giddings, 2003), lo que genera además acciones con fines políticos o económicos con objetivos más amplios y más orientados a la comunidad, lo que retoma un marco habermasiano como medio para explicar los GAM como categoría de movimiento social (Chaudhary et al., 2013; Scambler & Kelleher, 2006), lo que podría ser un elemento para impactar en lo definido como anomia, la cual se relaciona con un proyecto capitalista que ocasiona un rápido desarrollo económico, especialmente en forma de industrialización, lo que provoca un abismo cada vez mayor entre la economía y el Estado y la sociedad civil, y resulta en un declive de los procesos democráticos. En palabras de Lazzato (2006):

Al considerar la acción política a la luz del acontecimiento, nos confrontamos a una doble creación, a una doble individuación, a un doble devenir (la creación de un posible y su efectucción) que se enfrentan a los valores dominantes. (p. 25).

*CAPÍTULO VII**Enfoque para las políticas públicas de adentro hacia arriba: Integración metodológica*

Hay que despolarizar la dialéctica a través de la noción de multiplicidad.

G. Tarde.

*Quizá mi única noción de patria
sea esta urgencia de decir Nosotros*

Mario Benedetti

La formación de grupos para la salud mental, se ha convertido en un componente importante de los programas de salud mental operados por organizaciones no gubernamentales en países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, ha habido relativamente poca investigación sobre el tema en estos entornos (Cohen et al., 2012).

En cuanto a los componentes asociados al funcionamiento, se determinó en esta investigación que los resultados señalan una periodicidad de una a dos semanas, como lo han mostrado algunos estudios (Kelly et al., 2019; Siller et al., 2015). En cuanto al curso de vida, Cheung & Ngai, (2016) han descrito en jóvenes que la deserción de los grupos de apoyo se relaciona con cambios rápidos en la vida a través de la educación, el trabajo y la participación en el servicio, lo cual no se da de forma tan frecuente en los grupos de ayuda mutua (Carlsen, 2003), lo que se reafirma en esta muestra.

La mayoría de grupos contaron con el acompañamiento de un facilitador. En este sentido, se ha encontrado en la literatura el rol de los facilitadores en los Grupos de Ayuda Mutua, encontrando que la eficacia del grupo no solo depende de las acciones de apoyo de los miembros, sino también de que los facilitadores desempeñen un papel importante en el grupo, aportando sus conocimientos y habilidades, así como fomentando la esperanza. La interacción de apoyo, que se refiere a la comunicación de sentimientos y al intercambio de apoyo mutuo y conocimiento experiencial entre los miembros del grupo, tiende a tener una influencia positiva en la adherencia al tratamiento de los miembros (Ngai et al., 2021b).

Los componentes que reafirma este estudio, podrían coincidir con algunas pautas propuestas por Pearce et al. (2016) que menciona como componentes nucleares del apoyo a la gestión propia de los problemas y trastornos no transmisibles: lenguaje comprensible, informar

sobre recursos disponibles, entrenamiento en habilidades para la vida, entrenamiento en estrategias psicológicas, apoyo social, consejos sobre estilos de vida.

En cuanto a algunas barreras, otros estudios han señalado que, si bien los grupos ofrecen muchos beneficios potenciales, su capacidad de ejecución dependerá de las realidades locales, entre esas, el enfoque diferencial que se menciona en los resultados (Powell & Perron, 2010).

Otros estudios en contextos latinoamericanos señalan, refiriéndose a dispositivos comunitarios en Perú, que estos representan menos de la quinta parte de lo que se requiere en el país, donde la falta de presupuesto, sigue siendo un denominador común (Castillo-Martell & Cutipé-Cardenas, 2019). Situación que reafirman Cea-Madrid (2020) en Chile.

Según Díaz-castro et al. (2017), esto se podría relacionar con algunas dificultades que atañen a la gobernanza, como recursos de investigación escasos, fragmentación funcional de los sistemas de salud mental, ausencia de un sistema nacional de salud, falta de políticas que incidan directamente en la organización y en la provisión de servicios, o políticas que se gestionan equivocadamente. Lo anterior, se asocia de forma directa con la creación y el sostenimiento de las estrategias comunitarias en salud mental.

De acuerdo con lo anterior, Cea-Madrid (2020) señala que la vigencia del modelo asilar, el predominio biomédico y la excesiva medicalización de la salud mental sustentan una inequidad en la valoración de las prestaciones, así como una desigual distribución de los recursos públicos, siendo necesario reorientar el gasto estatal hacia servicios comunitarios que garanticen derechos de ciudadanía y la promoción del bienestar.

A nivel de Colombia, los referentes de salud mental que participaron del siguiente estudio, sólo reportaron grupos en el departamento de Atlántico (ALANON, Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos), Boyacá (Conéctate, para trastornos psicóticos),

Buenaventura (Manantial de Vida y Gesencro), Caldas (Aranzazu y Red Expressarte), Cartagena (CEMIC), Meta (no especifica cuáles), Huila (Fundación Voces para Diabetes, Risaralda (proyectos de innovación social con agricultura en Marsella y en Santa Rosa). Desde el instrumento difundido a los líderes de los GAMJ, se encontró que estos se encuentran en Armenia, Cali (no diligenció el instrumento de referentes de salud mental), Cartagena, Bogotá, Aranzazu (Caldas), Aguadas (Caldas), Atlántico y Bolívar. Entre las temáticas reportadas por estos últimos, se enuncian ansiedad, depresión, psicosis, conducta suicida, violencia interpersonal y consumo de sustancias psicoactivas. Se encontró además una correlación significativa entre los componentes nucleares y el clima de implementación, desde la percepción de los referentes de salud mental y los líderes de los GAMJ, como se muestra en la tabla 15.

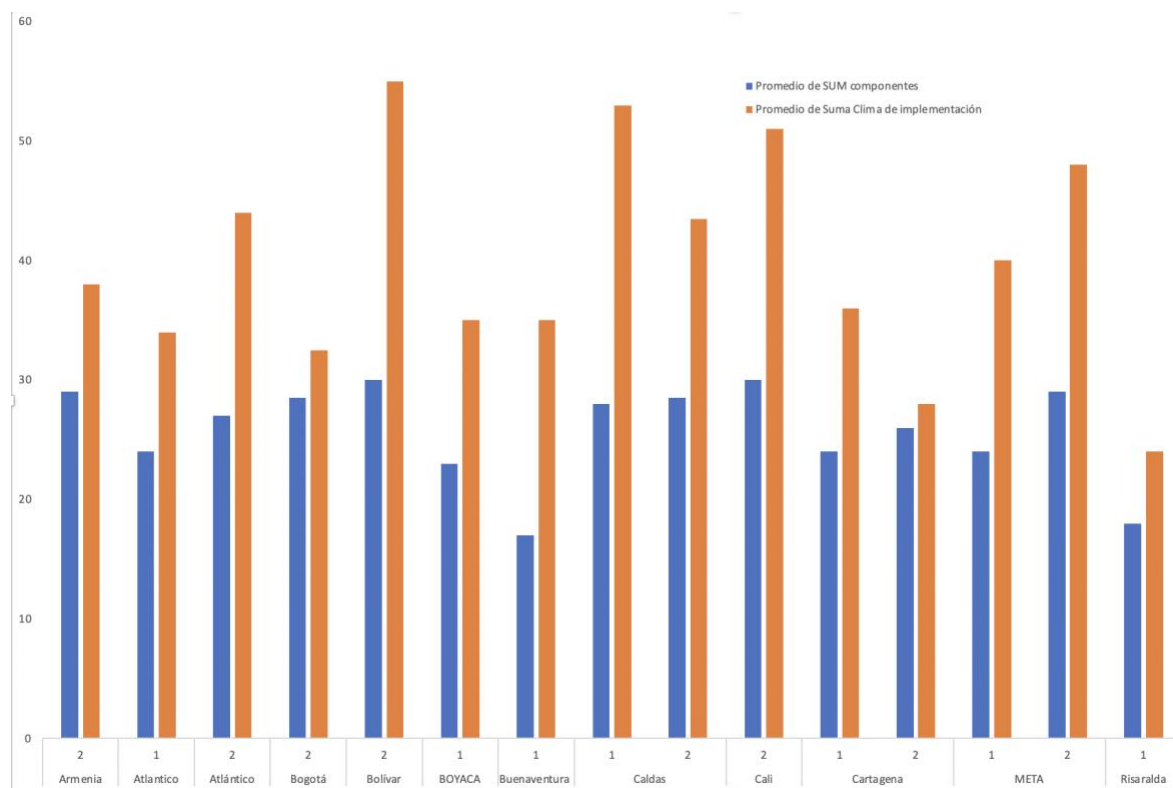
Tabla 15. *Correlaciones entre clima de implementación y aplicación de los componentes nucleares de los GAMJ reportados en Colombia*

Componentes Nucleares	Clima de implementación
Correlación de Pearson	.607**
Sig. (bilateral)	.008
N	18

** La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral). Elaboración propia.

Tanto a los referentes de salud mental como a los líderes de los GAMJ, se les indagó por la presencia de los componentes nucleares que se reportaron en la revisión de la literatura y por el clima de implementación, lo que se muestra en la figura 20. En los análisis estadísticos llama la atención un hallazgo que podría reforzar el planteamiento de algunos autores (Baldacchino & Rassool, 2006; Steinke, 2000) que los GAM funcionan mejor cuando están desligados del sistema de salud.

Figura 20. *Clima de implementación y aplicación de componentes nucleares en los GAMJ, según referentes de salud mental y líderes de los grupos.*



Nota. 1. Respuesta dada por el referente. 2. Respuesta dada por el líder del grupo. Clima de implementación y aplicación de componentes nucleares en los GAMJ según referentes de salud mental y líderes de los grupos. Elaboración propia.

Aunque se insiste en que los datos no son numerosos para darle peso a una correlación, se encontró en los análisis basados en las respuestas de los referentes de salud mental del país que contar con la adopción (por acto administrativo, lo que no implica la implementación) de la Política Pública de Salud Mental se correlaciona de manera negativa con el uso de los GAM, con una correlación positiva entre el hospital día de niños niñas y adolescentes y la atención domiciliaria (ver tabla 23), sin encontrar asociación entre la implementación de los GAM y los otros servicios de salud mental propuestos por la Ley de Salud Mental (Congreso de la República, 2013), especialmente los que tienen que ver con internación psiquiátrica.

Tabla 16. *Correlación entre el funcionamiento de los GAM y otros servicios de salud mental de la Ley 1616 de 2013, según los referentes de salud mental.*

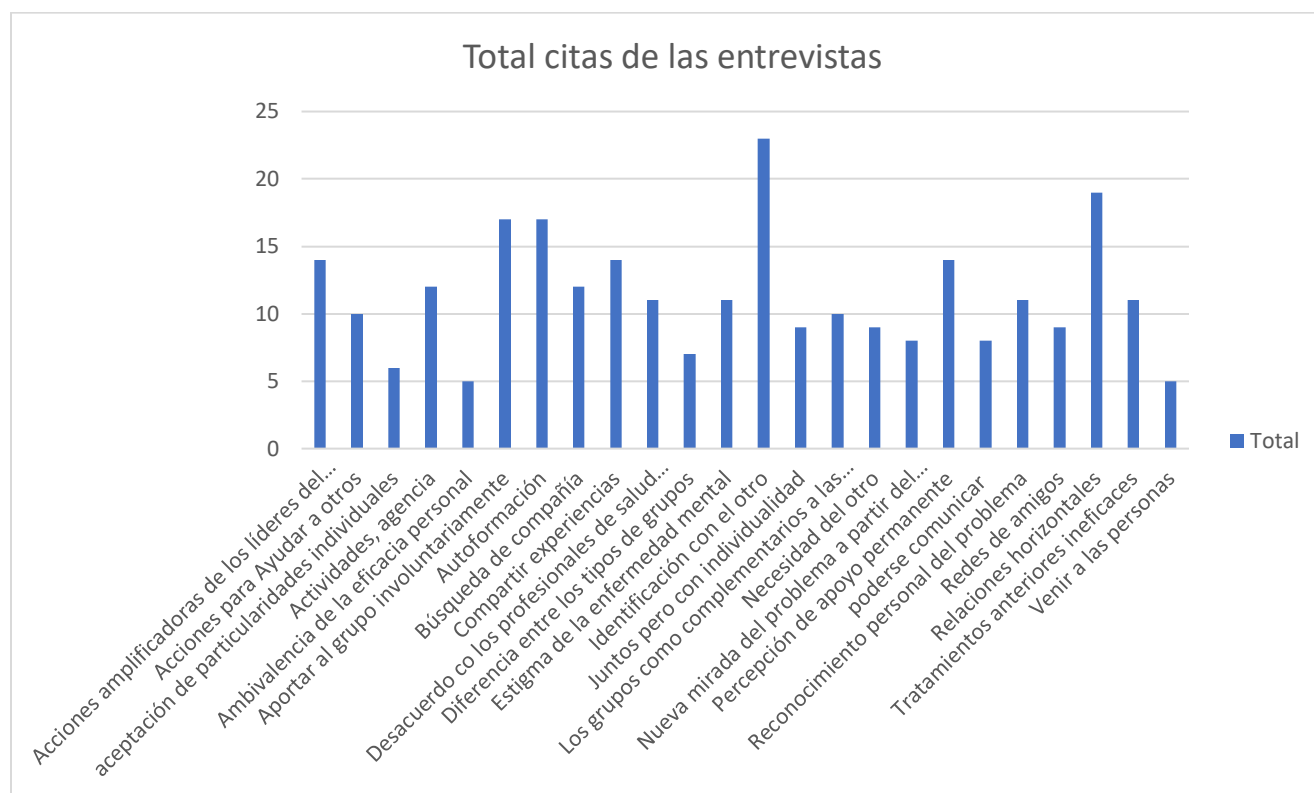
Servicio de salud mental	Grupos de ayuda mutua
Servicios Ambulatorios	.232
Sig. (bilateral)	.209
Atención domiciliaria	.433*
Sig. (bilateral)	.015
Atención Prehospitalaria	-.068
Sig. (bilateral)	.718
Centro de Atención a la Drogradicción	.162
Sig. (bilateral)	.385
Hospital día adultos	.2
Sig. (bilateral)	.281
Hospital día Niños, niñas y adolescentes	.385*
Sig. (bilateral)	.032
Grupos de apoyo	.069
Sig. (bilateral)	.712
Unidades de salud mental	.11
Sig. (bilateral)	.555
Urgencias en salud mental	.218
Sig. (bilateral)	.248
Telepsiquiatría	.119
Sig. (bilateral)	.523
Adopción de la Política de salud mental	-.392*
Sig. (bilateral)	.029

Nota. ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). N=31. Elaboración propia.

Lo anterior, aparte de indicar que los GAM podrían funcionar de forma opuesta o paralela (esta última validada por las entrevistas de los participantes del GAMJ), indica que funcionan mejor y que podrían apuntalar servicios comunitarios y ambulatorios, como el hospital día y la consulta domiciliaria. Por otra parte, en los análisis derivados de las entrevistas se puede apreciar que las categorías que más tuvieron citas de los participantes fueron *identificación con el otro, autoformación, aportar al grupo involuntariamente, acciones amplificadoras de los*

líderes del grupo y relaciones horizontales (Ver figura 21). Lo anterior, coincide con los componentes nucleares encontrados en la literatura.

Figura 21. *Número de citas por categoría en el análisis cualitativo*



Nota. Número de citas por categoría en el análisis cualitativo. Elaboración propia.

Al indagar las categorías (*Mejoría en la calidad de vida, Aprendizaje en Salud mental, Funcionamiento Social, Habilidades para la vida y Esperanza*) en los líderes de los grupos en Colombia, se encontró una correlación entre la *Gestión emocional* y el *Aprendizaje*, al igual que *Resolución de conflictos* se asoció con un mejor *Funcionamiento social*. El componente *Confianza* fue el que se correlacionó con más beneficios, entre esos la Calidad de vida, Funcionamiento social, Habilidades para la vida y Aumento de esperanza. Esto coincide con los componentes categorizados y enunciados por los participantes de los grupos en las entrevistas, donde la identificación con el otro, la autoformación y las relaciones horizontales, fueron citas

recurrentes al indagar por los beneficios o resultados de los GAM. De igual forma, la confianza se asoció con beneficios como Aumento en la calidad de vida, Aprendizaje para la salud mental, Funcionamiento social, Habilidades para la vida.

La indagación ontológica que se permitió en las entrevistas a los miembros del grupo y en el instrumento aplicado a los líderes de los grupos a nivel nacional, validó lo encontrado en la literatura: la confianza o la horizontalidad son elementos claves de la constitución y el funcionamiento de los GAM.

En cuanto a la categoría construida en el análisis cualitativo *acciones amplificadoras de los líderes del grupo*, se reafirma, a nivel nacional por las características de implementación de los grupos indagados en los líderes de estos y en los referentes nacionales. En este punto, la agencia, aspecto clave de la rehabilitación basada en la comunidad, requiere de la participación de otros sectores para la recuperación de la salud mental. De igual forma, para que se dé el componente *horizontalidad - confianza*, acompañada o respaldada por otras acciones de otros profesionales del sector salud.

En la relación de las barreras que perciben los participantes del grupo, evidenciados en citas frecuentes de categorías como *tratamientos anteriores ineficaces, estigma de la enfermedad mental y los grupos como complementarios al sistema de salud*, se encuentra que coinciden con las señaladas por los referentes distritales y departamentales de salud mental de Colombia, especialmente en algunas como *falta de seguimiento y subregistro de personas con problemas y trastornos mentales, falta de articulación de las instituciones que prestan servicios de salud, falta de continuidad de los servicios, limitación en la accesibilidad al servicio en salud mental, deficiencia en la oportunidad de atención en salud mental, deficiencia en redes de apoyo familiar y comunitarias y carencia de programas para la inclusión social*. Lo que también coincide con

algunas barreras señaladas por los líderes de los grupos a nivel nacional: falta de acompañamiento de otros sectores, pocos recursos para la continuidad del tratamiento y dificultades administrativas del sector salud, lo que se reafirma con el 63,4% de los grupos sin relación con sectores gubernamentales.

Los estudios que investigan los efectos positivos de los servicios entre pares han demostrado una mejora en el empoderamiento, la esperanza, la calidad de vida, la autoestima, la inclusión social y el compromiso con el cuidado de los usuarios del servicio (Repper & Carter, 2011).

Algunos estudios previos como el de Rettie et al. (2021) buscó determinar los componentes en grupos de apoyo liderados por pares, los cuales tienen mucha similitud con los GAM, y evidenciaron los siguientes componentes en relación a la mejoría del consumo problemático de sustancias: Vinculación de apoyo, Dirección del objetivo, Estructura a seguir, Estilo de vida sobrio, Expectativas de consecuencias positivas y negativas, Participación en actividades de protección, Recompensas efectivas, Identificación de situaciones de alto riesgo, Construcción de confianza en sí mismo, Desarrollo de habilidades de afrontamiento, Presencia de personas con ideas afines, Desarrollo de habilidades de autoconciencia y reflexión. El componente considerado más importante fue la capacidad del grupo para mejorar la confianza en sí mismo y el componente menos importante fue la provisión de recompensas del grupo, lo cual, de alguna forma, coincide con lo encontrado en el caso colombiano.

Con respecto a la eficacia, para Ngai et al (2021a), esta no solo depende de las acciones de apoyo de los miembros, sino también del activo que desempeñan los facilitadores, con sus conocimientos y habilidades. La presencia de facilitadores externos también se ha analizado a través de la racionalidad comunicativa en la esfera pública, lo que se ha considerado, en el caso

de Chaudhary et al. (2013), como fundamental para mantener la independencia de estructuras poderosas como el estado ya que sin esta separación, las asociaciones no tratarían de desarrollarse según su propia lógica o por crear su propia definición de necesidades (Habermas, 1989), lo que implicaría para los GAM la pérdida de su papel como lugares en los que las personas reconceptualizan los problemas sanitarios y sociales con su experiencia directa (Munn-Giddings, 2003; Chaudhary et al., 2013).

Los GAM han sido especificados como espacios donde la incomodidad que puede generar la supervisión está ausente (Akin Taiwo et al., 2021). Seebohm et al. (2013), plantean que muchos grupos buscaron aumentar la conciencia y reducir el estigma a medida que los miembros llevaron lo que aprendieron en los grupos a sus familiares y amigos u organizaron exhibiciones públicas en eventos, bibliotecas, supermercados y otros lugares que atrajeron un interés considerable, lo que además mejoró la capacidad para funcionar socialmente en términos de aprendizaje y desarrollo.

Sin embargo, la investigación ha resaltado la importancia de la multisectorialidad, por ejemplo, para las actividades de generación de ingresos, que permiten que los grupos se fortalezcan. Brindar oportunidades de aprendizaje para el manejo de bienes y dinero como precursor de los proyectos de generación de ingresos, fue un componente crítico del desarrollo de capacidades (Gona et al., 2020). De igual forma, para Yip (2002) es esencial en los GAM llevar procesos relacionados con las pautas para conseguir un empleo adecuado.

La teoría del empoderamiento, tal como la definen Kieffer (1984) y Zimmerman & Rappaport (1988), explicaría esto como el aumento del control y la conciencia del contexto sociopolítico en el que funcionaban los grupos (Gona, et al. 2020). Frente al componente de identidad, Markowitz (2015) menciona que cuando personas con enfermedades mentales se

integran en grupos significativos y se involucran en actividades productivas, su sentido de identidad aumenta, los GAM asumen que hay suficiente conocimiento y fuerza dentro del grupo para administrar sus programas, en lugar de buscar soluciones en otros lugares (Carlén et al., 2021; Southall et al., 2019; Southall et al., 2019) por lo que también puede aumentar la confianza en uno mismo (Carlén et al., 2021).

Otros autores (Ngui et al., 2010; James et al., 2020) han mencionado que a medida que los miembros de los grupos de ayuda mutua se unen para comprender las necesidades y preocupaciones de los demás, pueden desarrollar un sentido de empoderamiento y autoeficacia. Estas interacciones regulares cara a cara entre los miembros se han determinado como fuentes para el desarrollo de normas, confianza y relaciones recíprocas que apoyan el capital social (Putnam & Nanetti, 1993), y que hacen del empoderamiento un factor mediador importante para el cambio de comportamiento (Gugerty et al., 2019; Katz, 1970; Stewart, 1990).

Asimismo, en los GAM los problemas médicos son tanto individuales como compartidos por todos, y eso también ayuda a reducir el estigma, lo que Magura et al. (2007), especifican como un componente espiritual, que se refiere al poder potencialmente curativo inherente a las relaciones interpersonales basadas en la reciprocidad y la igualdad. En el análisis realizado por Markowitz (2015) se señala que los GAM reducen el estigma al demostrar que las personas con problemas mentales pueden manejar sus propias vidas y programas. Lo que coincide con Stewart (1990) y Katz (1970). En Yip (2002), dentro de las estrategias de apoyo dado por otros miembros fueron fundamentales aquellas que permitían compartir pautas para la gestión de la enfermedad (por ejemplo, toma de medicamentos). Es así como la interacción de apoyo, mediante la comunicación de sentimientos y el conocimiento experiencial entre los miembros del grupo, tiende a tener una influencia positiva en la adherencia al tratamiento de los miembros, mediante

la adquisición de conocimientos y habilidades útiles para hacer frente a las condiciones crónicas, especialmente en jóvenes (Ngai et al., 2021a; Magura et al., 2007).

En términos de bienestar, Seebohm et al. (2013), encontraron que la mayoría de los grupos promovieron un estilo de vida saludable, el ejercicio y la dieta dentro o fuera de sus reuniones, incluido el acceso a terapias complementarias, grupos de caminata y educación sexual, lo que generó una percepción de los GAM como lugares seguros donde los miembros se sentían cuidados. Moos (2008) considera la participación en actividades satisfactorias y gratificantes, como actividades que presentes en este componente nuclear, de igual forma, Corrigan (2005) conceptúa que la participación en GAM puede tener algunos beneficios directos e indirectos sobre la calidad de vida y la reducción de los síntomas, a través de estrategias para fortalecer el autoconcepto y para mejorar las redes sociales que brindan apoyo social, además del cambio de rol, de alguien que recibe ayuda, a alguien que la da en un espacio para compartir y cuidar de sí mismo y de los otros (Markowitz, 2015; Repper y Carter, 2011; Weaver & Salem, 2005). Otros miembros de GAM especificaron como componentes nucleares de su grupo, la alegría en compartir, fe, coraje y curiosidad (Magura et al., 2007).

Como lo resalta este estudio, la confianza y la cohesión es claramente integral para la supervivencia de un grupo (Cheung & Ngai, 2016). Para Yip (2002) aquellos elementos que conformaban la cohesión de grupo fueron compartir datos, fortalecer espacios dialécticos, entrar en áreas tabú, lo que los autores denominaron como un sentimiento de estar “todos en el mismo barco”. Dentro de esta cohesión, se mencionó como fundamental generar condiciones en los grupos para mostrar “una identidad auténtica”, considerando la honestidad como componente nuclear del correcto funcionamiento de un GAM (Chambers et al. 2017), y la promoción de mecanismos de comunicación como estrategia de funcionamiento de los grupos (Moos, 2008).

Lo anterior, fue reforzado por el concepto de sentido de comunidad, conocimiento y respeto del otro, como paso para conocimiento propio, lo que fue dado mediante estrategias de aprendizaje recíproco, que dieron como resultados, aparte de aumentar ese sentido de pertenencia, una disminución de las hospitalizaciones y una facilidad de acceso a los servicios de salud (Matusow et al., 2013).

Se tiene entonces que la provisión de apoyo emocional juega un papel mediador entre la interacción grupal y las variables de bienestar psicológico; además la recepción y provisión de apoyo emocional mediaron secuencialmente las relaciones entre la interacción grupal con el propósito en la vida, la satisfacción con la vida y el crecimiento personal, que hacen parte, a su vez, de otros componentes (Ngai et al., 2021a). En Yip (2002), dentro de las estrategias de apoyo dado por otros miembros fueron fundamentales aquellas que permitían compartir pautas para la gestión de la enfermedad (por ejemplo, toma de medicamentos). Martin et al. (2009), mencionó como resultado el propio control de los síntomas, especialmente en enfermedades crónicas, en lo cual mediaron procesos de autoconocimiento de la propia enfermedad y del propio cuerpo. Para lo anterior, se enfatizaron componentes nucleares como comprensión, apoyo, confianza, veracidad; tiempo adecuado y la atención oportuna en la práctica general; relación con el médico de cabecera y continuidad personal de la atención a lo largo del tiempo; competencia clínica, conocimiento de la enfermedad y conocimiento de medicamentos . En este sentido, se ha descrito que los GAM son lugar ideal para acumular conocimientos sobre la accesibilidad a los recursos locales y para expresar opiniones sobre experiencias con profesionales de la salud (Carlén et al., 2021; Southall et al., 2019). En el estudio realizado por Giarelli & Spina (2014), esto fue descrito como formas de aportar herramientas para la vida práctica, más allá de recomendaciones médicas que no necesariamente podrán ser aplicadas.

Las habilidades de afrontamiento, se han definido como la percepción de la propia capacidad para manejar demandas ambientales estresantes o amenazantes (Benight et al., 1999), y ha resultado como estrategia de los GAM para una variedad de problemas de salud física y mental, incluidos el estrés, la ansiedad y la depresión (Haslam et al., 2014; O'Dwyer et al., 2021). Para Moos (2008), el refuerzo de la autoeficacia y las habilidades de afrontamiento de los miembros, fue considerado como un ingrediente activo fundamental de los mecanismos de mejoría en los GAM, en los cuales, el intercambio de información y experiencias personales en la reunión del grupo, la presencia de modelos a seguir y la orientación individual brindada por los miembros fuera de las reuniones, constituyen aprendizaje a través de experiencias vicarias y habilidades de comunicación, que además se reporta como mediador del impacto en el aumento de calidad de vida dado por los GAM (Magura et al., 2007).

Las habilidades de *afrontamiento* mostraron un efecto negativo sobre el resultado *Calidad de vida*, lo que puede verse explicado por entender este componente como una técnica y no mediarlo con intercambio de información o experiencias personales, tal como lo propone Moos (2008). Esto puede darse porque aquellos grupos que promueven la medicalización, al posicionar al individuo como un objeto pasivo a ser tratado, y al ubicar los problemas de causas diversas íntegramente dentro del cuerpo individual, pueden aumentar la dependencia de la experiencia y los servicios profesionales y disminuir el papel del libre albedrío y del ser humano. Estas tensiones pueden surgir por la naturaleza ambigua de los objetivos de algunos grupos, por ejemplo, el deseo simultáneo de mantener la independencia, pero también de lograr la legitimidad que resultaría en un mayor número de referencias de las agencias públicas (Chaudhary et al., 2013).

Asimismo, una de las razones por las que los GAM son efectivos se debe al énfasis en la creencia de que los pares se consideran iguales, desafiando el modelo tradicional de servicio de atención médica, diferenciando entre el experto (p. ej., proveedor) y la persona (Dennis, 2003; Repper & Carter 2011).

En otra revisión de literatura sobre grupos de apoyo liderados por pares, que incluyeron estudios previos a la fecha de revisión de este estudio (desde 1995 a 2004), Repper & Carter (2011) describieron con siete ensayos controlados aleatorios algunas intervenciones efectivas en estos grupos, entre esas, compañeros empleados en funciones tradicionales de gestión de casos, pares empleados como miembros adicionales del equipo y pares involucrados en los servicios, aunque destacan que estos hallazgos fueron inconsistentes y utilizan medidas de resultado variadas (Repper & Carter, 2011).

De igual manera, Lloyd-Evans et al (2014) analizaron los programas de apoyo mutuo en población con enfermedad mental severa, encontrando un efecto positivo para el empoderamiento pero no para la esperanza o la recuperación, mientras que, en los análisis de los ensayos de los servicios de apoyo entre pares (apoyo es principalmente unidireccional), encontraron efectos positivos para la recuperación y la esperanza, pero no para el empoderamiento.

Los beneficios señalados por las personas de los grupos coinciden con planteamientos de estrategias comunitarias globales (Cohen et al., 2012). Las recuperaciones a largo plazo solo se pueden lograr si los programas abordan los múltiples desafíos (por ejemplo, clínicos, sociales y económicos) a los que se enfrentan las personas con trastornos mentales y epilepsia (BasicNeeds, 2022). Un ejemplo de lo anterior, proviene del trabajo de Chatterjee et al. (2003) en las zonas rurales de la India, en donde además las políticas públicas han respaldado el desarrollo de estos

procesos (Cohen et al., 2012). En este sentido, durante un seguimiento de cuatro años de una cohorte de personas con trastornos mentales graves, la participación en los GAM fue un predictor independiente de la mejora del funcionamiento social, por ejemplo, votar, asistir a festivales y trabajar (Chatterjee et al., 2003). En este mismo país, incluso se han tomado los GAM para aumentar el papel de las mujeres en la toma de decisiones puede reducir la brecha salarial, mejorar indicadores de salud infantil y femenina, además de fortalecer el papel de la mujer en la toma de decisiones sobre el campo y las comunidades (Raghunathan et al., 2019), lo que escapa a variables específicamente clínicas, como lo señalan las personas de la presente investigación.

Conclusión al Capítulo VII

A lo largo de este capítulo se ha buscado analizar las narrativas de algunos jóvenes que asisten a GAMJ. Se planteó al inicio un marco desde el Acontecimiento y la Ontología Social, sin embargo, en el proceso, surgieron otras categorías necesarias de abordar, pues se relacionan con los GAM de un modo estrecho.

Estas categorías y la forma en la que fueron surgiendo proponen una línea de tiempo donde el GAMJ es el punto intermedio y definitivo, punto de llegada de la enfermedad y la desesperanza, y de partida hacia la recuperación.

Al principio del camino se encuentran tratamientos ineficaces e inconformidad con el personal de salud, que aumentan los síntomas, aumenta el sufrimiento y emite un mensaje que disminuye la esperanza al transmitir que la posible solución a un dolor en el alma, no se vincula

bien, no escucha, no busca en cada persona qué elementos pueda tener para hacerle frente a sus dificultades.

Las personas identifican problemáticas y confluyen en las barreras que existen en este nivel para un adecuado acompañamiento. A esta barrera se le suman algunos elementos relacionados con el estigma y el autoestigma, también percibidos por los participantes como importantes barreras, en tanto que son agravantes de los síntomas, de la disfunción a la que estos podrían llevar y obstaculizan el acceso a condiciones de vida dignas, a través del trabajo, de espacios de recreación, etc.

El GAMJ que han descrito funciona en cada persona, inicialmente, fuera del sistema de salud, incluso muchos relatos lo hacen ver como si funcionara *a pesar del sistema de salud o por los fallos* del sistema tradicional de salud, así después logre una articulación en algunos.

Pese a estar recomendadas en los elementos legislativos, científicos y técnicos, las intervenciones comunitarias para la salud mental, al igual que otro tipo de intervenciones, han tenido dificultades para su implementación. Algo que también se señala en las entrevistas es que, dadas estas condiciones, los GAM pueden dialogar con el sistema de salud al cual fortalecen con la sensibilidad requerida para abordar la salud mental y con elementos de recuperación basados en evidencia científica.

Esto propone al GAM como facilitador entre lo que se reconoce que debe hacerse, lo que se hace en realidad y lo que causa cambios en la persona. Los GAMJ podrían ser elementos claves en la implementación de los planes, estrategias o políticas de salud mental. Por esto el

sistema de salud tradicional, al buscar integrarlos, debe considerar que podrían funcionar *en contra, a pesar de o por sus fallos*, y aun así, ser de utilidad para las personas.

Estas razones también resultan cómo fundamentales para unirse a un GAMJ. Al grupo, como se relata en las entrevistas, se llega cansado, con decepción, en ocasiones con desespero. Estas emociones resultan a lo largo de los relatos como elementos comunes en el proceso de formación y consolidación de estos grupos.

Una vez las personas están allí, con sus individualidades y con sus síntomas, se muestran envueltos por el Ethos del grupo, un espíritu que explican como conformado por los componentes nucleares del GAMJ, así pareciera que antes hubieran estado allí. A esa dinámica se adhieren, naturalmente, se identifican con elementos propios que ven en otros, con elementos diversos que buscan aprender, con un clima afectivo que los envuelve y lentamente les va disminuyendo las emociones que, de alguna forma, incitaron la búsqueda de otro espacio (en términos de Habermas) o de otra opción de tratamiento.

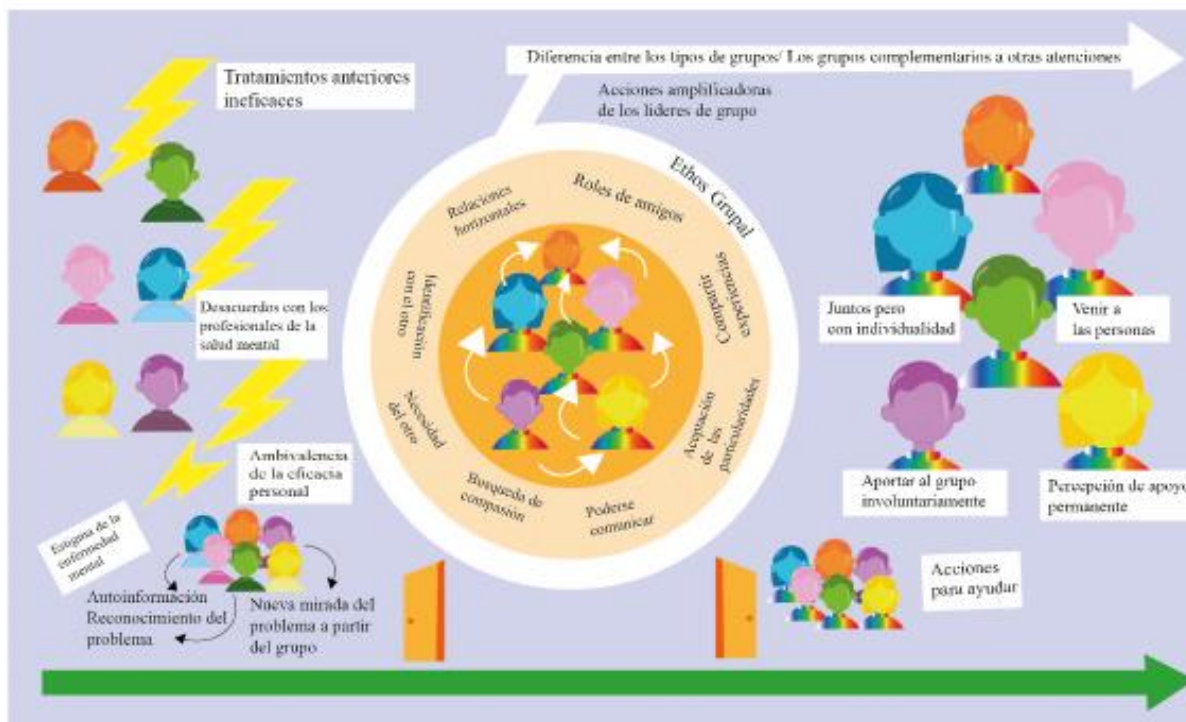
Estos componentes y el ethos del grupo facilitan el Acontecimiento. Todos viven el agenciamiento de los posibles. Todos son visitados por los demás, mientras que quien es visitado, visita a los otros, participa de ellos; todas estas excursiones conscientes o inconscientes (no involuntarias, pues el ethos que se acepta en el grupo hace que, incluso aquello dado que no es reconocido por quien lo da, resulte dado a voluntad), no restan nada, pues cada que un miembro viaja al otro, llega fortalecido, con una parte de su identidad, expresada en sensaciones, emociones, historias, técnicas para resolver un problema, o un simplemente un consejo.

Se ha encontrado una alta congruencia entre los componentes descritos en el segundo objetivo de este trabajo, con lo que han mencionado los líderes de los grupos, los referentes de salud mental en cada región y, finalmente, en los participantes del grupo entrevistado, quienes, además, los han descrito mejor, los han magnificado.

En la figura 22 se pretende ilustrar el proceso de análisis del tránsito que pueden tener los jóvenes en un proceso de recuperación donde se cuenta con los GAM. Se aprecia que, al llegar, hay motivos en común relacionados con el estigma, la inconformidad con un tratamiento, entre otras barreras.

Al entrar al grupo, el ethos, los componentes nucleares, contribuyen al proceso de recuperación. Al final se ha dado el acontecimiento: cada individuo sigue siendo él pero ahora con los colores y la agencia de todo el grupo y de cada miembros del grupo.

Figura 22. *GAMJ como punto de llegada y de partida*



Nota: Elaboración propia. GAMJ como punto de llegada y de partida.

Es así como en el GAMJ al que pertenecen “Mariana”, “Heidy”, “Alejandra”, “Jaime”, “Cristian” y “Diego”, ha ocurrido el Acontecimiento, el agenciamiento de los posibles, se han encontrado las mónadas, elementos reales por surgir de cada mente un poco más recuperada, y se han materializado en proyectos que sirven, más que para reducir los síntomas, para reducir el sufrimiento social, fortalecer la ciudadanía y para mejorar las condiciones de vida.

La subjetivación, como la ola, es una cuestión de ritmo, de velocidades, de contracción y dilatación de la circulación en un medio que no es estático, sino que es en sí un movimiento molecular, browniano. Las fuerzas psicológicas se oponen y se adaptan al interior de un cuerpo social desterritorializado: el cerebro colectivo (Lazzarato, 2018).

CONCLUSIONES

EL GAMJ como solución ética a un problema público

One world was not enough for two

Like me and you.

Oscar Wilde

Entre las décadas del 50 y 70 se inicia lo conocido como el “estado de bienestar” para Latinoamérica, con importantes limitaciones, especialmente evidenciadas en la década de 1980, donde los gobiernos que este enfoque, caracterizado especialmente por ayuda internacional, no aportaba de forma significativa a lo que se había propuesto como bienestar. Estas reflexiones sirvieron para que, desde la década de los 90 se implementaran nuevos modelos de políticas públicas pensadas en jóvenes, sea a través del uso del tiempo libre, de la preparación para la vida adulta, para la empleabilidad o, posteriormente, con la conformación de los Consejos de Juventud o Parlamentos Jóvenes. Al respecto, refiere Rodríguez (2018):

Las juventudes se encuentran implicadas en disputas muy diversas, discriminadas y estigmatizadas por los discursos dominantes, sin que sus principales problemas sean encarados seriamente y sin que sus reclamos de participación encuentren -salvo excepciones- el eco correspondiente. (p.41).

La salud mental no se aparta de este panorama, incluso se ensombrece en países como Colombia, donde establece una asociación fuerte con adversidades históricas, desastres, violencia y una historia de inequidad sostenida (Ngai et al., 2021a; República de Colombia, 2015), que se agrava con una visión moralizante de la salud mental y de la juventud (Hernández Holguín et al., 2018).

Como respuesta a la situación anterior, surgen como respuesta las políticas públicas definidas por Roth (2002) como un:

conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento

de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática. (p.14).

Para el caso específico, la Resolución 4886 de 2018, Política Nacional de Salud Mental, surge con enfoque de derechos humanos, de atención primaria en salud, de género, de determinantes sociales y de curso de vida, donde la niñez y la juventud se posicionan, desde el análisis situacional de esta política como grupos de edad con necesidades psicosociales especiales. Además de los enfoques, plantean ejes de acción, donde la inclusión social y la rehabilitación basada en comunidad (eje cuatro), se establecen como unos de los elementos principales para la ejecución, específicamente a través de grupo de apoyo y grupos de ayuda mutua.

Sin embargo, como se confirma la hipótesis de la presente investigación, estas estrategias tienen importantes problemas de implementación. Estos consisten en las dificultades que pudo haber traído un enfoque de riesgo en el abordaje de la salud mental, que no consideró a tiempo llamados hacia la atención primaria en salud, como la Declaración de Caracas (1990). También se asocian con la poca consideración de las condiciones de vida en la construcción de la salud mental y su recuperación, y la ausencia de los jóvenes con problemas o trastornos mentales en sus propios procesos de recuperación. De igual forma, se señala la inequidad a nivel nacional en la prestación de los servicios de salud mental establecidos en la Ley 1616 de 2013, donde sólo dos departamentos o distritos tienen implementados la totalidad de estos servicios, y donde la mayoría implementa servicios de hospitalización, cuando el llamado en la política global consiste en reducir las camas hospitalarias y aumentar las estrategias comunitarias, como los grupos de ayuda mutua.

En este punto, Rojas-Andrade & Leiva (2018) proponen considerar los contextos y su clima de implementación, y, con ellos, comprender la influencia de las distintas variables contextuales sobre los resultados de la implementación, los cuales son un co-producto de los factores contextuales y los efectos de la intervención (Walshe, 2007). En todos los problemas y procesos políticos están implicadas más de una categoría diferente, por lo que se debe prestar atención a todas las categorías pertinentes. Sobre todo a las relaciones entre categorías, que son variables y continúan siendo una pregunta empírica, y aún más si se considera que cada categoría es diversa internamente, es producida por diversos factores institucionales e individuales profundos.

A nivel de Colombia, la presente investigación muestra importantes dificultades de implementación. Sin embargo, a pesar de esas expresiones adversas, los movimientos grupales insisten en florecer, incluso en lugares apartados del país han tenido por lo menos la iniciativa crearse (El Tambo- Cauca, Carmen de Bolívar, Aranzazu-Caldas).

Una de las premisas que surge de los análisis de la presente investigación consiste en que, en parte, los problemas de implementación de este componente de la política pública en salud mental se dan por considerar que las personas que serán beneficiadas por estas herramientas son cuerpos-máquinas que las recibirán como otros, de otros contextos, con otras condiciones de vida, las recibieron, y para los cuales fueron tan efectivas, que incluso permitió generalizarse y recomendarse.

Con relación a lo anterior, algunos autores que se refieren a las políticas de salud mental, han concluido que en Colombia no existe “la dirección del sistema de salud mental, sino un cúmulo de directrices, evidentes, implícitas y contradictorias que hacen presencia de diferentes formas” (Hernández Holguín et al., 2018, p.15). Para dichos problemas de implementación se

propuso un abordaje en doble sentido: desde arriba hacia abajo, o desde lo global a lo local, para acudir a los términos de De Santos Souza, donde las estrategias comunitarias para la salud mental deben explorarse desde sus componentes nucleares, sus barreras, sus facilitadores y los beneficios esperados, aspectos señalados en la presente investigación. Sin embargo, también deben plantearse comprensiones y soluciones desde abajo hacia arriba, o desde lo local a lo global, lo que implica, aparte de ahondar en la visión de los jóvenes, generar espacios de diálogos epistemológicos entre lo que determina la evidencia científica y lo que viven las personas en sus entornos y bajo sus condiciones de vida.

Como puesta en escena del anterior marco conceptual, se ha descrito en las entrevistas de este trabajo confianza, horizontalidad, redes de apoyo, etc., elementos que ayudan a disminuir la vergüenza, miedo y hasta la angustia que producen las enfermedades mentales. Al tener esta disminución de la angustia las personas pueden escucharse mutuamente y aprender uno de otros. Se crea retroalimentación de una persona otra. Se va creando una comunicación sincera, se deja de ocultar lo que se ha ocultado de los demás por mucho tiempo, sentimientos genuinos, que causan dolor o vergüenza. Hasta este momento esa clase de sentimientos eran inaceptables, pero ante la sorpresa de la confianza se les acepta mucho más mientras más real se muestra la persona. Así se conoce de forma más profunda a los otros y asimismo, personas que se habían estado ocultando detrás de su velo. Esto sirve, como escribe Rogers (1973) para relacionarse mejor con los demás y, más tarde, también en la vida diaria. Cada persona llega a ver cómo aparece ante los demás, y qué huella deja en las relaciones personales.

De esa libertad mutua para expresar los sentimientos reales, positivos y negativos, nació el clima de confianza recíproca. Cada miembro se orienta hacia una mayor aceptación de la

totalidad de su ser (emocional, intelectual y físico) tal cual es, incluidas sus potencialidades. Así como se acepta la totalidad del ser del otro y sus mismas potencialidades.

Un dispositivo, estrategia o plan con estas características, ante una situación problemática en la salud mental juvenil de las últimas décadas, pero agudizada por las distintas fases de la pandemia, debe ser implementado.

Otra forma de plantear dichas categorías consiste en relaciones verticales y horizontales y el aporte de las distintas fases de la investigación a la salud mental. En el primer sentido, donde se reconoce un componente institucional que plantea estrategias que afectan a diversos actores y subsistemas, como los diferentes niveles del sistema de salud. En una lógica horizontal, se nos plantea la posibilidad de interdependencias funcionales, donde las personas y las diferentes partes del sistema de salud tienen interacción, desde la interpretación de la información hasta las propuestas de nuevas formas de acción (Real Dato, 2017). Ambos sentidos, como se proponen en la presente investigación, pueden hacer parte de un diseño de política pública de salud mental más dinámico, donde coexista la evidencia científica de la política global con la acción social.

Específicamente esta investigación encontró que los componentes nucleares que determina la literatura científica, son similares a los usados por los líderes de los grupos, además de ser vividos a cabalidad por las personas que conforman la Red Expressarte, un grupo de ayuda mutua juvenil típico. Por esto, estas metodologías, más que separar la gestión pública y de las particularidades de las personas en sociedad, impiden una descentralización del poder y del conocimiento y señalan la importancia del conocimiento generado por las personas para aceptar, adaptar, implementar, o simplemente rechazar y reformular, estrategias de política pública que se han planteado desde un contexto sociopolítico nacional con el reto de ser contextualizadas.

Esto implica un conjunto de esfuerzos de todos los actores por generar reglas donde todos puedan oírse y donde todos ganen, incluso desde el disenso, lo cual ratifica el llamado que también hacen las voces que construyen esta investigación: a fortalecer una gobernanza para la salud, multinivel y multisectorial; a llegar más a fondo de los diagnósticos mentales para plantear soluciones con una óptica comunitaria que fortalezca las localidades, las realidades de las personas, que disponga las vías para acceder al conocimiento científico y que asuma al clínico experto como alguien que asesora y acompaña, y no como quien tiene la última palabra sobre una realidad llena de historia de y de posibilidades, que no se puede conocer en una consulta clínica aislada.

Esto también hace que el GAMJ también sea un escenario para el aprendizaje y la acción basada en conocimiento, tanto de salud mental como de derechos, como se muestra en la fase cualitativa de la investigación. En términos de Sabatier et al. (2007), no es suficiente el aprendizaje en política pública, se requiere tener en cuenta la multiplicidad y la contingencia de los procesos causales. Por lo tanto, estos escenarios de recuperación como subsistema autónomo en donde media también el Aprendizaje en Salud como meta, genera acción porque adquiere un funcionamiento estratégico como base para los participantes a la hora de promover sus respectivos intereses y valores, el ethos grupal (Majone, 1989), lo que ayuda a sostener el grupo a nivel interno y, a la vez, a generar mecanismos de cambio por expansión del conflicto (Sabatier et al., 2007; Jenkins-Smith & Sabatier, 1993).

La ayuda mutua se considera un componente del llamado tercer sector: un término utilizado por primera vez en los Estados Unidos a principios de la década de 1970, con características como ser voluntario, no gubernamental, con autogobierno, aunque con normas estrictas, y carácter voluntario de quienes participan. A lo anterior, Giarelli & Spina (2014)

contradicen la idea de este tercer sector, por ser una visión institucionalista de la matriz económica que reduce el alcance y el significado de fenómenos sociales como ayuda mutua a un simple componente de un sector, por lo que tiene en cuenta la naturaleza no sistémica de la agencia del fenómeno. Por razones como esta, la articulación de los GAM con el sistema sociopolítico resulta un reto: se tiene una estrategia que impacta un problema público, pero que se resiste a ser sistematizada. La solución que se plantea durante esta investigación consiste en incluir los GAMJ en el sistema sociopolítico, pero considerando y fortaleciendo la libertad, el tránsito entre el interior y el exterior del sistema. En otras palabras, aportar al *acontecimiento*, sabiendo incluso que podría contradecir el sistema que lo apoya, que podría confrontarlo, recrearlo, reconstruirlo.

Carl Rogers plantea como barrera de implementación de los GAM el temor que pueden tener a nivel de organizaciones gubernamentales de estos tipos de grupo. Pese a lo anterior, destaca Rogers, en la década del setenta (1973):

Tal aumento dejó perplejos a muchos psicólogos y psiquiatras ortodoxos. Pese a ello, en iglesias, universidades y establecimientos industriales, la cantidad de grupos se multiplicó. Ha sido una demanda espontánea de personas que buscaban claramente algo. Un factor que hace más notable la necesidad rapidez de esta difusión es su total espontaneidad y su carácter no organizado. Contrariamente a lo que sostienen las voces que provienen de la derecha, esto no ha sido una conspiración. Todo lo contrario. Ningún grupo u organización ha impulsado el desarrollo de los grupos de encuentro. Ni fundaciones, ni gobiernos financiaron esa difusión. (p. 6).

Analiza que dicha demanda podría derivar de la deshumanización creciente de nuestra cultura, que en las entrevistas se aprecia en el sistema de salud y resuena en la atención clínica convencional. Las fundaciones y organismos gubernamentales podrían resistirse a apoyar programas de investigación en el campo de los grupos de apoyo y ayuda mutua; las profesiones establecidas de psicología clínica y psiquiatría también han mantenido gran distancia, en tanto que como lo menciona Rogers (1973), para el pensamiento neoliberal representa “un complot comunista“. Pocas tendencias han representado con tanta claridad las necesidades y deseos de personas más que instituciones.

Los grupos permiten mayor independencia personal, menor ocultamiento de las emociones, mayor voluntad de innovar, mayor oposición a la rigidez institucionales. Por esto la necesidad de enfatizarse como estrategia de las intervenciones para la recuperación de salud mental en jóvenes y buscar la mejor forma de implementarse. Estos generan cambios constructivos, por eso, en palabras de Rogers (1978), “todos aquellos que se oponen a las transformaciones se opondrán firmemente a la experiencia grupal” (p. 17).

En el caso de Colombia, esta estrategia se ha centrado en todo un eje de la política de salud mental, sin embargo, el desarrollo de esta estrategia no se ha dado de forma satisfactoria o como está planteado en dicha política. Al respecto, se ha descrito que uno de los aspectos sensibles y que puede determinar el éxito de las intervenciones en el área de la salud es la calidad con que estas se ejecutan (Proctor et al., 2009). Por ello, cuando se implementa una intervención basada en la evidencia de forma pobre o incompleta, esta puede resultar en una adaptación equivocada que no será efectiva (Ogden & Fixsen et al. 2014), y que dará además una falsa creencia de una baja utilidad.

Esto recuerda un acoplamiento estructural, donde el entorno no dicta las relaciones sociales, sino es la organización de la unidad o el sistema básico de relaciones quien determina la interacción con el entorno. Como lo plantea Escobar (2019), este relacionamiento es una característica clave de la autonomía tanto biológica como social o cultural; los sistemas pueden sufrir cambios estructurales y adoptar diversas estructuras en respuesta a las interacciones con el entorno, pero tienen que mantener una organización básica para permanecer como las unidades que son, y es lo evidenciado en el GAMJ de Red Expressarte, donde se da un co-diseño de unidades complejas, que el mismo Escobar define como co-ontogenias.

El aumento de libertad, la mayor percepción de capacidades y mejores herramientas de comunicación, hacen que surgen nuevas ideas. Los grupos de ayuda mutua deja libre el camino hacia la innovación, incluso en un sentido político. Estos cambios que surgen de las experiencias grupales tienden a transmitirse a otro tipo de entornos o relaciones: a su familia, a su trabajo, a los amigos fuera del grupo.

Es así como las instituciones, el sistema de salud en este caso, que visibilizan el Acontecimiento para promover la acción desde una ontología social, deben contar con estas formas de resistencia, a las que deben escuchar, acompañar e incluso apoyar. En palabras de Real Dato (2005): “El objetivo es convertir arenas hasta entonces aisladas en arenas de acción conectadas, en el sentido en que los procesos en ambas arenas pasen a ser interdependientes para los actores participantes.” (p.10).

Otro de los componentes que constituyeron los principales hallazgos de la presente investigación fue la agencia activa, lo que se relaciona de forma estrecha con otros objetivos/ procesos que han planteado los grupos de ayuda mutua, especialmente con el fortalecimiento (*empowerment*) y con el reforzamiento de la ciudadanía.

Esto recuerda el llamado a atender esa disyuntiva de identidades que, por un lado, buscan persistir en su individualidad y, por el otro, pretenden articularse con esas fuerzan en pugna que podrían ser transformadas por apuestas hegemónicas. Frente a lo anterior, Arfuch (2005) plantea:

[...] En tanto lo particular sólo puede realizarse plenamente si se redefine en constante apertura hacia lo universal, una relativa universalización de los valores, no como determinación previa pero sí como producto contingente, es necesaria como base de una posible hegemonía popular. (p. 44).

Lo cual no implica una pérdida de la identidad, sino la apertura a nuevos posibles. Esto también reafirmado en los componentes nucleares de los GAMJ, como en la fase cualitativa, donde en categorías como Venir a los otros y en temas como Construcción de identidad, Confianza, Redes sociales e Interacción de apoyo, se evidencia como el otro, desde su autonomía y por ella, aporta a la construcción de acciones grupales que fortalecen la individualidad, que la potencian y la hacen más posible, tal como lo plantean las Políticas del Acontecimiento y los aportes de la ontología social. En palabras de Badiou (2004): “un acontecimiento no es sino una parte de una situación dada, nada salvo un fragmento de ser”. (p.117).

Lo anterior permite incluso que la presente investigación señale los grupos de ayuda mutua juveniles como estrategia de reivindicación ante afirmaciones ontológicas cada vez más fuertes a nivel étnico, cultural, sexual, etc., lo que sobrepasa una función clínica y se instala en una estrategia para mejorar las condiciones de vida, la exclusión y las inequidades, aspectos incluso más profundos que lo señalado por las estadísticas relacionadas con salud, lo que en últimas es una manera efectiva de impactar en el bienestar. Los GAMJ se establecen entonces como escenario político (Arfuch, 2005), como meta y como proceso, como lugar donde se

agencian los posibles y nada está del todo definido, ni por el discurso psiquiátrico clásico ni por el estigma social.

Lo que ubica al GAMJ en la comprensión de las Políticas del Acontecimiento es la dificultad para ser limitado a una simple estrategia de salud, está más más allá de ser un lugar desde donde una herramienta filosófica puede efectuarse en estrategia para impactar problemas públicos tan graves como la enfermedad mental, el suicidio, las violencias, más allá de un eje de política pública, inclusión social y rehabilitación basada en comunidad, en este caso. Al respecto, Lazzarato precisa (2005):

El modo del acontecimiento es lo “problemático”. El acontecimiento no es la solución de un problema sino una apertura de posibles. Así, para Mijail Bajtin el acontecimiento revela la naturaleza de la vida como pregunta o como problema, de manera que la esfera del acontecimiento es la de las “respuestas y las preguntas”. En contra de lo que piensa Marx, para quien la humanidad se plantea únicamente los problemas que ella puede resolver, el problema que se puede construir a partir del acontecimiento no contiene implícitamente sus soluciones, las cuales deben, al contrario, ser creadas. (p. 37).

Un acontecimiento, tal y como se señala en el GAMJ estudiado, es también el espacio en el cual “la unificación de las mónadas (más en el sentido de Tarde que de Leibniz) se hace a partir de la forma red y los sistemas constituyen un número incalculable de redes que se superponen unas con otras”. (p. 35). En palabras de Boneti (2017):

[...] la noción *inclusión* se trata de una positivización en relación a una problemática social, la de la exclusión, según el entendimiento original ya considerado. De esa forma, es más un discurso que un concepto. El aspecto más importante a ser considerado en

relación a la inadecuación de la noción inclusión al referirse a acciones derivadas de políticas públicas de promoción de la igualdad social, no obstante, es el hecho de cargar exageradamente la tónica sobre el individuo, disociándolo del todo social. Así, claro, la noción inclusión trae vinculada consigo un precepto del positivismo clásico, el de verse lo social por medio de las acciones individuales, sin considerar el todo. La utilización de la expresión inclusión refiriéndose a acciones de promoción de la igualdad social no se muestra afinada con la discusión actual en relación al rescate de las diferencias y del multiculturalismo. Al hablar en inclusión se supone haber un proyecto social acabado, un modo de ser y de actuar determinado, cabiendo a las políticas públicas de inclusión social inserir en este modo de ser correcto y acabado las personas que permanecen fuera. Incluir, por lo tanto, significa direccionar la acción para el individuo, haciendo de él agente pasivo de algo ya construido, desconociéndose la inserción de este individuo en lo social y su actuación en lo colectivo, contribuyendo con la construcción y reconstrucción de la colectividad. En este caso, la expresión acceso, acceso a los bienes y saberes socialmente construidos, esto porque se entiende que las políticas de promoción de la igualdad se materializan mediante acciones colectivas y no puramente individuales. (p.52-53).

Es así como, más allá de mejorar la participación, las Políticas del Acontecimiento aplicadas a la salud mental juvenil proponen superar lo que Bourdieu (1985) propone como una existencia más allá de las personas como instrumentos que realizan funciones y se extinguen en la realización de su función. En los GAMJ, vistos desde una ontología pluralista, cada persona

puede abolir la realización de las funciones que incluso la misma sociedad le han asignado basados en el estigma por la enfermedades mentales (por ejemplo, loco) o que le ha asignado el mismo sistema de salud (por ejemplo, paciente). Al respecto, agrega Bourdieu (1985):

Todo lo cual equivale a reducir la dualidad objetiva de las condiciones sociales a la dualidad de los modos de existencia que favorecen, evidentemente, en forma muy desigual; y, al mismo tiempo, a considerar tanto a quienes “se abandonan” a la existencia “inauténtica” responsables de lo que son, unos por su “resolución” que les arranca de la existencia ordinaria para abriles el campo de los posibles, y otro por esa “dimisión” que les condena a la decadencia y a la asistencia social. (p. 123).

De esta forma, según los hallazgos de la presente investigación, los GAMJ se constituyen como escenario ideal para la reivindicación de derechos de las personas con problemas o trastornos mentales. Asimismo, las Políticas del Acontecimiento se constituyen como un abordaje propicio para aproximarse a la acción política juvenil, más allá de condiciones de enfermedad o de discapacidad.

Al respecto de estas últimas categorías, las cuales, tal como se abordar en el actual sistema de salud, podrían ser consideradas como posibles formas de control a través de la medicalización de la existencia, lo que Foucault, Deleuze o Agamben han llamado biopoder o biopolítica. En estas situaciones el acontecimiento como forma de acción política constituye un lugar de resistencia, incluso más allá de la esfera pública: desde la intimidad de un grupo de ayuda mutua. Desde allí se muestra la interrogación de normas sociales como la enfermedad mental, la locura y el rol de paciente, interrogación que busca, aparte de problematizar, mover los límites establecidos entre lo político y lo (psico)social.

Según Ema López (2005), el acontecimiento político presenta cuatro características: interrumpe los posibles de un orden dado, lo que lo hace *im-posible*; es productivo porque crea condiciones para efectuarse; es indecible (en términos de Derrida) porque no necesariamente cuenta con un fundamento último; y, como se ha resaltado en la investigación, aunque con precedentes metafísicos en la monadología, está materialmente situado. Estas características sobrepasan incluso cualquier materialismo, para reconocer la multiplicidad y la imposibilidad de una identidad plenamente definida, lo que se abordó también a través de la ontología social.

Al respecto de estas posibilidades, Rancière (2019) anota:

La actividad política es la que desplaza un cuerpo del lugar que le estaba asignado o cambia el destino de un lugar; hace ver lo que no tenía razón para ser visto, hace escuchar un discurso allí donde sólo el ruido tenía lugar, hace escuchar como discurso lo que no era escuchado más que como ruido (p.45).

El Acontecimiento, como indica Lazzarato, muestra lo que una época tiene de intolerable, es decir, cuestiona el orden natural y las categorías previamente aceptadas, para proponerle al mundo algo que antes parecía imposible: que las personas con enfermedades mentales tuvieran voz, razones y aportes a la recuperación suya y de otros, por ejemplo. En palabras de Ema-López (2007):

Así, el salto que introduce una acción política no consiste en el despliegue de una posibilidad a partir de unas condiciones dadas sino, precisamente su creación como posible; un cambio que introduce un imposible que modifica los parámetros de lo que se consideraba posible en el orden anterior [...] Un posible que pasa a ser domesticado al interior de lo que se ha instaurado como nueva configuración de lo sensible. (p.67).

Esto supone una ruptura y dialoga con el concepto de deconstrucción de Derrida, donde no simplemente se habla de un camino diferente de actuar, sino, en términos de política pública, de otras estrategias, de otros lugares de enunciación de subjetividades otras, en donde, genera propias verdades.

Las acciones grupales evidenciadas en Red Expressarte, según este análisis planteado, se constituyen en acontecimientos políticos en el sentido que conforman subjetividades que ahondan por sí mismos en los conceptos de salud mental que basaron recorridos previos de recuperación y que proponen un orden diferente, con propuestas que incluso pueden aportar a los componentes de las estrategias de política pública en salud mental. Como menciona Arendt (1995): “el acontecimiento ilumina su propio pasado y jamás puede ser deducido de él”. (p.41). Como se anota en las narrativas, después de haber estado en este grupo de ayuda mutua, la visión de sí mismo, del otro y de la salud mental, no será la misma. Han cambiado su forma de vida Agamben (1995), en cuanto que el humano “es el único ser en cuya vida siempre está en juego la felicidad, cuya vida está irremediable y dolorosamente asignada a la felicidad. Y esto constituye inmediatamente a la forma-de-vida como vida política”. (p.53).

Como otro componente planteado por Ema López (2007) para abordar el acontecimiento político consiste en el vacío. Muchas quejas de las personas con problemas o trastornos mentales, mencionadas también por los integrantes de la Red Expressarte, consiste en la sensación de vacío, en la dificultad que tuvieron para que esa sensación desapareciera. De igual manera, han mencionado el GAMJ como elemento fundamental para mejorar esta sensación. Esto podría tener una estrecha relación con el Acontecimiento, al construir desde el vacío nuevas posibilidades: agenciar(se) en el vacío para dejar de sentirlo.

Esta característica da elementos de factibilidad a las estrategias comunitarias como estrategias de política pública. Los jóvenes en general, más aún los jóvenes con problemas o trastornos mentales, que han sufrido por imaginarios o por recuerdos dolorosos, requieren una efectucción concreta de las políticas públicas que les conciernen. Estos elementos fueron evidenciados desde los componentes nucleares y reafirmados en todo el recorrido de la investigación, a través de temas como Agencia activa o incluso Interacción de apoyo; o en resultados como Mejoría en la calidad de vida y Esperanza. Como describe Ema López (2007): “En este sentido, el acontecimiento se produce desde el vacío (desde la condición ontológica de imposibilidad de una sustancia plena y positiva o de una necesidad trascendental —por ejemplo, una ley histórica necesaria—) pero no en el vacío”. (p.60). Y continúa:

Estamos en el terreno de lo político, atrapados en posiciones de valor concretas, en el conflicto entre resistencias y deseos situados y comprometidos con diferentes experiencias y lugares de enunciación. El acontecimiento es la apertura de un campo de posibles que no es neutro (lleva inscritas las marcas de un problema, de un sentido, de una visión) pero en el que no hay nada dado, ninguna posibilidad por escoger y realizar. El acontecimiento no es Uno-Todo, es decir, la novedad que produce no sustituye una situación completamente constituida por otra totalmente diferente, sino que ambas están mutuamente contaminadas y emergen como tensión entre configuraciones normativas heterogéneas. (p.61).

Es así como se abren posibilidades, de construir puentes en el disenso entre las viejas posturas que estigmatizaron u oprimieron a las personas con problemas mentales, como lo muestra esta investigación, donde incluso los mismos participantes de los grupos, cansados del sistema de salud y de las políticas públicas (de su ausencia de implementación, la mayoría de

veces), plantean que la unión con la institucionalidad es clave para la recuperación de la salud mental. En este sentido, el acontecimiento como política podría reconfigurar o recrear los elementos de política pública que han fallado o que no se han implementado siquiera. Como refiere Ema López (2007):

Así, no hablaríamos sólo de un salto entre lo nuevo y lo viejo de la situación subvertida, sino también de la tensión entre diferentes configuraciones normativas y condiciones de posibilidad para la producción de nuevas subjetividades, reglas y lugares para la vida política. (p.71).

El pluralismo ontológico constituye un paradigma novedoso y acertado para abordar los problemas sociales, como paradigma epistémico, metodológico y hermenéutico que posibilita una lectura integral de la realidad, y procesos integrados de investigación e intervención. Es algo que interpela a los profesionales de las ciencias sociales y la salud, para buscar alternativas viables desde una perspectiva interdisciplinaria que implica una apertura de los discursos y los métodos tradicionalmente usados para atender los requerimientos que la sociedad actual les demanda.

EPÍLOGO

La salud mental de los jóvenes debe ser un tema prioritario en la agenda de los organismos multilaterales (ONU, OMS, CEPAL) y de los gobiernos para adoptar políticas de prevención, atención y rehabilitación. Corresponde a la comunidad académica y los profesionales de la salud, la tarea de avanzar en tratamientos alternativos y potencialmente eficaces que contribuyan a mejorar el nivel de vida y la salud mental de los jóvenes de hoy, que son el futuro de la sociedad, y los grupos de ayuda mutua que operan bajo los principios de la RBC, ofrecen grandes ventajas para la rehabilitación e inclusión social de la juventud.

Aunque con algunas dificultades para determinar variables como efectividad, por la diversidad existente en la conformación de las acciones comunitarias para la salud mental, diversidad dada no sólo por las personas sino por sus contextos, existe un fuerte apoyo de los beneficios de proporcionados por los GAM. Estos servicios pueden llenar efectivamente algunos de los vacíos en el sistema de prestación de servicios de salud mental. Por lo anterior, encontrar los componentes nucleares resulta fundamental comprender mejor el funcionamiento de estos grupos en múltiples circunstancias y poder acompañar mejor su desempeño.

Como se expresó previamente en uno de los objetivos de la presente investigación, no se habían definido claramente los componentes nucleares de los grupos de ayuda mutua y su funcionamiento en el sistema de salud colombiano ni en otros contextos latinoamericanos. En este punto se confirmó que, entre más presente se encuentren estos componentes nucleares descritos, más beneficios serán percibidos. Este hallazgo representa un aporte a la metodología en el desarrollo de los GAMJ y, tal vez, de otras estrategias grupales para la salud mental. De

igual forma, al especificar los beneficios reportados en la búsqueda de literatura y reafirmados en los líderes de los grupos de Colombia y en las personas entrevistadas que pertenecen a un GAMJ, se orienta mejor a unos resultados mínimos esperados o deseables.

Este análisis muestra que los GAMJ satisfacen las necesidades de la comunidad a lo largo del tiempo con acciones y recursos localizados, la creación de confianza y alianzas basadas en la comunidad, el empleo de estrategias de procesos grupales, experimentando disfrute y eficacia en el afrontamiento colectivo, y aumentando el sentido de comunidad local de pertenencia y cohesión de la comunidad local.

Los formuladores de políticas se deben comprometer con la población local, invirtiendo en apoyo proporcional a las necesidades de las diferentes poblaciones, permitiéndoles desarrollar sus propios grupos de autoayuda/ayuda mutua para mejorar su sentido de bienestar mental, lo cual es señalado también por las personas de los grupos en estos hallazgos.

Otro argumento a lo anterior, lo plantean Borkman & Munn-Giddings (2008), quienes encontraron que la forma en que se enmarcan las relaciones entre el sistema de salud y el sector voluntario en cada país impacta en la naturaleza de la ayuda mutua, reflejando las diferencias en la participación. Aunque los GAMJ requieren apoyo práctico y financiero del sistema de salud, esto debe hacerse sin limitar o interferir en sus acciones, decisiones o actividades (Fernandes-Jesus et al. 2021; Tiratelli & Kaye, 2020).

Los GAM ofrecen muchos beneficios potenciales, pero su capacidad de ejecución dependerá de las realidades locales, entre esas, el enfoque diferencial, el desplazamiento a los grupos y las habilidades para el manejo de las herramientas tecnológicas (Edwards & Imrie, 2008; Gugerty et al., 2019; Powell & Perron, 2010). Como se había mencionado, y como

paráfrasis a la oración de Lazzarato, los GAMJ *nos pueden señalar lo incómodo que tiene una sociedad*; los grupos tienen un mejor conocimiento de las necesidades locales, los recursos y las potencialidades de sus comunidades (Fernandes-Jesus et al. 2021). Por lo que el apoyo a estos grupos debe combinarse con una estrategia más amplia de apoyo a las infraestructuras sociales en áreas críticas como la educación, la vivienda y el transporte.

En tercer lugar, seguir un enfoque basado en la comunidad local facilitó la coordinación y distribución de ayuda, la movilización de voluntarios y recursos, lo que llevó a un sentido de ser parte y capaz de contribuir a la comunidad local. Este estudio respalda sugerencias anteriores sobre la necesidad de reconocer el papel de los procesos grupales (Fernandes-Jesus et al. 2021; Mao et al., 2020).

Como lo menciona Muñoz et al. (2018), la importancia de trabajar la gobernanza para la salud mental tiene tres razones, una ética, en cuanto la protección de la salud mental dignifica la sociedad al garantizar el desarrollo humano actual y futuro; jurídica, ya que al establecer un conjunto de normas que definen las garantías que deben darse a las personas, estableciendo que su otorgamiento tiene prelación sobre otras responsabilidades y definiendo las sanciones por su incumplimiento; y práctica dado que las inversiones que se hagan hoy por la salud mental en los diversos cursos de vida, mejoran no solo el presente, sino que se constituyen en garantía para el futuro.

El pluralismo ontológico constituye un paradigma novedoso y acertado para abordar los problemas sociales, como paradigma epistémico, metodológico y hermenéutico que posibilita una lectura integral de la realidad, y procesos integrados de investigación e intervención. Es algo que interpela a los profesionales de las ciencias sociales y la salud, para buscar alternativas

viabiles desde una perspectiva interdisciplinaria que implica una apertura de los discursos y los métodos tradicionalmente usados para atender los requerimientos que la sociedad actual les demanda.

En cuanto a las implicaciones en términos de políticas públicas de esta investigación, aparte de los puntos anteriores que cuentan como elementos prácticos para la comprensión y la acción, el ubicar los GAMJ dentro de un marco habermasiano de esfera pública nos anima a considerar y plantear preguntas sobre estos grupos desde más allá de la estrecha perspectiva terapéutica que ha tendido a predominar en la literatura y permitirá ubicarlos mejor dentro del desarrollo de la ciudadanía en salud (Chaudhary et al., 2013).

Es importante anotar lo que plantean Bandelow et al. (2022): “la política pública aún está al comienzo de su viaje por el mundo” (p. 15). Se agregaría que dicho comienzo, aparte de darse en las condiciones y en contextos, debe darse desde el interior de cada persona. En todos los países, los procesos de formulación de políticas se caracterizan por el conflicto y la lucha por un amplio apoyo entre las partes interesadas, por lo que fortalecer la posibilidad que tienen todas las personas para *hacer parte de* esta lucha de forma justa, en este caso de las personas con problemas o trastornos mentales, resulta prioritario para cualquier sistema.

La mayoría de las lentes de la investigación de políticas combinan ideas teóricas con un conjunto específico de métodos. Esta investigación propone una metodología donde aspira a converger la *evidencia científica* con la evidencia ontológica, con la vivencia profunda de cada persona, para llegar a unas recomendaciones que, aunque posiblemente creadas en otros contextos, son comprendidas, aceptadas, transformadas y aplicadas, por las personas del GAMJ que se estudia como última fase de los resultados presentados. Esta metodología podría plantear

formas de resolver algunos problemas de implementación de estrategias que deben contar con las personas para desarrollarse: ir de arriba hacia abajo (desde la práctica basada en evidencia a los resultados) y encontrarse con otro recorrido de abajo hacia arriba (desde el ser hasta una ontología pluralista donde una práctica en salud funciona). Como menciona la OMS: *nada sobre nosotros sin nosotros*. Esta frase, más allá de ser una búsqueda por la validación de los derechos de las personas con problemas o trastornos mentales, podría tomarse como una propuesta metodológica.

Más allá de los elementos clínicos de la evidencia científica, las políticas públicas también tienen problemas de implementación. La mayoría de los principales académicos se encuentran en democracias ricas y las aplicaciones originales generalmente provienen de América del Norte (Bandelow et al., 2022), por lo que la adaptación de estos conceptos a otros contextos debe tener un interés de los sistemas sociopolíticos y un tránsito cuidadoso. En este punto las personas deben aportar. Como lo describe Bandelow et al. (2022):

Este interés no solo abarca registrar sistemáticamente los supuestos y requisitos previos en la aplicación de los marcos y examinarlos en cuanto a su transferibilidad a sistemas políticos y campos políticos específicos, sino que también significa ir más allá del debate académico para evaluar la relevancia de las teorías para resolver problemas sociales y evaluar la relación entre la evidencia científica y las decisiones políticas. (p. 15).

La presente investigación le aporta a la política pública desde los métodos en los planes y estrategias de un eje de la Política Nacional de Salud Mental (2018), pero también le aporta señalando la necesidad de considerar diferentes enfoques para captar diferentes aspectos: desde programas, con sus barreras y facilitadores, hasta las creencias y las identidades sociales con sus

condiciones externas y situacionales, con su deseo y su capacidad de influir en las decisiones de política en los subsistemas.

Como se especificó en el aparte correspondiente, se podría considerar como limitante que la revisión de bibliografía no se aporte desde una revisión sistemática. Los escasos estudios que han logrado presentar metodologías de control y aleatorización, no fueron representativos para determinar componentes nucleares, por lo que se eligió una metodología de búsqueda denominada *scoping review*.

Si bien se buscó determinar el funcionamiento de los grupos en Colombia, una limitación puede establecerse como la aplicación del instrumento de implementación a los líderes de los grupos inscritos en el Ministerio de Salud y Protección Social. Aunque se realizaron otras búsquedas, como en asociaciones, se ha descrito que muchas veces los grupos se resisten a asociarse, por lo que trabajos futuros podrían emprender una búsqueda más profunda de estos grupos en cada territorio, especialmente en entornos marginados, vulnerables o vulnerados, los cuales suelen ser más afectados por los factores psicológicos y sociales que los grupos tienden a abordar.

Los instrumentos no permitieron evaluar otras variables sociodemográficas que pueden relacionarse con la asistencia a estos grupos, entre estas, barreras geográficas, económicas, de comunicación, lo que podría estar relacionado con aspectos a mejorar en el acceso a GAMJ. Lo anterior, en consonancia con el colapso de los grupos inactivos en otros estudios, que incluyeron lo siguiente: liderazgo deficiente, asistencia inconsistente e incumplimiento de los requisitos de las visitas de monitoreo; poca disponibilidad de habilidades clave, como aritmética y

alfabetización; interferencia de ex miembros y otros fuera del grupo; las duras condiciones ambientales, las limitaciones de transporte y la falta de financiación (Gona et al., 2020).

Asimismo, varios grupos no estaban disponibles o no respondieron el instrumento. También es posible que haya habido un sesgo de autoselección, lo que llevó a participantes más comprometidos a responder a las entrevistas, sin considerar aquellos que no logran participar plenamente de estos espacios, y cuentan con la intención de hacerlo. Por esto, futuras investigaciones podrían entrevistar personas con diferentes roles y tipos de participación (por ejemplo, esporádica, continua) para probar si los componentes y experiencias analizadas aquí realmente conducen a una participación sostenida. Estudios posteriores podrían evaluar los GAMJ de forma longitudinal, conservando metodologías mixtas, así como entrevistar a las personas que no continuaron. También investigaciones posteriores podrían describir mejor la relación que existe entre el sistema de salud y los GAMJ, con diseños mixtos pero longitudinales que describan estrategias de disseminación, factibilidad, apropiación y adaptabilidad a otros contextos y a otros cursos de vida.

De igual forma, otra limitación del estudio consiste en la dificultad para analizar la acción multisectorial en las acciones comunitarias para la salud mental, lo cual también hace parte, como Eje de acción (Eje cinco) de la Política Nacional de Salud Mental y resulta fundamental en los procesos de recuperación de los problemas o trastornos mentales, y se articula de forma fuerte con los GAMJ, tanto en su creación como en su sostenimiento en el futuro. Futuros estudios que aborden este punto pueden facilitar que los formuladores de políticas se comprometan con la población local, invirtiendo en apoyo proporcional a las necesidades de las diferentes poblaciones, permitiéndoles desarrollar sus propios GAMJ para mejorar el bienestar

mental. Estos estudios propuestos para el futuro podrían facilitar los GAMJ como herramienta de la justicia social, de abordaje en determinantes socioeconómicos y ambientales más amplios y equilibrar la responsabilidad personal por el bienestar mental con la responsabilidad colectiva y la interdependencia.

La apuesta de esta investigación fue construir de arriba hacia abajo (desde la práctica basada en evidencia a los resultados), en términos comprensivos, para encontrarse con otro recorrido de abajo hacia arriba, en términos prescriptivos o de propuesta de acción. De este proceso, surgen barreras y facilitadores para ser considerados a futuros lineamientos, a nivel organizacional, comunitario e individual (aludiendo a las categorías de empoderamiento de Zimmerman), además del hallazgos de componentes nucleares en la literatura científica y reafirmados en el contexto nacional y a nivel individual en un GAMJ prototipo, lo cual, al ser equivalente al ethos de los grupos, en términos de la ontología social, también podría aportar a nuevos lineamientos de política pública donde las personas co-construyan.

En este punto, las Políticas Públicas vistas desde una ontología social y pluralista, aportan a la comprensión de la agencia social desde la multiplicidad, donde se reconoce que la noción de acontecimiento está compuesta no sólo con fenómenos más o menos excepcionales, señalados en el tiempo y de dimensión macrosocial —las Jornadas de Seattle, con las que Lazzarato ilustra su tesis— sino, también con prácticas políticas microsociales, como un Grupo de Ayuda Mutua Juvenil fundado en la Red Expressarte o en cualquier otra organización, formado para acompañarse en los problemas mentales y para, desde el vacío percibido en la existencia, agenciar juntos nuevos posibles.

Los lineamientos propuestos a partir de la presente investigación, deberán considerar un enfoque participativo, de saber recíproco, donde los profesionales de salud mental realicen un esfuerzo por conocer las condiciones de vida y las formas que cada persona tiene para hacerle frente a las situaciones. Esto cambia términos como paciente o tratamiento, por persona y acompañamiento.

Como menciona la OMS: nada sobre nosotros sin nosotros. Esta frase, más allá de ser una búsqueda por la validación de los derechos de las personas con problemas o trastornos mentales, podría tomarse como una propuesta metodológica y un enfoque para leer cualquier resultado en salud mental.

En consonancia con lo anterior, el recorrido metodológico de la presente investigación buscó interpretar estos significados desde las Políticas del Acontecimiento, como elementos que sirven en la elaboración de mejores planes, estrategias y políticas públicas, incluso como insumos para construir lo que Lazzarato denomina *una política menor*. En palabras del autor (2006):

“El acontecimiento muestra lo que una época tiene de intolerable, pero también hace emerger nuevas posibilidades de vida. Hay que experimentar lo que implica la mutación de la subjetividad y crear los agenciamientos, dispositivos e instituciones que sean capaces de desplegar estas nuevas posibilidades de vida, recibiendo los valores que una nueva generación ha sabido crear: nuevas relaciones con la economía y con la política-mundo, una manera diferente de vivir el tiempo, el cuerpo, el trabajo, la comunicación, nuevas maneras de estar juntos y de estar contra” (p.6).

REFERENCIAS

- Activament Catalunya Associació. (2021). *Guía para los Grupos de Ayuda Mutua de Salud Mental en primera persona*. Activament.org. <https://www.activament.org/es/2021/guia-GAM/>
- Agamben, G. (1995). *Medios sin fin. Notas sobre la política*. Pretextos.
- Agudelo Hernández, F., Benavides Bastidas, M., & Arango Gómez, F. (2023). Resilience, adverse childhood experiences, and mental health in Health Science students during the COVID-19 pandemic. *Salud Mental*, 46(2), 0-00.
- Agudelo-Hernández, F. & Rojas-Andrade, R. (2023). Mental Health Services in Colombia: a national implementation study. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>
- Agudelo-Hernández, F. & Rojas-Andrade, R. (2021). Ciencia de la implementación y Salud mental: un dialogo urgente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>

- Akin-Taiwo, S.L. & Sanders, J.E. (2022). Mutual aid on WhatsApp: reflections on an online support group for new and pre-tenured faculty. *Social Work with Groups*, 45:2, 145-156, DOI: 10.1080/01609513.2021.1990191
- Allotey, P., Reidpath, D.D., Ghalib, H., Pagnoni, F. y Skelly, W. (2008). Efficacious, effective, and embedded interventions: Implementation research in infectious disease control. *BMC Public Health*, 8(343). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-343>
- Altamura, A. C., Dell'osso, B., D'Urso, N., Russo, M., Fumagalli, S., & Mundo, E. (2008). Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and clinical course in generalized anxiety disorder. *CNS spectrums*, 13(5), 415–422. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016588>
- Alvarado, S. V., Gómez, A., Ospina, M. C., & Ospina, H. F. (2014). La hermenéutica ontológica política ohermenéutica performativa: una propuestaepistémica y metodológica. *Nómadas* (Col), (40), 206-219. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=105131005014>.
- Álvarez-Gómez, M. (2004). La pretensión ontológica del pluralismo. *Azafea*. (6), 61-111. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/68856/La_pretension_ontologica_del_pluralismo.pdf;jsessionid=3697717D644D454660C0597A9DFD3F2E?sequence=1
- Ambikile, J.S. & Outwater, A. (2012). Challenges of caring for children with mental disorders: Experiences and views of caregivers attending the outpatient clinic at Muhimbili National Hospital, Dar es Salam, Tanzania. *Child & Adolescent Psychiatry Mental Health*, 6(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-16>.
- American Psychological Association-APA-. (2019). *Definition of “self-help group”*. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/self-help-groups>

- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Andersson, H. W., Bjørngaard, J. H., Kaspersen, S. L., Wang, C. E., Skre, I., & Dahl, T. (2010). The effects of individual factors and school environment on mental health and prejudiced attitudes among Norwegian adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(5), 569–577. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0099-0>
- Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), 50–61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>
- Apud Porras, A. (2003). *Participación infantil*. UNICEF. Programa de Ciudades Amigas de la Infancia. Disponible en: <http://www.radioteca.net/result.php?id=05130114>
- Arango-Dávila, C. A., Rojas Fernández, J. C., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 538-563.
- Arendt H. (1995). *De la historia a la acción*, Paidós, Barcelona.
- Arfuch, L. (2005). *Identidades. sujetos y subjetividades*. Buenos Aires. Prometeo.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*, (8), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K., Omar, O. M., & Arnone, D. (2022). The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of

observational studies. *Journal of health psychology*, 27(4), 805–824.

<https://doi.org/10.1177/1359105320966639>

Atencio Mendoza, A. M., Bustamante Rolón, R. A. & Vargas, O. J. (2021). *Afectación del confinamiento social en la salud mental de los adolescentes* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/32638>.

Badiou, A. (2004). *Theoretical Writings*. Continuum.

Baldacchino A., & Hussein Rassool, G. (2006). The self help movement in the addiction field – Revisited. *Journal of Addictions Nursing*, 17 (1), 47–52.

<https://doi.org/10.1080/10884600500505836>.

Bandelow, N. C., Herweg, N., Hornung, J., & Zohlhöfer, R. (2022). Public Policy Research– Born in the USA, at Home in the World?. *Politische Vierteljahresschrift*, 63(2), 165–179. <https://doi.org/10.1007/s11615-022-00396-5>.

BasicNeeds BasicRights. (2022). *Mental health*. Together we can do more. <http://www.basicneeds.org/ghana>

Barba, C. (2004). *Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del Consenso de Washington*. Espiral: Estudios sobre Estado y Sociedad.

Barker, C., & Pistrang, N. (2005). Quality criteria under methodological pluralism: Implications for doing and evaluating research. *American Journal of Community Psychology*, (35), 201–212.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2010). The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new

- instrument. *International journal of methods in psychiatric research*, 19(4), 243–254.
<https://doi.org/10.1002/mpr.325>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC psychology*, 3(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
- Bazzani, R. (2010). Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Revista De Salud Pública*, 12(1s), 1–7. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700001>
- Belfer, M. & Song, S. (2017). *La Convención Sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Implicaciones para la práctica clínica, política e investigación*. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health.
https://iacapap.org/_Resources/Persistent/8946b0c86fad9644d71fefa40e19be36404219c5/J.7-UN-Convention-SPANISH-2017.pdf.
- Benight, C. C., & Harper, M. L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of traumatic stress*, 15(3), 177–186. <https://doi.org/10.1023/A:1015295025950>
- Ben-Porath, D. D. (2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: An interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(4), 400-413. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.4.400.22594>
- Bhattacharyya, O., Reeves, S., & Zwarenstein, M. (2009). What is implementation research?: Rationale, concepts, and practices. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 491–502. <https://doi.org/10.1177/1049731509335528>

- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of health & illness*, 29(7), 983–1002.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x>
- Blaser, M. (2010). *Storytelling Globalization from the Chaco and Beyond*. Durham, NC: Duke University Press.
- Bohon, L. M., Cotter, K. A., Kravitz, R. L., Cello, P. C., Jr, & Fernandez Y Garcia, E. (2016). The Theory of Planned Behavior as it predicts potential intention to seek mental health services for depression among college students. *Journal of American college health : J of ACH*, 64(8), 593–603. <https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1207646>
- Bonal Ruiz, R., López Vásquez, N., Vargas, P., Meoño Martín, T, & Brañas Coelho, R. (2017). Apoyo al automanejo de condiciones crónicas: un desafío de los sistemas de salud de América Latina. *Revista Finlay*, 7(4), 268-277. Recuperado en 10 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400006&lng=es&tlng=es.
- Bond, B., Wright, J., & Bacon, A. (2017). What helps in self-help? A qualitative exploration of interactions within a borderline personality disorder self-help group. *Journal of Mental Health*, (37) 1–7. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370>
- Boneti, L. (2017). *Políticas públicas por dentro*. CLACSO.
- Borkman, T., & Munn-Giddings, C. (2008). The contribution of self-help groups and organizations to changing relations between patients/consumers and the health care system in the US and UK. In: S. Chambre & M. Goldner (Eds.) *Patients, Consumers and Civil Society*. US and International Perspectives.

- Borkman, T. (1999). *Understanding Self Help/Mutual Aid: Experiential Learning in the Commons*. Rutgers.
- Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Akal/Universitaria.
- Bowlby, J. (1968). *La Vinculación Afectiva*. Editorial Paidós.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breinbauer, C., Maddaleno, M. (2005). *Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Bresser Pereira, LC. (1996). De la Administración Pública Burocrática a la Gerencial. *Administración Pública y Sociedad*. (2), 1.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, L., Shepherd, M., Wituk, S. & Meissen, G. (2008). Introduction to the special issue on mental health self-help. *Am J Community Psychol*. 42(1-2), 105-109. doi: 10.1007/s10464-008-9187-7.
- Bunning, K., Gona, J. K., Newton, C. R., Andrews, F., Blazey, C., Ruddock, H., Henery, J., & Hartley, S. (2020). Empowering self-help groups for caregivers of children with disabilities in Kilifi, Kenya: Impacts and their underlying mechanisms. *PloS one*, 15(3), e0229851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229851>
- Burke, P. J., & Stets, J. E. (2009). *Identity theory*. Oxford University Press.

- Camacho, F. & Sánchez, N. (2013). *Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: análisis de la cobertura de los regímenes contributivo y subsidiado a la luz del principio de universalidad*. Pontificia Universidad Javeriana.
http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3036/Sistema_general_seguridad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carlén, K., & Kylberg, E. (2021). An intervention of sustainable weight change: Influence of self-help group and expectations. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 24(4), 1498–1503.
<https://doi.org/10.1111/hex.13290>
- Carlsen, B. (2003). Professional support of self-help groups: A support group project for chronic fatigue syndrome patients. *British Journal of Guidance & Counseling*, (31), 289-302.
- Carlson, M. (2001). Child rights and mental health. *Child Psychiatric Clinics of North America*, 10 (1), 825-839.
- Carstairs, G. (1972). Psychiatric problems of developing countries: based on the Morison lecture delivered at the Royal College of Physicians of Edinburgh, *Br J Psychiatry*, 123 (1), 271–277.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Una visión psicoanalítica de la adolescencia. Tiresias.
- Casilda Béjar, R. (2004). *América Latina y el Consenso de Washington*. Boletín Económico de ICE N° 2803.
- Castillo-Martell, H., & Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018
[Implementation, initial results, and sustainability of the mental health services reform

- in Peru, 2013-2018]. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 36(2), 326–333. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>
- Cea-Madrid, J. C.. (2020). Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Saúde E Sociedade*, 29(Saude soc., 2020 29(3)), e190893. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190893>
- Cegarra-Guerrero, J.A. (2022). *Investigación sensible. Metodologías para el estudio de imaginarios y representaciones sociales*. Ediciones USTA Universidad Santo Tomás. Centro de Recursos Científicos de Implementación de la Universidad de Washington (CFIR). (2015). *Implementation Science*. <https://impsciuw.org>
- Centers for Disease Control and Prevention -CDC-. (2020). *Manage Anxiety y Stress*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/managing-stress-anxiety.html>
- Chambers, S. E., Canvin, K., Baldwin, D. S., & Sinclair, J. (2017). Identity in recovery from problematic alcohol use: A qualitative study of online mutual aid. *Drug and alcohol dependence*, 174, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.009>
- Chatterjee, S., Patel, V., Chatterjee, A., & Weiss, H. A. (2003). Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 182, 57–62. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.57>
- Chaudhary, S., Avis, M., & Munn-Giddings, C. (2013). Beyond the therapeutic: A Habermasian view of self-help groups' place in the public sphere. *Social theory & health : STH*, 11(1), 59–80. <https://doi.org/10.1057/sth.2012.14>

- Chaudhary, S., Avis, M., & Munn-Giddings, C. (2010). The lifespan and life-cycle of self-help groups: a retrospective study of groups in Nottingham, UK. *Health & social care in the community*, 18(4), 346–354. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00899.x>
- Cheung, C. K., & Ngai, S. S. (2016). Reducing Deviance Through Youths' Mutual Aid Group Dynamics. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 60(1), 82–98. <https://doi.org/10.1177/0306624X14548024>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: a distillation and matching model. *Mental health services research*, 7(1), 5–20. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6>
- Chorpita, B. F., Becker, K. D., & Daleiden, E. L. (2007). Understanding the common elements of evidence-based practice: misconceptions and clinical examples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(5), 647–652. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318033ff71>
- Cohen, A., Raja, S., Underhill, C., Yaro, B. P., Dokurugu, A. Y., De Silva, M., & Patel, V. (2012). Sitting with others: mental health self-help groups in northern Ghana. *International journal of mental health systems*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-1>
- Cohen, A., Patel, V., & Minas, H. (2014). A brief History of Global Mental Health. En Cohen, A., Patel, V., & Minas, H. (Eds.), *Global Mental Health: principles and practice*. Oxford University Press.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Scientific Advisory Board and the Executive Committee of the Grand Challenges on Global Mental Health, Anderson, W., Dhansay, M. A., Phillips, A., Shurin, S., Walport, M., Ewart, W., Savill,

S. J., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R. I., Hall, W., ...

Stein, D. J. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27–30.

<https://doi.org/10.1038/475027a>

Comisión Económica para América Latina-CEPAL-. (2015). *Gasto Social en América Latina y el Caribe*. Base de datos de inversión social en América Latina y el Caribe.

<https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/indicador/gasto-social>.

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Bogotá.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República de Colombia. (1997). Ley 375 del 4 de julio de 1997.

https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85935_archivo_pdf.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1346 de 2009.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37150#:~:text=1.,derechos%20humanos%20y%20libertades%20fundamentales>.

Congreso de la República de Colombia. (2010). Ley 1414 de 2010. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1414-2010.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Bogotá

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley estatutaria 1618 de 2013.

<https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY%20ESTATUTARIA%201618%20DE%202013.pdf>

- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Connolly, K. R., & Thase, M. E. (2012). Emerging drugs for major depressive disorder. *Expert opinion on emerging drugs*, 17(1), 105–126.
<https://doi.org/10.1517/14728214.2012.660146>
- Connoly, W. (2005). *Pluralism*. Cambridge University Press.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. (2020). *Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*.
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3992.pdf>.
- Constitución Política de Colombia. (1991). Colombia.
- Corominas, J. (1994). *Diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos.
- Corrigan, P. W., Slopen, N., Gracia, G., Phelan, S., Keogh, C. B., & Keck, L. (2005). Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Community mental health journal*, 41(6), 721–735.
<https://doi.org/10.1007/s10597-005-6429-0>.
- Creswell, W. & Plano Clark, V. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2nd Edition, Sage Publications.
- Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. & Hanson W. (2003). Advanced mixed methods research designs. In: Tashakkori A., Teddlie C. (eds). *Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences*. Sage Publications.
- Cubillos, L., Muñoz, J., Caballero, J., Mendoza, M., Pulido, A., Carpio, K., Udutha, A. K., Botero, C., Borrero, E., Rodríguez, D., Cutipe, Y., Emeny, R., Schifferdecker, K., & Torrey, W. C. (2020). Addressing Severe Mental Illness Rehabilitation in Colombia,

- Costa Rica, and Peru. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 71(4), 378–384.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900306>
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical care*, 50(3), 217–226. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182408812>
- DANE. (2019). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*.
<https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190801-CNPV-presentacion-Caldas-Manizales.pdf>.
- Davidson, L., Lawless, M. S., & Leary, F. (2005). Concepts of recovery: competing or complementary?. *Current opinion in psychiatry*, 18(6), 664–667.
<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000184418.29082.0e>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- De la Cruz, PR. (2020). El hipotético-deductivismo en la explicación de las ciencias sociales. *Horizonte de la Ciencia*, 10(18).
<https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2020.18.397>
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2003). *Deux régimes de fous*. Paris: Minuit.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2000). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-textos.
- Deleuze, G. & Parnet, C. (1997). *Diálogos*. Pre-textos.
- Delgado, A. & Agudelo A. (2022) Manizales más oportunidades “Elige la Vida”: Reducción de conducta suicida y aumento de capacidades en niños y adolescentes. En A. Baquero

(editor). Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia, 5ta. versión. Colegio Colombiano de Psicólogos.

Dennis C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 40(3), 321–332. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00092-5)

Descartes, R. (1987). *Discurso del método*. Alfaguara.

De Souza-Santos, B. (2009). *Una epistemología desde el Sur*, CLACSO y Siglo XXI.

Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B., & Hufty, M. (2017). Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. *Revista de Saúde Pública*, 51, <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006991>

Domenech López, Y. (2008). El grupo de apoyo como contexto de ayuda para personas con discapacidad en la comunidad valenciana. *Portularia*, 8(1), 247-264 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161017350015>.

Douglas, P. K., Douglas, D. B., Harrigan, D. C., & Douglas, K. M. (2009). Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *International journal of emergency mental health*, 11(3), 137–144.

Dumontheil, I. (2016). Adolescent brain development. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.04.012> Durkheim E (2008). El Suicidio. Akal. Cit. Pág. 245.

Edwards, C. & Imrie, R. (2008). Disability and the implications of the wellbeing agenda: some reflections from the United Kingdom. *Journal of Social Policy*, 37 (3), 337–355.

Elsdon, K. T. (2000). *Sharing Experience, Learning and Living: A Study of Self-Help Groups*. Community Matters, 8/9 Upper Street, London N1 0PQ.

- Ema-López, JE. (2004). Del sujeto a la agencia (a través de lo político). *Athenea Digital*, 6, 1-24. <https://atheneadigital.net/article/view/n5-ema/114-pdf-es>
- Escobar, A. (2018). *Designs for the Pluriverse. Radical Interdependence, Autonomy, and the Making of Worlds*. University of North Carolina, Chapel Hill Dianne Rocheleau, Clark University. DUKE UNIVERSITY PRESS
- Escobar, J. & Bonilla-Jiménez, M. (2011). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica, *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9 (1), 51-67. [http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20\(2\).pdf](http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20(2).pdf)
- Espinoza Freire, E. (2019). Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Segunda parte. *Conrado*, 15(69), 171-180. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000400171&lng=es&tlng=es.
- Estrada, M., Madrid, M., & Gil L. M. (2015). *La participación está en juego*. UNICEF. <https://www.unicef.org/colombia/informes/la-participacion-esta-en-juego>.
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological medicine*, 48(9), 1560–1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Fajardo Flores, CJ. & Alger, J. (2019). Investigación de la implementación: características y oportunidades para su práctica.. *Rev. méd. hondur* , 87(2): 85-89.

- Farmer, P. (2013). *To Repair the World: Paul Farmer Speaks to the Next Generation*. Oakland: University of California Press.
- Fernandes-Jesus, M., Mao, G., Ntontis, E., Cocking, C., McTague, M., Schwarz, A., Semlyen, J., & Drury, J. (2021). More Than a COVID-19 Response: Sustaining Mutual Aid Groups During and Beyond the Pandemic. *Frontiers in psychology, 12*, 716202. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.716202>
- Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient education and counseling, 74*(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.007>
- Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Duda, M. (2013). *Implementation drivers: Assessing best practices*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill.
- Fortuna, K. L., Solomon, P., & Rivera, J. (2022). An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *The Psychiatric quarterly, 1–16*. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-09971-w>.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique: Cours au college de France 1978-1979*. París: Seuil.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015a). *Historia de la locura en la época clásica. Segundo Tomo*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015b). *Historia de la locura en la época clásica. Primer Tomo*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Paidós.

- Franco-Giraldo, A. (2016). Globalizar la salud. *Gaceta Sanit.* 17 (2), 157–163.
<https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911103717142>
- Franco Vásquez, L. (2008). *Del pluralismo estructurado según Juan Luis Londoño y Julio Frenk*. [Tesis de Especialización en Gerencia de la Protección Social]. Antioquia: Universidad CES. Facultad de Medicina.
http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/302/1/del_pluralismo_estructurado_segun_juan_luis_londono.pdf.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(5), 505–514. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816765c2>
- Garside, B. (1993). Physicians mutual aid group: a response to AIDS-related burnout. *Health & social work*, 18(4), 259–267. <https://doi.org/10.1093/hsw/18.4.259>.
- Giarelli, G., & Spina, E. (2014). Self-help/mutual aid as active citizenship associations: a case-study of the chronically ill in Italy. *Social science & medicine* (1982), 123, 242–249.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.034>
- Giddens, A. (1986). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Alianza editorial.
- Giedd, J. N. (2020). Adolescent brain and the natural allure of digital media. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(2), 127–133. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/jgiedd>

Gobierno de Perú. (2022). *Centros comunicativos de salud mental*. Alcaldía de Lima. Disponible en <https://www.gob.pe/14421>

Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugent, T. F., 3rd, Herman, D. H., Clasen, L. S., Toga, A. W., Rapoport, J. L., & Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(21), 8174–8179. <https://doi.org/10.1073/pnas.0402680101>

Gómez-Esteban, J. H. (2016). El acontecimiento como categoría metodológica de investigación social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 133-144.

Gómez-Restrepo, C., Aulí, J., Tamayo Martínez, N., Gil, F., Garzón, D., & Casas, G. (2016). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45((Supl. 1)), 39-49. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>.

Gona, J., Newton, C., Hartley, S., y Bunning, K. (2020). Development of self-help groups for caregivers of children with disabilities in Kilifi, Kenya: Process evaluation. *African Journal of Disability*, 9, 1-9. <https://dx.doi.org/10.4102/ajod.v9i0.650>.

González, C., Cardona, A., Silva, J. & Ochoa, D.(1994). *Universalidad de la salud*. Otro reto de fin de siglo. Santa Fe de Bogotá: Presencia Latina.

González, R., & Duque P. (1990). La elección de Juntas Administradoras Locales de Cali. *Revista Foro* (Bogotá). 12 (1).

Gordillo Rodríguez, R. (2010). *Análisis Longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infante-juvenil*. Tesis doctoral. Madrid.

- Gräbel, E., Trilling, A., Donath, C., & Luttenberger K. (2010). Support groups for dementia caregivers predictors for utilisation and expected quality from a family caregiver's point of view: a questionnaire survey part I*. *BMC Health Serv Res*, 10 (219).
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2922206&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Gracia Fuster, E. ¿Por qué funcionan los grupos de autoayuda? *Informació Psicológica*, 58, 4-11, (1996).
- Gugerty, M., Biscaye, P., & Anderson C. (2019). Delivering development? Evidence on self-help groups as development intermediaries in South Asia and Africa. *Dev Policy Rev*. 37(1):129-151. doi: 10.1111/dpr.12381.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>.
- Gutiérrez López, J. A., Cortés Wilches, N., & Montaña Londoño, C. J. (2020). La Pobreza Multidimensional y su relación con el espacio: Caso de estudio para Colombia. *Revista Visión Contable*, (21), 78–100. <https://doi.org/10.24142/rvc.n21a4>
- Habermas, J. (1989). *The Structural Transformation of the Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*. Cambridge: Polity Press.
- Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of counseling psychology*, 65(1), 74–85.
<https://doi.org/10.1037/cou0000248>

- Hart, R. (1993). La participación de los niños: de una participación simbólica a una participación auténtica, *Ensayos Innocenti*. UNICEF.
- Haslam, C., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2014). The ‘we’s’ have it’’: Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in ageing. *Social Science and Medicine*, 120, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.037>.
- Hernández Holguín, DM. & Sanmartín-Rueda, CF. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 1-31
- Hernández Zamora, Z., Hernández Loeza, O. & Rodríguez Viveros, E. (2010). El Grupo de Ayuda como Alternativa para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Psicología Iberoamericana*, 18(2),47-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921006>
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E. & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 34(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07
- Hilarión-Gaitán, L., Díaz-Jiménez, D., Cotes-Cantillo, K., & Castañeda-Orjuela, C. (2019). Inequalities in health by regime of affiliation to the health system in events of obligatory notification, Colombia, 2015. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*, 39(4), 737–747. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4453>
- Holman, D., & Walker, A. (2020). Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses. *European journal of ageing*, 18(2), 239–255. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00582-7>

- Houston, S. (2002). Re-thinking a systemic approach to child welfare: A critical response to the framework for the assessment of children in need and their families. *European Journal of Social Work*, 5(3), 301-312.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Humphreys, K., & Rappaport, J. (1994). Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 217–231. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80096-4](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80096-4)
- Hurémovic, D. (2019). *Mental Health of Quarantine and Isolatio. Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Ginebra: Springer.
- Ibrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L. H., Ismail, R., Khairuddin, R., Siau, C. S., & Safien, A. M. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC public health*, 19(Suppl 4), 544.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6862-6>
- Insel, T. (2022). *Healing: Our Path from Mental Illness to Mental Health*. Penguin Random House.
- Ivankova, N.V. & Stick, S.L. (2007). Students' Persistence in a Distributed Doctoral Program in Educational Leadership in Higher Education: A Mixed Methods Study. *Res High Educ* 48, 93. <https://doi.org/10.1007/s11162-006-9025-4>
- James, E., Kennedy, A., Vassilev, I., Ellis, J., & Rogers, A. (2020). Mediating engagement in a social network intervention for people living with a long-term condition: A qualitative

study of the role of facilitation. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 23(3), 681–690.

<https://doi.org/10.1111/hex.13048>

Jamison, D. T., Nugent, R., Gelband, H., Horton, S., Jha, P., Laxminarayan, R., & Mock, C.

(2018). *Prioridades para el control de enfermedades: Compendio de la 3 a edición*.

Washington, DC: Banco Mundial.

<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29392>

Jaramillo, I. (1999). El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Cinco años después.

Santa Fe de Bogotá: Fescol.

Jaramillo, J., Rodríguez, M. & Prada, T. (2014). Metodologías participativas y colaborativas para

la construcción de memorias transformadoras en medio de la guerra. Cátedra Unesco

“Derechos Humanos y Violencia: gobierno y gobernanza. Congreso Nacional 2014:

Memoria, Historia e Identidad. Universidad Externado de Colombia, 30 de octubre de

2014, Bogotá.

Jaramillo, J. (2010). La reflexividad sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje de la

investigación en ciencias sociales. *Revista Análisis*. No. 76.

Jeammet, P. (1989). *Psicoterapia en Adolescentes*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris)

37812 B10 - 5 .

Jenkins-Smith, HC. & Sabatier PA. (1993). The Dynamics of Policy Oriented Learning,

in Sabatier, Paul A. & Hank C. Jenkins-Smith (Eds.). *Policy Change and*

Learning. Boulder. Westview Press.

- Johnson B. & Turner L. A. (2003). Data collection strategies in mixed methods research. In: Tashakkori A., Teddlie C. (eds) *Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Jiménez Esguerra, N. C. (2013). *Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública*. Universidad del Rosario.
<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4975>
- Jiménez, L. L. (2020). Impacto de la investigación cuantitativa en la actualidad. *Convergence Tech Revista Científica*. 4(1), 59-68.
- Jordán-Quintero, M. I., Agudelo Hernández, F., Julio De la Rosa, A., Cardona Porras, L. F., & Uribe-Restrepo, J. M. (2020). Implementación de una intervención multifamiliar para niños con problemas conductuales y emocionales en una población semirural. *Revista Colombiana de psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.006>
- Jorm, A. F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (2000). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34(4), 619–626. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00761.x>
- Jung, S., Akhmetzhanov, A.R., Hayashi, K. & Linton, N.M. (2020). Real-time estimation of the risk of death from novel coronavirus (COVID-19) infection: inference using exported cases. *J. Clin. Med*; 9 (2), 523.
- Kandel, E. (2019.) *La nueva biología de la mente. Qué nos dicen los trastornos cerebrales sobre nosotros mismos*. Paidós.

- Katz, A. H. (1970). Self-help organizations and volunteer participation in social welfare. *Social Work*, 15, 51-60. <https://www.jstor.org/stable/23710100>
- Kelly, J. F., Hoffman, L., Vilsaint, C., Weiss, R., Nierenberg, A., & Hoepfner, B. (2019). Peer support for mood disorder: Characteristics and benefits from attending the Depression and Bipolar Support Alliance mutual-help organization. *Journal of affective disorders*, 255, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.039>
- Kemp, C. G., Wagenaar, B. H., & Haroz, E. E. (2019). Expanding Hybrid Studies for Implementation Research: Intervention, Implementation Strategy, and Context. *Frontiers in public health*, 7, 325. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00325>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176.
- Kieffer C. H. (1983). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in human services*, 3(2-3), 9–36.
- Kleinman A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 151, 447–454. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Knickman, J., Krishnan, K. R. R., Pincus, H. A., Blanco, C., Blazer, D. G., Coye, M. J., Krystal, J. H., Rauch, S. L., Simon, G. E., & Vitiello, B. (2016). *Improving access to*

effective care for people who have mental health and substance use disorders: A vital direction for health and health care. Discussion Paper: National Academy of Medicine. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/09/Improving-Access-to-Effective-Care-for-People-Who-Have-Mental-Health-and-Substance-Use-Disorders.pdf>

- Konrad, K., Firk, C., & Uhlhaas, P. J. (2013). Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Deutsches Arzteblatt international*, 110(25), 425–431. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0425>
- Kropotkin, P. (2016). *El apoyo mutuo: un factor de revolución*. Pepitas de Calabaza.
- Kustrín, S.S. (2007). Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis. *Historia Actual Online*, 171-192.
- Labuschagne, A. (2003). Qualitative Research - Airy Fairy or Fundamental?. *The Qualitative Report*, 8(1), 100-103. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2003.1901>
- Lamm, C., Meltzoff, A. & Decety, J. (2009) . How do we empathize with someone who is not like us? A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of cognitive neuroscience*, 22 (2). 362-376. DOI: 10.1162/jocn.2009.21186
- Lancet Global Mental Health Group, Chisholm, D., Flisher, A. J., Lund, C., Patel, V., Saxena, S., Thornicroft, G., & Tomlinson, M. (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet (London, England)*, 370(9594), 1241–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.

- Landstad, B. J., Hedlund, M., & Kendall, E. (2022). Practicing in a person-centred environment - self-help groups in psycho-social rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 44(7), 1067–1076. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1789897>
- Larraguibel, M., Rojas-Andrade, R., Halpern, M., & Montt, M. E. (2021). Impacto de la Pandemia por COVID-19 en la Salud Mental de Preescolares y Escolares en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 32(1), 12-22.
- Latour B. (2007). *Reassembling the Social*. Oxford: Oxford University Press.
- Laviola, G., Pascucci, T., & Pieretti, S. (2001). Striatal dopamine sensitization to D-amphetamine in periadolescent but not in adult rats. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 68(1), 115–124. [https://doi.org/10.1016/s0091-3057\(00\)00430-5](https://doi.org/10.1016/s0091-3057(00)00430-5)
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Ediciones Martinez Roca S.A., Barcelona-España.
- Lazzarato, M. (2000). *Compléments de Multitudes 1. Del biopoder a la biopolítica*. Disponible en <https://www.multitudes.net/Del-biopoder-a-la-biopolitica/>.
- Lazzarato, M. (2005). *Políticas del acontecimiento*. Tinta Limón. Buenos Aires
- Lazzarato, M. (2006). *Por una política menor. Acontecimiento y política en las sociedades de control*. Madrid: Traficante de sueños.
- Lazzarato, M. (2018). *Potencias de la Invención. Por una psicología económica vs una economía política*. Editorial Cactus, Buenos Aires.
- Leibniz, G.W. (1977). *Discurso de metafísica-sistema de la naturaleza-nuevo tratado sobre el entendimiento humano monodología-principios*. Editorial Porrúa.

- Lengborn, T. (1993). *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*. UNESCO: Oficina Internacional de Educación, XXIII (3-4), 873-886.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 5:1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>.
- Levy, L. H. (2000). Self-help groups. In J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic.
- Lewis, M.D. & Weiner, D. (2018). Measures and outcomes in implementation Science. In Chambers, Vinson & Norton. *Advancing the Science of Implementation Across the Cancer Continuum* (57-77); <https://impsciuw.org/implementation-science/learn/>.
- List, C. & Pettit, P. (2011). *Group Agency: The Possibility, Design, and Status of Corporate Agents*. Oxford University Press.
- Liu, T. B., Chen, X. Y., Miao, G. D., Zhang, L., Zhang, Q., & Cheung, T. (2003). Recommendations on diagnostic criteria and prevention of SARS-related mental disorders. *J Clin Psychol Med*, 13(3), 188-91.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14, 39. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- Londoño, J.L. & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Documento de Trabajo 353*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>.

- Longden, E., Read, J., & Dillon, J. (2018). Assessing the Impact and Effectiveness of Hearing Voices Network Self-Help Groups. *Community mental health journal*, *54*(2), 184–188. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0148-1>
- Luyt, C. E., Combes, A., Becquemin, M. H., Beigelman-Aubry, C., Hatem, S., Brun, A. L., Zraik, N., Carrat, F., Grenier, P. A., Richard, J. M., Mercat, A., Brochard, L., Brun-Buisson, C., Chastre, J., & REVA Study Group (2012). Long-term outcomes of pandemic 2009 influenza A(H1N1)-associated severe ARDS. *Chest*, *142*(3), 583–592. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2196>
- Magura, S., Cleland, C., Vogel, H. S., Knight, E. L., & Laudet, A. B. (2007). Effects of "dual focus" mutual aid on self-efficacy for recovery and quality of life. *Administration and policy in mental health*, *34*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0091-x>
- Mahoney, J. (2001). Beyond Correlational Analysis: Recent Innovations in Theory and Method .Review Essay. *Sociological Forum*, Vol. 16, No. 3, 575-593.
- Majone, G. (1989). Evidence, Argument, and Persuasion in the Policy Process. New Haven, CT: Yale University Press.
- Manning, V., Kelly, P. J., & Baker, A. L. (2020). The role of peer support and mutual aid in reducing harm from alcohol, drugs and tobacco in 2020. *Addictive behaviors*, *109*, 106480. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106480>.
- Mao, G., Drury, J., Fernandes-Jesus, M., & Ntontis, E. (2021). How participation in Covid-19 mutual aid groups affects subjective well-being and how political identity moderates these effects. *Analyses of social issues and public policy : ASAP*, *10.1111/asap.12275*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/asap.12275>.

- Markowitz F. E. (2015). Involvement in mental health self-help groups and recovery. *Health sociology review: the journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 24(2), 199–212. <https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1015149>
- Martin, C. M., Peterson, C., Robinson, R., & Sturmberg, J. P. (2009). Care for chronic illness in Australian general practice - focus groups of chronic disease self-help groups over 10 years: implications for chronic care systems reforms. *Asia Pacific family medicine*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1447-056X-8-1>
- Martín-Ferrari, L., Rivera- Gaiztarro, A., morandé lavín, G., & Salido Eisman, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica y Salud*, 11(2), 231-256. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618250004>
- Martínez, F., Robayo, G., y Valencia, O. (2002) *¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?* Editorial Scripto Ltda.
- Matusow, H., Guarino, H., Rosenblum, A., Vogel, H., Uttaro, T., Khabir, S., Rini, M., Moore, T., & Magura, S. (2013). Consumers' Experiences in Dual Focus Mutual Aid for Co-occurring Substance Use and Mental Health Disorders. *Substance abuse : research and treatment*, 7, 39–47. <https://doi.org/10.4137/SART.S11006>.
- Maulik, P., Daniels, A., McBain, M. y Morris J. (2014). Global Mental Health Resources. En Cohen A. Patel V y Minas H. y cols (Eds), *Global Mental Health: principios and practice*. Oxford University Press.
- Mascayano, F., Irrazabal, M., Emilia, W., Vaner, S., Sapag, J., Alvarado, R., Yang, L. y Sinah B. (2015). Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 72(4):295-303.

- Maunder R. G. (2009). Was SARS a mental health catastrophe?. *General hospital psychiatry*, 31(4), 316–317. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.04.004>
- MEASURE. (2012). *Evaluation Implementation Research Technical Working Group. Fundamentals of Implementation Research*.
<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-55.html>
- Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T.E., Entner-Wright, B.R., Silva, P.A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104 (1), 1096–1131
- Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Gayed, A., Barnes, C., Madan, I., Dobson, M., Bryant, R. A., Christensen, H., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2017). Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry*, 4(11), 850–858.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30372-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30372-3)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021*.
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documentocompleto-PDSP.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Discusión y Acuerdos*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Plan de Reducción del Consumo y Control de la Oferta Ilícita de Sustancias Psicoactivas de Caldas 2016-2019.*

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/trastornosmentalesustanciasdepartamentocaldas.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). *Resolución 2292 de 2021.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202292%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). *Salud Mental en la Pandemia.*

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-cifras-de-la-salud-mental-en-pandemia.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c). *Orientaciones para la Rehabilitación Basada en Comunidad.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/orientaciones-fortalecimiento-rbc-sm.pdf>

- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irrarrázabal, M., & Díaz R. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 42:e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>
- Moos, R.H. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups. *Addiction*;103(3):387-96. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02111.x
- Moreno Camacho, M. & Molina Valencia, N. (2018). La Intervención Social como Objeto de Estudio: Discursos, prácticas, problematizaciones y propuestas. *Athenea Digital*, 18(3), e2055. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2055>
- Moriyama, T.S., Cho, A.J.M., Verin, R.E., Fuentes, J. & Polanczyk, G.W. (2017). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Irrarrázaval M, Martín A, eds. Prieto-Tagle F, García Acuña M, trad.). En Rey JM (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510–520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Müller, P. (2002). *Las Políticas Públicas*. Universidad Externado de Colombia.
- Munn-Giddings, C. (2003). *Mutuality and Movement: An Exploration of the Relationship of Self Help/Mutual Aid to Social Policy*. [Doctoral dissertation, PhD thesis].—Loughborough: Loughborough University, 2003.
- Munn-Giddings, C., & McVicar, A. (2007). Self-help groups as mutual support: what do carers value?. *Health & social care in the community*, 15(1), 26–34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00660.x>

- Muñoz, C., Cardona, D., Jaramillo, V. & Restrepo, D. (2018). Tres contextos para pensar la promoción de la salud mental en la adolescencia. *Katharsis*, 25: , Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>.
- Nateras, A. (2013). Culturas Juveniles e Identidades Estudiantiles: Narrativas de violencias. *Revista de Trabajo Social UNAM*, 57-72.
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8479. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Ngai, S. S., Cheung, C. K., Ng, Y. H., Shang, L., Tang, H. Y., Ngai, H. L., y Wong, K. H. (2021a). Time Effects of Supportive Interaction and Facilitator Input Variety on Treatment Adherence of Young People with Chronic Health Conditions: A Dynamic Mechanism in Mutual Aid Groups. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3061. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063061>
- Ngai SS, Cheung CK, Mo J, Chau SY, Yu EN, Wang L, Tang HY. (2021b). Mediating Effects of Emotional Support Reception and Provision on the Relationship between Group Interaction and Psychological Well-Being: A Study of Young Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 18(22):12110. doi: 10.3390/ijerph182212110.
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndeti, D., & Roberts, L. W. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 22(3), 235–244. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.485273>.
- Nickel, S., Trojan, A., & Kofahl, C. (2017). Involving self-help groups in health-care institutions: the patients' contribution to and their view of 'self-help friendliness' as an

- approach to implement quality criteria of sustainable co-operation. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(2), 274–287. <https://doi.org/10.1111/hex.12455>
- Nickels, S. V., Flamenco Arvaiza, N. A., & Rojas Valle, M. S. (2016). A qualitative exploration of a family self-help mental health program in El Salvador. *International journal of mental health systems*, 10, 26. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0058-6>
- Norris, F.H. (2005). Range, magnitude and duration of the effects of disasters on mental health: Review update. *Research Education Disaster Mental Health. Disaster Effects*, 1-23.
- Nussbaum, M. (2012). *Las mujeres y el desarrollo humano*. Herder.
- Nussbaum, M. (2014). *Emociones políticas: ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* Paidós.
- O'Dwyer, E., Beascoechea-Seguí, N., & Souza, L. G. S. (2022). The amplifying effect of perceived group politicization: Effects of group perceptions and identification on anxiety and coping self-efficacy among members of UK COVID-19 mutual aid groups. *Journal of community & applied social psychology*, 32(3), 423–437. <https://doi.org/10.1002/casp.2582>
- Ogden, T., & Fixsen, D. L. (2014). Implementation science: A brief overview and a look ahead. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(1), 4–11. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000160>
- Oliveira, W., Gea, B., Marcon, Gilberto, H., Oliveira, J., Dalpino, L., Costa; Freire, T.y Santos, M. (2022). Percepção de profissionais sobre os determi- nantes sociais da saúde mental infanto-juvenil. *Quaderns de Psicologia*, 24(1), e1654. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1654>.

Organización Mundial de la Salud -OMS-. (2010). *Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida.*

https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf).

OMS. (2018). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países.* Washington, D.C.

OMS. (2019). *Suicidio.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

OMS. (2004). *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43126/9243592386_spa.pdf;jsessionid=CE2BEEF0088EB27B38B162DFBEBEE361?sequence=1.

OMS. (2008). *Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas.*

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf).

OMS & OPS. (1990). *Declaración de Caracas.*

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

OMS. (2010). *Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida.*

https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf).

OMS. (2009). *62 Asamblea Mundial de la Salud de 2009.*

<https://www.who.int/mediacentre/events/2009/wha62/es/>.

OPS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018.*

Washington, D.C.: OPS.

- OPS. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
- OPS & OMS. (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud, Declaración de Montevideo. Octava reunión*.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-montevideo-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-2005>.
- OPS. (2019). *Salud Mental de Uruguay*.
https://www3.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1473:salud-mental-uruguay-avanza-en-la-implementacion-de-la-ley&Itemid=245
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias Serie Manuales y Guías sobre Desastres, No. 1*. Washington.
<http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMentalTotal.pdf>
- Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de psiquiatria*, 49(4), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
- Parales, Q., Urrego, M., & Herazo, A. (2018). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34).
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23092>.
- Patel, V., & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*, 303(19), 1976–1977. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.616>

- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* (London, England), 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Patil, S. & Kokate, K. (2017). Identifying factors governing attitude of rural women towards Self-Help Groups using principal component analysis. *Journal of Rural Studies*. 55 (1). <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2017.08.003>
- Pearce, G., Parke, H., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Bourne, C., Sheikh, A., y Taylor S. (2016). The PRISMS taxonomy of self-management support: derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility. *J Health Serv Res Policy*. 21(2):73-82. doi: 10.1177/1355819615602725.
- Perales, A. (2003). *Ética y psiquiatría: la importancia de la relación médico-paciente en clínica e investigación*. Congreso APAL.
- Peralta-Duque, B. (2021). La participación de los jóvenes en la formulación e implementación de las políticas públicas de juventud en el Departamento de Caldas. 2013. Tesina. [Doctorado en Estudios Avanzados en Niñez y Juventud]. Universidad de Manizales, Manizales.
- Perdiguero, E. (2004). La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 19 (4) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400022

- Pereira Arana, MI. (2007). La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza. En Institut de Recherche et Débat Sur la Gouvernance.
- Perkins, D.D. & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment theory and research application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579. <https://doi.org/10.1007/BF02506982>
- Petrini, F., Graziani, E., Caputo, M. A., & Meringolo, P. (2020). Continuum between Relational and Therapeutic Models of Self-help in Mental Health: A Qualitative Approach. *American journal of community psychology*, 65(3-4), 290–304. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12399>
- Peyron, R., Laurent, B., & García-Larrea, L. (2000). Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis (2000). *Neurophysiologie clinique = Clinical neurophysiology*, 30(5), 263–288. [https://doi.org/10.1016/s0987-7053\(00\)00227-6](https://doi.org/10.1016/s0987-7053(00)00227-6)
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 33(1), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002>
- Piaget, J. (1981). *Seis estudios de Psicología*. Barral.
- Picco, L., Abdin, E., Pang, S., Vaingankar, J. A., Jeyagurunathan, A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2018). Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(1), 84–93. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000998>
- Pistrang, N., Baker, C. & Humphreys, K. (2010). The contributions of mutual help groups for mental health problems to psychological well-being: A systematic review. In: Brown LD, Wituk S,(Eds). *Mental health self-help: Consumer and family initiatives*. Springer.

- Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *American journal of community psychology*, 42(1-2), 110–121. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9181-0>
- Ponce Talancón, H. (2007). La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1), 113-130
- Powell, T., & Perron, B. E. (2010). Self-help groups and mental health/substance use agencies: the benefits of organizational exchange. *Substance use & misuse*, 45(3), 315–329. <https://doi.org/10.3109/10826080903443594>
- Pratt, S.L. (2019). The experience of pluralism. *Andamios*, (16), 40. <http://dx.doi.org/10.29092/uacm.v16i40.702>
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and policy in mental health*, 36(1), 24–34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2021). *El Informe Regional de Desarrollo Humano 2021 “Atrapados: Alta Desigualdad y Bajo Crecimiento en América Latina y el Caribe*. <https://www.undp.org/es/comunicados-de-prensa/atrapados-alta-desigualdad-y-bajo-crecimiento-en-américa-latina-y-el-caribe>.
- Putnam, R. & Nanetti, R. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During

- COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142–1150.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Raghunathan, K., Kannan, S., & Quisumbing, A. R. (2019). Can women's self-help groups improve access to information, decision-making, and agricultural practices? The Indian case. *Agricultural economics* (Amsterdam, Netherlands), 50(5), 567–580.
<https://doi.org/10.1111/agec.12510>
- Ramírez, M. T. (2017). Metafísica, violencia y ontología. *Sincronía*, 71 (1), 126-142.
- Rancière, J. (2019). *Disenso. Ensayos sobre estética y política*. Fondo de Cultura Económica.
- Real Dato, J. (2017). *Mecanismos de cambio en las políticas públicas: propuesta de un marco teórico-conceptual sintético*. VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración Política para un mundo en cambio.
<https://aecpa.es/files/congress/8/actas/area6/GT-17/REAL-DATO-JOSE.pdf>.
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., Baillie, A. J., & Gaston, J. E. (2007). Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *British Journal of Psychiatry*, 191(03), 246–252. doi:10.1192/bjp.bp.106.028167
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming Shyness and Social Phobia: A Step by Step Guide*. Lifestyle Press.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health* (Abingdon, England), 20(4), 392–411.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>.
- República de Colombia. (2015). *Rompecabezas de la memoria ¿Aportes a una comisión de la verdad? Bogotá: Centro de Memoria, Paz y Reconciliación*.

- <https://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2015/05/Rompecabezas-de-la-Memoria.-Aportes-a-una-comisi%C3%B3n-de-la-verdad-en-Colombia.pdf>
- Restrepo, G., Calvachi Gálvez, L., Cano Álvarez, I. C., & Ruiz Márquez, A. L. (2019). Las funciones ejecutivas y la lectura: Revisión sistemática de la literatura. *Informes Psicológicos*, 19(2), 81-94. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a06>
- Rettie, H., Hogan, L. & Miles, W. (2021). Addiction Recovery Groups. *Substance Use y Misuse*, 56:6, 840-847, DOI: 10.1080/10826084.2021.1899228
- Rey, J., Assumpção, F., Bernad, C., Çuhadaroglu, F., Evans, B., Fung, D., Harper, G., Loidreau, L., Ono, Y., Pūras, D., Renschmidt, H., Robertson, B., Rusakoskaya, O., Schleimer K. (2018). Historia de la psiquiatría del niño y el adolescente En: Irarrazaval, M. y Martin, A. eds. Prieto-Tagle F, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Reyes Morris, V. (2008). Anomia y criminalidad: Un recorrido a través del desarrollo conceptual del término Anomia. *Revista Criminalidad*, 50(1), 319-332.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082008000100009&lng=en&tlng=es.
- Rheingold, A. (2020). Managing Anxiety Related to COVID-19.
https://www.musc.edu/medical_center/comm/Managing-Anxiety-Related-to-COVID-19.pdf
- Rodríguez, E., (2018). Emputados y disoutados: miradas neoliberales, neoconservadoras y neodesarrollistas sobre jóvenes en América Latina. En Vásquez M., Ospina Alvarado C, Domínguez MI. *Juventudes e infancias en el escenario Latinoamericano y Caribeño actual*

- Rodríguez Orozco, A. (2019). Ontología del pluralismo: Diversidad y escenarios intersticiales. *Andamios*, 16(40), 17-36. <https://doi.org/10.29092/uacm.v16i40.695>
- Rodríguez, O. (2018). *El relato de la pobreza. Epistemología transdisciplinar sobre su multidimensionalidad y devenir en desigualdad*. 13o congreso Estatal de Ciencia, Tecnología e Innovación.
- https://www.academia.edu/37499284/EL_RELATO_DE_LA_POBREZA_EPISTEMOLOG%C3%80DATRANSDISCIPLINAR_SOBRE_SU_MULTIDIMENSIONALIDAD_Y_DEVENIR_EN_DESIGUALDAD.
- Rojas-Andrade, R. & Leiva, L. (2015). *Cuestionario de actitudes de implementación de programas psicosociales*. Universidad de Chile.
- Rojas-Andrade, R. M., & Leiva, L. (2018). La salud mental escolar desde la perspectiva de profesionales chilenos. *Psicoperspectivas*, 17(2), 151-162.
- Rogers, C. (1973). *Grupos de encuentro*. Amorrortu Editores.
- Rojas-Bernal, L., Castaño-Pérez, G. & Restrepo-Bernal, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med*. 32(2), 129-140.
- <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Roth Deubel, André-Noël. (2002). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Aurora.
- Rowan, K., McAlpine, D. D., & Blewett, L. A. (2013). Access and cost barriers to mental health care, by insurance status, 1999-2010. *Health affairs (Project Hope)*, 32(10), 1723–1730.
- <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0133>.
- Rosenblat, J. D., Simon, G. E., Sachs, G. S., Deetz, I., Doederlein, A., DePeralta, D., Dean, M. M., & McIntyre, R. S. (2019). Treatment effectiveness and tolerability outcomes that

are most important to individuals with bipolar and unipolar depression. *Journal of affective disorders*, 243, 116–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.027>

Rubín Álvarez, J. (2015). Esperando el acontecimiento. El problema de la totalidad en la política postmoderna. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*. Núm. 17. ISSN 1699-7549. pp. 61-69. 61. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/39128813.pdf>.

Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric services*, 62(6), 675–678. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675

Russo, C.A., Hambrick, M.M., Owens, P.L. (2007). Hospital Stays Related to Depression, 2005, In: Project, H.C.a.U. (Ed.), *Statistical Brief Agency for Healthcare Research and Quality*. Rockville.

Sabatier, PA. & Weible C. (2007). The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarification. En Paul A. Sabatier .ed., *Theories of the Policy Process*. 2nd ed. Boulder, Co.: Westview Press.

Sahar, J., Riasmini, N. M., Kusumawati, D. N., & Erawati, E. (2017). Improved Health Status and Life Satisfaction among Older People following Self-Help Group Intervention in Jakarta. *Current gerontology and geriatrics research*, 2017, 3879067. <https://doi.org/10.1155/2017/3879067>

Sample, L., Cooley, B., y Ten Bensel, T. (2018). Beyond Circles of Support: "Fearless"-An Open Peer-to-Peer Mutual Support Group for Sex Offense Registrants and Their Family

Members. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 62(13):4257-4277. doi:
10.1177/0306624X18758895.

- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Belik, S. L., Meadows, G., & Asmundson, G. J. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 843–852. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.843>
- Sarinopoulos, I. & Hesson, A. & Gordon, C. (2013). Patient-centered interviewing is associated with decreased responses to painful stimuli: An initial fMRI study. *Patient Education and Counseling*, 90 (1), 220-225. DOI: 10.1016/j.pec.2012.10.021
- Sava, D., Levit, K. & Elixhauser, A. (2008) Hospital Stays Related to Mental Health, 2006, In: Project, H.C.a.U. (Ed.), *Statistical Brief Agency for Healthcare Research and Quality*. Rockville.
- Scambler, G., & Kelleher, D. (2006). New social and health movements: Issues of representation and change. *Critical Public Health*, 16(3), 219-231.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>.
- Seebohm, P., Chaudhary, S., Boyce, M., Elkan, R., Avis, M., & Munn-Giddings, C. (2013). The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & social care in the community*, 21(4), 391–401. <https://doi.org/10.1111/hsc.12021>

- Seligman, M. E. (1999). *Niños optimistas: Cómo evitar la depresión en la infancia*. Editorial Grijalbo
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona, Planeta.
- Sharma, A., & Morrow, J. D. (2016). Neurobiology of adolescent substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.02.001>
- Siller, H., Renner, W., & Juen, B. (2015). Turkish Migrant Women with Recurrent Depression: Results from Community-based Self-help Groups. *Behavioral Medicine*, 43(2), 129–141. doi:10.1080/08964289.2015.1111
- Simpson V., (2015). *Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del hospital psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual review of clinical psychology*, 13, 149–181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>
- Solomon, R. & Calhoun, C. (1989). Introducción a R. Solomon & Ch. Calhoun, (comps.), *¿Qué es una emoción?*, FCE, México.
- Southall, K., Jennings, M. B., Gagné, J. P., & Young, J. (2019). Reported benefits of peer support group involvement by adults with hearing loss. *International journal of audiology*, 58(1), 29–36. <https://doi.org/10.1080/14992027.2018.1519604>

- Spade, D. (2020). Solidarity not charity: mutual aid for mobilization and survival. *Soc. Text*, (38), 131–151.
- Speerforck, S., Schomerus, G., Pruess, S., & Angermeyer, M. C. (2014). Different biogenetic causal explanations and attitudes towards persons with major depression, schizophrenia and alcohol dependence: is the concept of a chemical imbalance beneficial?. *Journal of affective disorders*, 168, 224–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.013>
- Spitz, R.A. (1965). *El primer año de vida: un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Editorial Aguilar.
- Stang, I., & Mittelmark, M. B. (2009). Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of clinical nursing*, 18(14), 2049–2057. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02320.x>
- Steinke, B. (2000). Rehabilitation initiatives by disability self help groups: A comparative study. *International Social Security Review*, 53 (1), 83–107. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1789897>
- Stewart, M. J. (1990). Expanding theoretical conceptualizations of self-help groups. *Social Science and Medicine*, 31, 1057-1066.
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Speerforck, S., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2019). Individuals with currently untreated mental illness: causal beliefs and readiness to seek help. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(4), 446–457. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000828>
- Tan Susan, M., Kamal, N., Loh, S., Wahab, S., Marimuthu, S. & Chan, L. (2016). Maltrato y exposición precoz a la violencia (Ed. Martínez-Uribe, D.). In Rey JM (ed), IACAPAP e-

Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Tarde, G. (2002). *Fragmento de una historia futura*. Barcelona: Abraxas.

Tarde, G. (1989). *La opinión y la multitud*. Madrid: Taurus

Tarde, G. (2006). *Monadología y sociología*. Cactus. Buenos Aires.

Tashakkori, A. & Teddlie C. (2003). *Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences*. Sage Publications.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological medicine*, 43(4), 849–863.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>

Tiratelli, L., & Kaye, S. (2020). *Communities vs. Coronavirus. The Rise of Mutual Aid. New Local Government Network*. New Local. Recovered from http://newlocal.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/Communities-vs-Coronavirus_New-Local.pdf.

Toumella, R. (2016). *Social Ontology: Collective Intentionality and Group Agents*. Oxford University Press.

Trojan, A., Nickel, S. & Kofahl, C. (2016). Implementing 'self-help friendliness' in German hospitals: a longitudinal study. *Health Promot Int*. 31(2), 303-313. doi: 10.1093/heapro/dau103.

Tuke, D. (1892). *A Dictionary of Psychological Medicine: Giving the Definition, Etymology and Synonyms of the Terms Used in Medical Psychology with the Symptoms, Treatment, and Pathology of Insanity and the Law of Lunacy in Great Britain and Ireland*. London: J & A Churchill.

- UNESCO. (2015). *The EFA 2015 Global Monitoring Report. Education for All 2000-2015: Achievements and Challenges*. <https://en.unesco.org/gem-report/report/2015/education-all-2000-2015-achievements-and-challenges>
- United Nations General Assembly. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. United Nations.
- Vivanco-Vidal, A., Saroli-Aranibar, D., Caycho-Rodríguez, T., Carbajal-León, C., & Noé-Grijalva, M. (2020). Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista De Investigación En Psicología*, 23(2), 197–215. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i2.19241>
- Walshe, K. (2007). Understanding what works—and why—in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 57-59.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H., Wells, K. y Kessler, R. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Achieves of General Psychiatry*, 62, 603–613.
- Weaver, RK. & Salem, DA. (2005) . Mutual-help groups and recovery: The influence of settings on participants' experience of recovery.. In: Ralph, RO.; Corrigan, PW., editors. *Recovery and mental illness: Consumer visions and research paradigms*. American Psychological Association.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, 15, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 22(3), 429–445.
<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Williams, F. (2004) Care, values and support in local self-help groups. *Social Policy and Society*, 3 (4). 431-438. <https://doi.org/10.1017/S1474746404002027>
- Williams, C., McClay, C. A., Matthews, L., McConnachie, A., Haig, C., Walker, A., & Morrison, J. (2018). Community-based group guided self-help intervention for low mood and stress: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 212(2), 88–95. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.18>
- Wilson, J. (2014). *Self Help Groups and Professionals*. York: Joseph Rowntree Foundation, Social Care Research.
- Winograd, T. & Flores, F. (1989). *Hacia la comprensión de la informática y la cognición*. Barcelona: Editorial Hispano-Europea.
- World Bank. (1993). *World development report 1993: Investing in health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1998). *Good governance for health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65021>
- World Health Organization. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>

- World Health Organization (1975). *Organization of mental health services in the developing countries*. Geneva.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva; 2022. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(3), 244–250. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0156-x>
- Yalom, I. (2010). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry research*, 174(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2009.03.012>
- Yip, K.S. (2002). A mutual-aid group for psychiatric rehabilitation of mental ex-patients in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 48(4):253-65. doi: 10.1177/002076402128783299.
- Yoo, Y. S., & Kang, H. Y. (2006). Effects of a bereavement intervention program on depression and life satisfaction in middle aged widows in Korea. *Taehan Kanho Hakhoe chi*, 36(8), 1367–1373. <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.8.1367>
- Zimmerman, M.A. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5), 725-750. <https://doi.org/10.1007/BF00930023>.
- Zoller, H. M. (2005). Health activism: Communication theory and action for social change. *Communication Theory*, 15(4), 341-364.

Anexo 1. Instrumento para la realización de la entrevista con el grupo focal

Eje	Definición	Pregunta gatillante	Preguntas auxiliares
Experiencias de vida con enfermedad mental	Aquellas historias de vida relacionadas con los problemas mentales más allá de una entrevista centrada en síntomas.	¿Cómo es la vida para ti con un diagnóstico psiquiátrico?	¿Qué ha significado para ti vivir o haber vivido con un problema mental? ¿Cuáles son las problemáticas de salud mental que lo traen al grupo?
Componentes nucleares de los GAM	Estos pueden ser técnicas, contenidos o habilidades discretas, además de valores del grupo, que hacen que la estrategia funcione. Principales procesos y mecanismos que se han propuesto desde diversas perspectivas teóricas para explicar la efectividad de los grupos de autoayuda.	¿Cuáles valores, principios o componentes resaltaría de su GAM? Luego conectar: ¿cómo viven estos valores en el GAM?	¿Qué contenidos o habilidades discretas, además de valores del grupo, que hacen que la estrategia funcione? ¿Qué temáticas considera que se han manejado en su GAM que han servido a su mejoría?
Acontecimiento	Agenciamiento de <i>los posibles</i> en instituciones u organizaciones que van más allá de lo público, lo privado y lo sectorial: en organizaciones sociales que aportan a la construcción íntima de identidades individuales	¿Cómo ha influido su participación en para otros miembros de su GAM? ¿Cómo ha transformado su vida participar en un GAM? ¿Cómo ha contribuido a transformar a las otras personas del GAM? ¿Cómo contribuye su GAM a transformar la sociedad?	¿De qué manera en el grupo al cual pertenece se permite aprender de la experiencia propia y de otros? ¿Cómo se da el proceso para la expresión de sentimientos o emociones entre los miembros del GAM? ¿Cómo se abordan en el grupo las situaciones individuales que podrían afectar el funcionamiento del grupo?
Efectividad de los GAM	Cambios positivos percibidos que pueda relacionar con la participación en los GAM.	¿Cómo las prácticas sociales que se llevan a cabo al interior del GAM, se podrían replicar en otras esferas de la sociedad?	¿Cuáles son las ventajas que le ha traído participar en los GAM? ¿Recomendaría un GAM? ¿Por qué? ¿Cuáles son los principales utilidades y aprendizajes que usted ha extraído de los GAM? ¿Cómo los GAM han permitido generar competencias para crear, coordinar y orientar acciones en otros espacios comunitarios?
Acceso a los GAM: barreras y facilitadores	Situaciones, normativas, eventos, que hacen que sea más complejo o más sencillo, acceder a estos GAM.	¿Cómo es el proceso para acceder a un GAM? ¿Cómo es la relación existente con el sistema de salud? De estar en ambos momentos ¿cómo se interactúa con ambos sistemas?	¿Qué barreras y facilitadores identifica en el acceso a los GAM? Enumere barreras administrativas, del sistema de salud geográficas, en usted mismo.
Experiencias en los GAM	Relatos que puedan ampliar el concepto de interacciones sociales en los GAM. Experiencias subjetivas propias relacionadas como sujeto, y experiencias como colectivo.	¿Qué experiencias resaltaría en el GAM del cual es parte?	¿Podría aportar un relato significativo para usted que ilustre lo que ocurre en su GAM? ¿Cómo resuelven los conflictos? ¿Qué herramientas implementa el grupo?, ¿Qué mecanismos usan para las interrupciones?

Nota. Elaboración propia.

Anexo 2. Cuadros de Categorías.

Categorías y subcategorías preestablecidas para las entrevistas a profundidad

Categoría	Subcategorías	Concepto	Categorías emergentes (resultado procesamiento datos)
Ciencia de la implementación para prácticas de salud basadas en evidencia	Barreras y facilitadores de la implementación	Aspectos relacionados con las dificultades de implementación de una estrategia de salud, en el caso de las barreras; o aquellos aspectos que permiten o ayudan a su implementación, en el caso de los facilitadores. En este caso reportados por los referentes territoriales de salud mental y por los líderes de los grupos de apoyo y los GAMJ	-
	Beneficios de los GAMJ	Aspectos reportados por los líderes de las estrategias comunitarias a nivel nacional relacionados con un impacto positivo de los GAMJ en sus miembros.	-
Políticas del acontecimiento	Los GAMJ y los problemas mentales	Aquellas historias de vida relacionadas con los problemas mentales más allá de una entrevista centrada en síntomas, que aborde conceptos de agencia y de nuevas posibilidades de vida.	Insatisfacción con el tratamiento tradicional. Conocimiento en salud mental para la búsqueda de ayuda. El grupo como opción de salud
	Acontecimiento	Agenciamiento de <i>los posibles</i> en instituciones u organizaciones que van más allá de lo público, lo privado y lo sectorial: en organizaciones sociales que aportan a la construcción íntima de identidades individuales. Relatos que puedan ampliar el concepto de interacciones sociales en los GAM. Experiencias subjetivas propias relacionadas como sujeto, y experiencias como colectivo.	Componentes nucleares del GAMJ Agenciamiento Acontecimiento (como categoría emergente)

Nota. Elaboración propia.

Categorías Cuantitativas. Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensión	Definición	Sub-dimensiones	Operacionalización	
					Indicador	Tipo de variable
Variable dependiente Implementación ⁵ de los GAMJ	Dominios que incluyen la descripción de las características de los GAMJ, de los individuos, de los entornos y de las organizaciones que llevan a cabo dicha intervención	Componentes nucleares de los GAMJ	Técnicas, contenidos, valores o habilidades discretas relacionadas con el adecuado funcionamiento de un GAMJ.	Estrategias de afrontamiento Reconocimiento y gestión emocional Técnicas de resolución de problemas Interacciones de apoyo, Confianza en otros miembros. Apoyo en la construcción de identidad. Fortalecimiento en redes sociales. Aumento capacidad de agencia	Presencia de los componentes nucleares en la estructura del GAMJ	Cuantitativa, de razón
		Clima de implementación	Percepción de las partes interesadas del grado en el cual el significado, los objetivos y valores de la estrategia que se propone se encuentran en línea con los objetivos, principios, valores, necesidades y riesgos percibidos de las personas que deberán implementarla	Clima de implementación	Grado de clima de implementación	Cuantitativa, de razón
		Beneficios de los GAMJ	Aspectos positivos identificados por las personas o por los referentes de salud mental como parte de la mejoría en la salud mental.	Mejoría en calidad de vida Aprendizaje en salud mental Mejoría en funcionamiento social Mejoría en habilidades para la vida Aumento de esperanza	Presencia de los beneficios identificados en la literatura y reportados en los grupos	Cuantitativa, de razón
		Barreras y facilitadores de los GAMJ	Las barreras son aspectos que impiden o inhiben la implementación de los GAMJ,	Barreras		Cualitativa

⁵Fixsen et al. (2013)

			mientras los facilitadores hacen exitosa la implementación de dichas estrategias.	Facilitadores	Cualitativa
Variables independientes	Variables sociodemográficas	Edad	Años de los participantes en el grupo focal y de los líderes de las estrategias grupales	Años reportados	Cuantitativa, discreta
		Sexo	Sexo reportado por los participantes del grupo focal y de los líderes de las estrategias grupales	Femenino Masculino Indeterminado	Cualitativa, categórica
		Departamento	Departamento de Colombia donde funciona el grupo	Departamento Distrito	Cualitativa, categórica
		Ocupación	Profesión u ocupación.	Profesión u ocupación.	Cualitativa, categórica
	Variables asociadas a las estrategias grupales	Tipo de grupo	Tipo de estrategia grupal comunitaria para la salud mental	Grupo de apoyo o grupo de ayuda mutua	Cualitativa, categórica
		Participación del sistema de salud	Apoyo de las entidades vinculadas al sistema de salud en la organización y gestión de las estrategias grupales	Nivel de participación del sistema de salud en el funcionamiento de los grupos	Cualitativa, categórica
		Periodicidad	Número de veces que se reúne un grupo por mes	Frecuencia de reunión	Cuantitativa, discreta
		Participantes	Cantidad de integrantes que en promedio participan por cada grupo	Número de participantes	Cuantitativa, discreta
		Curso de vida del grupo	Momento de desarrollo humano en por lo que atraviesan los participantes de los grupos	Niños y niñas Adolescentes y jóvenes Adultos Adultos mayores	Cualitativa, categórica
		Diagnósticos	Situaciones problemas, enfermedades o trastornos, psiquiátricos o no, que aborda especialmente la estrategia grupal	Diagnóstico de la mayoría de participantes	Categórica, cualitativa
		Adopción de la política pública	Adopción de la Política Nacional de Salud Mental por	Sí o No	Cualitativa, dicotómica

Año de adopción	cada departamento o distrito por acto administrativo Año en el cual se llevó a cabo dicha adopción	Año de adopción	Cualitativa, categórica
-----------------	---	-----------------	-------------------------

Nota. Elaboración propia.

Consideraciones Éticas

Este estudio se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2000), estuvo en conformidad con los artículos dispuestos en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación Ministerio de Salud (1993) y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Manizales, con acta CB022 de 2021. Los nombres de los participantes en el estudio se mantuvieron en estricta confidencialidad.