



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 18 de agosto de 2021

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Neiva

El (Los) suscrito(s):

Lina María Sanchez Piedrahita, con C.C. No. 55111969

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado Lina María Sánchez Piedrahita

Titulado *Estrategia Sanológica con Personas que asisten al Hospital Día en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el 2018 – 2019*

Presentado y aprobado en el año 2021 como requisito para optar al título de

Doctora en Ciencias de la Salud;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

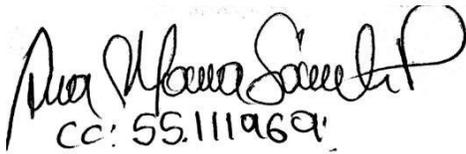
VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

  
cc: 55.111969

Firma: \_\_\_\_\_



**TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO:** Estrategia Sanológica con personas que asisten al “Hospital Día” en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, 2019

**AUTOR O AUTORES:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Sánchez Piedrahita	Lina María

**DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Núñez Gómez	Nicolás Arturo
Amable Ambrós	Zoraida María

**ASESOR (ES):**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
----------------------------	--------------------------

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:** Doctora en Ciencias de la Salud

**FACULTAD:** Ciencias de la Salud

**PROGRAMA O POSGRADO:** Doctorado en Ciencias de la Salud

**CIUDAD:** Neiva – Huila

**AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2021

**NÚMERO DE PÁGINAS:** 213

**TIPO DE ILUSTRACIONES** (Marcar con una X):

Diagramas  Fotografías  Grabaciones en discos  Ilustraciones en general  Grabados   
Láminas  Litografías  Mapas  Música impresa  Planos  Retratos  Sin ilustraciones  Tablas  
o Cuadros

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



**SOFTWARE** requerido y/o especializado para la lectura del documento:

**MATERIAL ANEXO:**

**PREMIO O DISTINCIÓN** (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

**PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**

**Español**

**Inglés**

- |                        |                  |
|------------------------|------------------|
| 1. Hospital Day        | Hospital Día     |
| 2. Sanología           | Sanology         |
| 3. Salud               | Health           |
| 4. Trastornos mentales | Mental disorders |

**RESUMEN DEL CONTENIDO:** (Máximo 250 palabras)

El propósito de este estudio, de corte mixto, de triangulación concurrente, con variables de tipo cualitativo y cuantitativo, fue el de fortalecer el estado y comportamientos en salud ante alteraciones mentales a partir de la implementación de una estrategia sanológica consensuada con personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, ubicado en la ciudad de Neiva, Colombia. Participaron 18 personas asistentes al programa entre diciembre del 2018 y agosto del 2019, quienes declararon conocer en qué consistía la estrategia sanológica y firmaron el consentimiento dialogado. Se aplicaron mediciones antes - después. El estado físico fue considerado como normal, con diagnósticos de enfermedades mentales como esquizofrenia paranoide, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo y trastorno en el control de los impulsos.



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

3 de 5

El establecimiento de las rutas sanológicas fue inicialmente construido de forma individual junto con el grupo sanológico, focalizándose en las áreas “familia y amigos”, “sueño y estrés”, “imagen interior” y “nutrición”. Durante ocho meses se trabajaron conjuntamente dichas rutas en actividades individuales y colectivas. Después de participar en la estrategia sanológica, se evidencia disminución del uso de medicamento, cambios positivos en la percepción de salud, disminución de ansiedad y depresión, mejoría en la calidad de vida, cambios sustantivos en hábitos y estilo de vida de los participantes. La estrategia sanológica fortaleció la salud física y mental de las personas con alteraciones mentales que asisten al “Hospital Día”, permitiéndoles tener mejor percepción de la salud, cambios en hábitos y estilo de vida. La sanología se incluye en la atención por psiquiatría, para ser implementada en el contexto del “Hospital Día” y brindar otra alternativa para el tratamiento de personas que padecen patologías mentales en la etapa subaguda.



**ABSTRACT:** (Máximo 250 palabras)

The purpose of this mixed-cut study of concurrent triangulation with qualitative and quantitative variables was to strengthen the health status and behaviors in the face of mental disorders from the implementation of a sanological strategy agreed with people who attend the “Hospital Día” Of the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital, located in the city of Neiva, Colombia. Eighteen people who attended the program between December 2018 and August 2019 participated, wishing to participate, declared that they knew what the health strategy consisted of and signed the dialogue consent. Before-after measurements were applied. Physical state was considered normal, with diagnoses of mental illnesses such as paranoid schizophrenia, bipolar affective disorder, depressive disorder, and impulse control disorder. The establishment of the health routes was initially built individually together with the health group, focusing on the areas "family and friends", "sleep and stress", "inner image" and "nutrition". For eight months these routes were worked together in individual and collective activities. After participating in the health strategy, there is evidence of a decrease in the use of medication, positive changes in the perception of health, a decrease in anxiety and depression, an improvement in the quality of life, substantive changes in the habits and lifestyle of the participants. The health strategy strengthened the physical and mental health of people with mental disorders who attend the “Hospital Día”, allowing them to have a better perception of health, changes in habits and lifestyle. Sanology is included in psychiatric care, to be implemented in the context of the "Hospital Día" and provide another alternative for the treatment of people suffering from mental pathologies in the subacute stage.



CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	5 de 5
--------	--------------	---------	---	----------	------	--------	--------

**APROBACION DE LA TESIS**

Nombre Jurado: Dra. DOLLY ARIAS TORRES

Firma:

Nombre Jurado: Dra. LUZ MERY HERNÁNDEZ MOLINA

Firma:

Nombre Jurado: Dra. REINA CARIDAD RODRÍGUEZ MESA

Firma:



UNIVERSIDAD  
**SURCOLOMBIANA**

ACREDITADA DE  
**ALTA CALIDAD**  
Resolución 11299 / 2018 - MEN

**ESTRATEGIA SANOLÓGICA CON PERSONAS QUE ASISTEN AL “HOSPITAL  
DÍA” EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO  
PERDOMO, 2019**

**Lina María Sánchez Piedrahita**

**Universidad Surcolombiana  
Facultad de Salud  
Doctorado en Ciencias de la Salud  
2021**

**ESTRATEGIA SANOLÓGICA CON PERSONAS QUE ASISTEN AL “HOSPITAL  
DÍA” EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO  
PERDOMO, 2019**

**Lina María Sánchez Piedrahita**

Tesis presentada como requisito para optar al título de  
Doctor en Ciencias de la Salud

Director

Dr. C. Nicolás Arturo Núñez Gómez

Dr. C. Zoraida María Amable Ambrós

**Universidad Surcolombiana  
Facultad de Salud  
Doctorado en Ciencias de la Salud  
2021**



**Nota de aceptación**

---

---

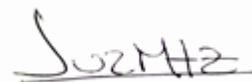
---

---



---

**Firma del jurado 1**



---

**Firma del jurado 2**



---

**Firma del jurado 3**

**Neiva, Agosto de 2021**

## Dedicatoria

*A la Dra. Zoraida Amable Ambrós quien, con su amor, sabiduría y dedicación, me condujo por  
complejidad del ser humano.*

*Al Dr. Nicolás Arturo Núñez Gómez, tutor y amigo incondicional en este camino lleno de brechas  
propias de las vicisitudes humanas.*

*Lina María*

## **Agradecimientos**

Agradezco a las instituciones: Universidad Surcolombiana, Hospital Hernando Moncaleano

Perdomo, Doctorado en Ciencias de la Salud, Grupo de Investigaciones Carlos Finlay.

A todas las personas que laboran en la Unidad Mental y al programa “Hospital Día”.

A los estudiantes de medicina que apoyaron el programa “Hospital Día”.

A las personas que asisten cotidianamente al programa “Hospital Día”.

A mi familia, que con paciencia soportó todos los días de dedicación a la investigación  
sabiendo que les quitaba tiempo valioso para compartir.

*Lina María*

## Prefacio

La autora, Lina María Sánchez Piedrahita es médico con Especialización en Psiquiatría y Especialización en Gerencia y Auditoria de la Calidad de la Salud. Creadora del programa “Hospital Día” en la ciudad de Neiva en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo desde el año 2009. Su apropiación humanista de la práctica clínica de la psiquiatría, la ha guiado hacia una reflexión constante de los cambios obtenidos por las personas que asisten a su consulta a escala personal, familiar, social y laboral. Su actitud innovadora, la orienta en búsqueda de nuevas líneas de acción en el contexto de la psiquiatría; entre ellas, el trabajo constante con la Dra. Zoraida Amable Ambrós, profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, incursionando así en el saber sanológico e incluyéndose en la práctica de la psiquiatría en personas con alteraciones mentales. La tesis Doctoral “Estrategia sanológica con personas que asisten al “Hospital Día” en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, 2019” es un reto de vida, como persona y profesional de salud. Es una provocación desde la Psiquiatría para proponer nuevas estrategias de intervención basadas en la categoría sanología. Es una alternativa en la docencia médica, enseñar sobre la salud, como opción para afrontar las alteraciones mentales desde escenarios de complejidad, interculturalidad e interdisciplinariedad

## Resumen

El propósito de este estudio, de corte mixto, de triangulación concurrente, con variables de tipo cualitativo y cuantitativo, fue el de fortalecer el estado y comportamientos en salud ante alteraciones mentales a partir de la implementación de una estrategia sanológica consensuada con personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, ubicado en la ciudad de Neiva, Colombia. Participaron 18 personas asistentes al programa entre diciembre del 2018 y agosto del 2019, quienes declararon conocer en qué consistía la estrategia sanológica y firmaron el consentimiento dialogado. Se aplicaron mediciones antes - después. El estado físico fue considerado como normal, con diagnósticos de enfermedades mentales como esquizofrenia paranoide, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo y trastorno en el control de los impulsos. El establecimiento de las rutas sanológicas fue inicialmente construido de forma individual junto con el grupo sanológico, focalizándose en las áreas “familia y amigos”, “sueño y estrés”, “imagen interior” y “nutrición”. Durante ocho meses se trabajaron conjuntamente dichas rutas en actividades individuales y colectivas. Después de participar en la estrategia sanológica, se evidencia disminución del uso de medicamento, cambios positivos en la percepción de salud, disminución de ansiedad y depresión, mejoría en la calidad de vida, cambios sustantivos en hábitos y estilo de vida de los participantes. La estrategia sanológica fortaleció la salud física y mental de las personas con alteraciones mentales que asisten al “Hospital Día”, permitiéndoles tener mejor percepción de la salud, cambios en hábitos y estilo de vida. La sanología se incluye en la atención por psiquiatría, para ser implementada en el contexto del “Hospital Día” y brindar otra alternativa para el tratamiento de personas que padecen patologías mentales en la etapa subaguda. *Palabras clave:* Hospital Día, Sanología, Salud, Transtornos Mentales.

## Abstract

The purpose of this mixed-cut study of concurrent triangulation with qualitative and quantitative variables was to strengthen the health status and behaviors in the face of mental disorders from the implementation of a sanological strategy agreed with people who attend the “Hospital Día” Of the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital, located in the city of Neiva, Colombia. Eighteen people who attended the program between December 2018 and August 2019 participated, wishing to participate, declared that they knew what the health strategy consisted of and signed the dialogue consent. Before-after measurements were applied. Physical state was considered normal, with diagnoses of mental illnesses such as paranoid schizophrenia, bipolar affective disorder, depressive disorder, and impulse control disorder. The establishment of the health routes was initially built individually together with the health group, focusing on the areas "family and friends", "sleep and stress", "inner image" and "nutrition". For eight months these routes were worked together in individual and collective activities. After participating in the health strategy, there is evidence of a decrease in the use of medication, positive changes in the perception of health, a decrease in anxiety and depression, an improvement in the quality of life, substantive changes in the habits and lifestyle of the participants. The health strategy strengthened the physical and mental health of people with mental disorders who attend the “Hospital Día”, allowing them to have a better perception of health, changes in habits and lifestyle. Sanology is included in psychiatric care, to be implemented in the context of the "Hospital Día" and provide another alternative for the treatment of people suffering from mental pathologies in the subacute stage.

*Keywords:* Hospital Día, Sanology, Health, Mental Disorders.

## Índice general

	<b>Pág.</b>
Introducción	18
Capítulo Uno	22
I. Planteamiento del Problema	22
1.1. Planteamiento del Problema	22
Capítulo Dos	28
II. Sanología como accionar en el “Hospital Día”	28
2.1. La Sanología: Una alternativa que cobra vigencia	28
2.2. Salud mental desde la Sanología	33
2.3. La Sanología como concepción humanista	36
2.4. Sanología y “Hospital Día”	38
Capítulo Tres	44
III. Método	44
3.1. Diseño de la Investigación	44
3.2. Población y muestra	46
3.3. Fase Cuantitativa	46
3.3.1. Hipótesis	46
3.3.2. Variables	47
Examen físico	48

Examen mental	48
Exámenes paraclínicos del estado metabólico (Glicemia,	48
Colesterol total, Triglicéridos,	48
Recuento de blancos y Hemoglobina)	48
Lista de medicación.	48
Valoración del estado de salud y enfermedad según Clasificación Internacional de	
Enfermedades -versión 10.	48
3.3.3. Técnicas e instrumentos	49
3.3.4. Estrategia de Sistematización	51
3.4. Fase Cualitativa	52
3.4.1. Momentos de la Investigación	53
3.4.2. Técnicas e instrumentos para la recolección de información	54
3.4.3. Plan de análisis	56
3.4.4. Categorías de Análisis	59
3.4.5. Consideraciones éticas	61
3.4.6. Limitaciones y preguntas	63
3.4.7. Control de calidad y manejo de datos	63
3.4.8. Validación de hallazgos	64
Capítulo Cuatro	65

IV. Estrategia Sanológica	
4.1. Título	65
4.2. Introducción	65
4.3. Objetivos	67
4.4. Justificación teórica para la elección del programa “Hospital Día”	68
4.5. Estructura Física del Servicio	69
4.6. El equipo multidisciplinario	69
4.7. Proceso pre-investigativo	74
4.8. Primer Momento	75
4.8.1. Autoevaluación de salud	75
4.8.2. Diagnóstico sanológico	76
4.8.3. Presunción de Salud	76
4.8.4. Establecimiento de la ruta de salud	77
4.9. Segundo Momento	79
4.9.1. Activación de las rutas individuales	79
4.9.2. Activación de las rutas colectivas	80
4.9.3. Los talleres y su estructura	80
4.10. Tercer momento (Evaluación)	82
Capítulo Cinco	84

V. Hallazgos	84
5.1. Identificación del estado de salud mental y los comportamientos en salud	84
5.1.1. Datos Demográficos del Grupo de Trabajo	84
5.1.2. Categoría: Concepto y Autoevaluación en Salud del Grupo de Trabajo	85
5.1.3. Categoría: Diagnóstico sano-clínico o de presunción de salud	90
5.2. Establecimiento de la ruta de salud por parte de la persona con enfermedad mental	
5.3. Categoría: Ruta salud Individual	100
5.3.1. Creación de relaciones con sus familiares y amigos	100
5.3.2. Ruta de sano acción relacionada con el sueño y el estrés	104
5.3.3. Ruta de imagen interior	106
5.3.4. Ruta de Nutrición y de actividad física	108
5.3.5. Ruta de la personalidad, toxicidad, alcohol y drogas	111
5.4. Categoría: Rutas de salud Colectivas	115
5.4.1. Taller de concepto de salud	116
5.4.2. Taller de habilidades de comunicación asertiva	117
5.4.3. Nutrición y comida saludable	119
5.4.4. Taller de la actividad física	120
5.4.5. Construcción de grupos de familiares y de autoayuda	121
5.5. Variable sanóloga	123

5.5.1. Pruebas de Laboratorio	123
5.5.2. Medicamentos	125
5.5.3. Calidad de Vida	126
5.5.4. Ansiedad y depression	131
5.5.5. Fantástico y Estilo de Vida	132
Capítulo Seis	139
VI. Discusión y triangulación	139
Capítulo Siete	149
VII. Conclusiones	149
Capítulo Ocho	152
VIII. Recomendaciones y Limitaciones	152
Referencias	153

**Lista de Figuras**

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1. La salud y la sanología</b>	<b>30</b>
<b>Figura 2. La sanología y la visión tradicional</b>	<b>31</b>
<b>Figura 3. Diseño de Investigación</b>	<b>45</b>
<b>Figura 4. Estrategia de Sistematización</b>	<b>52</b>
<b>Figura 5. Plan de análisis</b>	<b>58</b>
<b>Figura 6. Estrategia sanológica</b>	<b>65</b>
<b>Figura 7. Proceso llevado con el equipo interdisciplinario</b>	<b>83</b>
<b>Figura 8. Concepto de salud del grupo de Trabajo</b>	<b>86</b>
<b>Figura 9. Autoevaluación estado de salud grupo de trabajo</b>	<b>88</b>
<b>Figura 10. Evaluación física del grupo de trabajo -Antes y al finalizar el estudio</b>	<b>91</b>
<b>Figura 11. Examen mental del grupo de trabajo antes y al final del estudio</b>	<b>94</b>
<b>Figura 12. Diagnóstico principal del grupo de trabajo</b>	<b>95</b>
<b>Figura 13. Porcentaje de Personas que seleccionan ruta sanológica, Hospital Día</b>	<b>97</b>
<b>Figura 14. Pruebas de laboratorio por persona del Grupo de trabajo antes después</b>	<b>123</b>

**Lista de Tablas**

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1. Operacionalización de variables</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 2. Categorías de Análisis</b>	<b>59</b>
<b>Tabla 3. Aportes de los programas diseñados en la Estrategia Sanológica</b>	<b>72</b>
<b>Tabla 4. Datos sociodemográficos del grupo de trabajo</b>	<b>84</b>
<b>Tabla 5. Ruta Individual para cada persona que participa en la Estrategia Sanológica</b>	<b>114</b>
<b>Tabla 6. Ruta Colectiva para quienes participan en la Estrategia sanológica</b>	<b>121</b>
<b>Tabla 7. Pruebas de laboratorio Grupo de trabajo antes después</b>	<b>125</b>
<b>Tabla 8. Medicamentos Grupo de trabajo antes después</b>	<b>125</b>
<b>Tabla 9. Comparación pre test- post test SF 36, Personas en el Hospital Día</b>	<b>127</b>
<b>Tabla 10. Comparación Pre test post test ansiedad y depresión, Personas Hospital Día</b>	<b>132</b>
<b>Tabla 11. Comparación Pretest postest Fantástico, Personas “Hospital Día”</b>	<b>133</b>

**Lista de Anexos**

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A. Matriz DOFA para análisis estratégico Programa Hospital Día- Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo</b>	<b>181</b>
<b>Anexo B. Consentimiento Dialogado</b>	<b>182</b>
<b>Anexo C. Formato Historia sano-clínica</b>	<b>184</b>
<b>Anexo D. Acta de Aprobación del comité de Ética HUHMP</b>	<b>192</b>
<b>Anexo E Cuestionario de calidad de vida SF36</b>	<b>194</b>
<b>Anexo F Escala de Ansiedad Beck</b>	<b>197</b>
<b>Anexo G Escala de Depresión Beck</b>	<b>198</b>
<b>Anexo H Cuestionario Fantástico</b>	<b>199</b>
<b>Anexo I Evidencias fotográficas -Implementación de talleres</b>	<b>200</b>

## Introducción

La sanología se incluye por primera vez en la atención por psiquiatría; para ser implementada en el contexto del “Hospital día”, con el objetivo de brindar una nueva alternativa para el tratamiento de personas que padecen alteraciones mentales en la etapa subaguda que necesitan fortalecer su situación de salud, ser reintegrados en el ámbito familiar, laboral y social.

La sanología es el estudio de lo sano, como un valor humano, que se construye a través de la vida. Así mismo es el “El desarrollo armónico, autónomo, libre y responsable de todas las capacidades y potencialidades del ser humano en las dimensiones que conforman la naturaleza humana: física, biológica, psicológica, espiritual, ambiental, social y cultural.”

En medio de este panorama, y desde los aportes de la corriente humanista, la sanología se convierte en un referente conceptual y epistemológico que encierra una nueva concepción autónoma y reestructurada de la salud, otorgándole relevancia al autocuidado y al fomento del bienestar de las personas.

El campo médico asume el saber sanológico y sus lineamientos como un estandarte dentro del programa de Doctorado en Ciencias de la Salud ofrecido en la Universidad Surcolombiana, pretendiendo reivindicar la participación del alma máter en la orientación ética de la región Surcolombiana.

Afirmando que la salud y la enfermedad es una dicotomía que hace parte de los matices que posee la humanidad, comprendiendo que la salud y la enfermedad pueden coexistir, y que frente a un padecimiento en la salud mental siempre habrá aspectos de salud a potenciar,

buscando el equilibrio, la armonía, la vitalidad que contribuyen a la construcción de una vida digna, llena de posibilidades que fomentan la felicidad y el bienestar del ser humano.

Los esfuerzos académicos como este, corroboran que, atendiendo la búsqueda por fortalecer el estado y comportamientos en salud ante alteraciones mentales a partir de la implementación de una estrategia sanológica consensuada con personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, se estaría aportando al bienestar del país, en donde la pluralidad se levanta aún en ciertos escenarios como una especie de telón de fondo, un eco lejano sin visibilidad y, en otros, como una realidad palpable y presente en la cotidianidad.

Este estudio, consiguió identificar el estado y comportamientos en salud de las personas estudiadas mediante la percepción de salud, el examen físico y presunción de salud en las 18 personas que hacían parte del programa “Hospital Día” entre diciembre del año 2018, y agosto del 2019. Las 18 personas respondieron el Cuestionario Fantástico, el Test SF 36, la Escala de ansiedad y la Escala de depresión de Beck; igualmente se les aplicaron entrevistas semiestructurada y a profundidad, se revisaron los exámenes de laboratorio, la relación de medicamentos y el examen mental, iniciando y finalizando el periodo del estudio.

La estrategia se tornó interesante para las personas cuando veían los resultados conseguidos con los talleres que se crearon e implementaron dentro de lo que se denomina como rutas sanológicas. La sensibilización de las personas que participaron y sus familias, así como de quienes conforman el personal de apoyo interdisciplinario, fue en gran parte el camino del éxito.

Los hallazgos muestran que la implementación de una estrategia sanológica en el programa “Hospital Día” lleva a que las personas disminuyan la ansiedad y la gravedad de su

salud mental.; sin embargo, se abren otras posibilidades de interpretación al cierre de este estudio, en torno a la posible continuidad de los acercamientos investigativos sistemáticos y de corte mixto, en poblaciones que se ubiquen en alguna tipología del trastorno; trastorno que puede oscilar entre la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la depresión y la ansiedad.

Igualmente, y en razón al trabajo interdisciplinario de diversas profesiones en la implementación de la estrategia dentro del “Hospital Día”, se considera la oportunidad de posibles acercamientos investigativos en torno a la calidad de vida en salud desde la promoción, el diseño, ejecución y valoración de intervenciones y políticas públicas en salud, sin negar que el enfoque sanológico puede conseguir resultados en otras disciplinas en donde la práctica del humanismo es un compromiso inherente, apoyando factores asociados al estilo de vida de diversos grupos poblacionales.

La presente investigación está compuesta por seis apartados, cuya estructura permite abarcar los aspectos que se mencionan a continuación:

El capítulo primero, titulado Planteamiento del problema, devela la realidad problemática, formula la pregunta que sintetiza el problema, presenta la justificación de la investigación y delimita el estudio, señalando los propósitos del mismo.

En el segundo capítulo denominado Sanología como accionar en el “Hospital Día”, se desarrollan en forma de subapartados, en qué consiste la sanología como saber alternativo, los postulados teóricos y que ofrecen aportes referenciales al estudio en cuanto a temáticas como la salud mental y el papel que sobre ella juega la sanología, así como se aprecia la sanología desde la concepción humanista, y la relación entre la sanología y el programa “Hospital Día”.

En el tercer capítulo denominado Método, se desarrollan aspectos como el diseño metodológico de la investigación, la población, la descripción de las variables, así como de las

categorías, las técnicas de recolección de información, las técnicas de procesamiento y análisis de los datos, el control de calidad y la validación de hallazgos; se cierra el capítulo exponiendo las consideraciones éticas, así como algunas limitaciones y preguntas emergentes.

En el cuarto capítulo denominado Estrategia Sanológica, se aborda la primera parte de los resultados investigativos, a su vez; se resalta todo lo relacionado con la estrategia propuesta: desde su título, sus objetivos, hasta su diseño y facetas, pasando por describir su proceso y estructura.

El capítulo cinco, sí se centra en los hallazgos con los cuales se da completa respuesta a los propósitos específicos del estudio, en relación al estado de salud mental y los comportamientos en salud de las personas participantes; contempla lo referente a las variables de estudio, así como a las categorías de análisis, en función de la implementación de la estrategia sanológica.

Y finalmente, se ha redactado en los capítulos sexto, séptimo y octavo, se destinó para la debida triangulación, discusión, conclusiones, fortalezas y limitaciones del estudio en general. las recomendaciones y limitaciones. El documento cierra con el espacio riguroso para las referencias bibliográficas y sus respectivos anexos.

## **Capítulo Uno**

### **I. Planteamiento del Problema**

#### **1.1. Planteamiento del Problema**

Mientras que la salud se define dentro de un marco en donde el ser humano consigue desarrollar todas sus dimensiones, desde la armonía, la libertad y la responsabilidad (Aldereguía, Núñez, & Fernández, 1995), la sanología se convierte en un referente conceptual y epistemológico que encierra una nueva concepción autónoma y reestructurada de la salud, encargándose de su estudio y del bienestar humanos, otorgándole relevancia al cuidado y al fomento de la salud, acogiendo diversas estrategias, entre las que se destacan las autorreflexiones. En la práctica de la sanología, las personas de atención son seres que piensan, sienten, tienen expectativas frente a su situación de salud y asumen una participación activa en las decisiones orientadas a potenciar en su salud. La sanología ve a la salud más allá de la ausencia de enfermedad.

La sanología en la ciudad de Neiva, departamento del Huila, Colombia, se incluye por primera vez en la atención por psiquiatría, en el contexto del programa estatal “Hospital Día”. Allí, comprendiendo que la salud y la enfermedad pueden coexistir, y que frente a un padecimiento en la salud mental siempre habrá aspectos de salud a potenciar, se brinda una alternativa dentro del tratamiento de personas que cruzan su etapa subaguda de alteraciones mentales, a fin de fortalecer su salud, y ser reinsertados en la actividad familiar, laboral y social.

Durante las tres últimas décadas, la depresión y la ansiedad se han convertido en las principales causas de discapacidad, si de trastornos mentales se habla (Osma-Zambrano, Lozano- Osma, Mojica-Perilla). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las

alteraciones mentales son un problema de salud pública y su registro va en aumento; la discapacidad causada, la utilización de los servicios de salud y los días no laborados han sido estudiados en países desarrollados y en la actualidad comienza su atención a ser una prioridad.

Según los últimos datos, el número de personas con depresión en el mundo, supera los 322 millones, la mayoría de ellas con edades que van de los 15 a los 29 años; preocupa el desenlace de este trastorno mental, pues un creciente número de ellas deciden suicidarse; las cifras de suicidio anual señalan un número alrededor de 800 mil casos (El Tiempo, 2017; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Por otra parte, millones de personas, en todos los rincones del planeta, cumplen un confinamiento decretado por los entes gubernamentales ante la pandemia ocasionada por el coronavirus COVID-19. La Organización Mundial de la Salud – OMS, la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2020) y estudiosos (Molina, 2020) consideran que las alteraciones mentales crecerán debido a esta situación, convocando a científicos, investigadores y académicos, en la búsqueda de nuevas alternativas para atender a todas las personas que componen esta población, desde la psiquiatría (Torales, O’Higgins, Castaldelli-Maia, & Ventriglio, 2020).

La expresión *Trastornos mentales* es utilizada para referirse a una serie de diagnósticos mentales y conductuales que aparecen en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (OMS, 2020). En Colombia, de acuerdo al Boletín de salud mental publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cifras van en ascenso (MinSalud, 2018).

Datos recientes indican que el 4,7 % de los colombianos padecen depresión (Montenegro, 2017); el 40,1% de la población entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirán alguna

vez en la vida una alteración mental y de acuerdo a la gravedad, en algunos casos requieren intervención por psiquiatría (Palacio, 2018). En el Huila, específicamente en Neiva, no son

la excepción a este comportamiento: el reporte ofrecido por el Sistema Integrado de Información

de la Protección Social -SISPRO (2020), así lo demuestra. De ahí que la atención a través del modelo “Hospital Día”, continúa buscando impactar con sus intervenciones.

Con los avances científicos y técnicos en psiquiatría, ya sea por el manejo psicofarmacológico y/o psicoterapéutico, se ha logrado la estabilización y mejoría de los síntomas psicóticos, depresivos o ansiosos de las personas con enfermedad mental. Organismos como la OMS han subrayado la necesidad de contribuir con la salud mental, de modo que se busque la promoción del bienestar de las personas con trastornos mentales (OMS, 2020).

Estudios demuestran que a pesar de la promulgación de políticas y de leyes que buscan reducir la brecha frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los colombianos que padecen este tipo de trastornos, se evidencia el incumplimiento de los objetivos (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, & Restrepo-Bernal, 2018).

Existen otras causas que debilitan aún más el panorama que rodea el tema de los trastornos mentales: la ausencia de tratamiento, problemas de cobertura, escaso número de profesionales de las diversas ramas de la salud, desconocimiento o negación de la enfermedad y falta de programas de atención desde la especialidad de la psiquiatría que redunden en el fortalecimiento de la salud.

En Colombia desde la ley 100 de 1993, se propuso la estrategia de “Hospitales Día” para mitigar la demanda en servicios de salud mental (Morales, 2003); sin embargo, la creación de

estos programas, ha sido insuficiente; el apoyo por parte de las Entidad Prestadora de Salud no siempre ha sido el óptimo, siendo necesario persuadir a estas instituciones a utilizar los programas “Hospital Día” y proponer nuevas estrategias que orienten la asistencia desde la psiquiatría a las personas con alteraciones mentales.

Se ha podido afirmar que las personas que asisten a los programas “Hospital Día” logran cambios importantes en sus funciones cognitivas (Velásquez, Sanz, Arango, & Salazar, 2020), mejoran sus síntomas psicóticos, se fortalecen sus relaciones familiares y sociales, trabajan en la superación de la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento por tener enfermedad mental según demuestran varios estudios (Rodríguez & Antolín, 2020; Frías, Fortuny, Guzmán, Santamaría, Martínez, & Pérez, 2018).

El “Hospital Día” funciona como recurso intermedio entre la internación y la atención ambulatoria para la prevención de recaídas buscando la desinstitutionalización de la atención por psiquiatría (Chow & Priebe, 2013). La sanología pretende superar el modelo clásico de diagnóstico y medicación del paciente (Sánchez, 2017) reconociendo a la persona en sus múltiples dimensiones de la condición humana.

La autora de esta investigación, desde junio del 2009, viene impulsando el programa “Hospital Día” al interior del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, centro hospitalario público, situado en la ciudad de Neiva, que presta servicios de salud hasta la alta complejidad; desde ese momento, ha podido ver materializados importantes logros en la adherencia al tratamiento y disminución de los reingresos al servicio de urgencias de las personas tratadas. Sin embargo, al finalizar el tratamiento y regresar a su hábitat natural, las personas atendidas tienen dificultades para desarrollarse en todas las esferas de su

cotidianidad, terminando confinados en sus casas sin poder construir e integrarse a la vida social.

Igualmente, prácticas a nivel internacional coinciden con la experiencia de la autora, en relación a las limitaciones del programa “Hospital Día”; de modo que son evidentes los reingresos cortos por el servicio de urgencias relacionados generalmente con el abuso de sustancias de las personas vinculadas al programa, al igual que se aprecia el deseo de algunas familias de mantener a la persona durante tiempo indefinido bajo este esquema psiquiátrico, aunado a la dependencia manifiesta al programa por parte de las personas (Marshall, Crowther, Hurt, Rathbone, & Soares-Weiser, 2011).

La sanología en el contexto del “Hospital Día”, desde el pensamiento complejo, promete proporcionar el fortalecimiento de la autorreflexión, la autonomía y la capacidad de cuidar de sí mismo, fomentando el bienestar integral de las personas en todas las dimensiones de la naturaleza humana.

En el marco de esta estrategia sanológica del “Hospital Día” surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué efectos tiene sobre el estado y comportamientos en salud una estrategia sanológica implementada con las personas que asisten al programa “Hospital Día” en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo? ¿Cuáles son los comportamientos en salud de las personas que asisten al “Hospital Día”? ¿Cuáles son las rutas sanológicas que pueden construirse con las personas que asisten al “Hospital Día”? ¿Es viable considerar coherencia e integración entre las categorías analíticas y los datos cuantitativos a la hora de valorar logros producidos con la estrategia sanológica?

## **1.2. Objetivos del proyecto**

Con la finalidad de dar respuesta a las preguntas formuladas, surgen los objetivos de investigación que guían este trabajo, y que se concretan a continuación:

### ***1.2.1. Objetivo General***

Fortalecer el estado y comportamientos en salud ante alteraciones mentales a partir de la implementación de una estrategia sanológica consensuada con personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

### ***1.2.2. Objetivos específicos***

- Identificar el estado y comportamientos en salud de las personas estudiadas mediante la percepción de salud, el examen físico y presunción de salud.
- Potenciar las rutas sanológicas individuales y colectivas construidas con cada una de las personas del grupo estudiado.
- Determinar la incidencia del enfoque sanológico como estrategia que consigue cambios en el estado y comportamientos de salud de personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo mediante una metodología triangular.

## **Capítulo Dos**

### **II. Sanología como accionar en el “Hospital Día”**

#### **2.1. La Sanología: Una alternativa que cobra vigencia**

La sanología como saber alternativo, surgió a fines de la década de los 80 del siglo XX, en el Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana (Cabrera & Charry, 2019; Garrido, Montero, & Amable, 2017). En sus inicios, el Dr. Jorge Carlos Aldereguía Henriques basado en los conocimientos heredados del saber Martiniano, su experiencia cotidiana y la posición humanista de la postmodernidad, aplica esta estrategia como referente conceptual donde prioriza la humanización de los servicios de salud (Aldereguía, 2010).

En la interpretación de la sanología, se fomenta de manera decidida la relación médico-paciente, el continuo hilo salud – enfermedad y las formas de vivir en salud como una decisión de vida de las personas, donde los colaboradores en salud sean facilitadores del bienestar y la autodeterminación para el buen vivir (Gentili, 2011).

La sanología ha sido vista como una construcción controvertida y polémica en el campo de la salud pública. Sin embargo, se han desarrollado varias experiencias en el ámbito de la investigación, la pedagogía y proyección social en salud, con resultados positivos en el campo de la medicina familiar, ginecología, medicina interna, pediatría y salud pública. De este modo, la incursión de la sanología en la salud mental, es un reto para crear nuevas formas de proceder en psiquiatría que se acerquen a las dimensiones propias del ser humano, individuales pero cohesionadas con las estructuras colectivas, sin dejar de atender las máximas martinianas.

La sanología etimológicamente viene del latín *sanus*, quiere decir fuerte, entero, bueno; y aun cuando el desarrollo biológico humano está cimentado en la salud, el mismo cambio

producido por los años de vida, implica desgaste natural del cuerpo, que conlleva al padecimiento de las enfermedades propias de la vejez; basta solo pensar en la pérdida de la agudeza visual o auditiva. De esta manera, la sanología pretende el cuidado, fomento y promoción de la salud, sin olvidar la prevención, curación y disminución del impacto de enfermedades, el dolor y el sufrimiento; implicando para ello, el manejo de los factores antropológicos, sociales, culturales y humanos (Escalante, 2016).

La sanología, como un referente cultural y un marco social de corte humanista, perfila el alcance de conocimientos alrededor del tema de la salud, de modo que el cuidado y la búsqueda de la vitalidad positiva no es solo de tipo individual, sino también colectiva (Pardo-Torres & Núñez-Gómez, 2008). Al mismo tiempo, aspectos como la libertad, la autonomía, la consecución de la armonía, la práctica de la responsabilidad y de la plenitud de las potencialidades del individuo, ponen en juego todas las dimensiones del ser humano (biológica, física, psicológica, espiritual, social, ambiental y cultural) (Charry & Cabrera, 2020; Garrido, Garrido, & Amable, 2015) cuando el fin último es lograr la felicidad (Aldereguía, 2010).

La sanología parte de un concepto holístico, que interpreta la salud como una categoría compleja (Amable, 2011; Charry & Cabrera, 2020) y como un valor para la vida, en el que salud y enfermedad, son dos eventos que coexisten en la dinámica de la vida, a los valores que el hombre construye y a las prácticas culturales que le dan sentido.

Morin analiza la complejidad (Reyes, 2015) Como un “entretelado” recíproco de elementos individuales y grupales (Amable, 2018). Tal como lo hay en áreas como lo es el de la psicología y otros campos disciplinares, de manera que se posicionan los saberes dentro de

la sanología a modo de sistema, aun existiendo discrepancias teóricas. Asimismo, se tiene a quienes consideran la sanología como una estrategia de promoción de salud que fomenta el pensamiento y el comportamiento en salud de la persona (Pardo-Torres & Núñez-Gómez, 2008).

El enfoque humanista y metodológico propio de la sanología (Figura 1), rescata el accionar en y desde la salud al proponer relaciones intersubjetivas entre los grupos, de modo que se supera la concepción de lograrlo solo desde el espacio de lo individual. Se insiste, además, en la salud como proceso complejo, dialéctico resultante de la integración de la persona, la familia y los colectivos con su ambiente (Bautista-Rodríguez, y otros, 2015).

**Figura 1***La salud y la sanología*

Fuente: Elaboración propia.

Reyes (2015) interpreta la sanología como un marco conceptual de síntesis social, psicológica, biológica, medio ambiental y médico-sanitaria para la protección y fomento de la salud de las personas presuntamente sanas, fundamento de una nueva cultura humanista y de racionalidades sociales sanas.

La sanología proporciona una visión positiva del proceso salud-enfermedad, diferente a la visión tradicional (Figura 2), la cual se centra en la parte negativa que es la enfermedad como único motivo de intervención. El enfoque sanológico es holístico, multidimensional e integrador, actúa sobre las esferas cognoscitiva, afectiva y conductual de la persona y en su accionar como parte fundamental de la decisión de estar sano, tomando en cuenta todas las dimensiones de la naturaleza humana (Amable, 2011).

## Figura 2

### *La sanología y la visión tradicional*

Método Clínico Clásico Promoción de Salud	Estrategia Sanológica
Basado en la enfermedad	Basado en la salud y su Desarrollo
Relación fundamental: Sujeto-Objeto	Sujeto- Sujeto
Enfoque Científico: Unidimensional disciplinar	Multidimensional, desde la interdisciplinariedad
Carácter Explicativo	Carácter comprensivo
Acción orientada: Curación – Inmediatez	Promoción de Salud – Recompensa a largo plazo
Salud: ausencia de enfermedad	Valor que se construye en el itinerario de la vida

Fuente: Elaboración propia.

En palabras de Amable (2018), la sanología es una forma de pensamiento orientada desde el humanismo, que busca un hombre sano, entendiendo esta condición desde el concepto de vitalidad, pero en especial, haciendo referencia a aquel estado coherente con la capacidad de generar nuevas relaciones entre el ser, su entorno y la espiritualidad.

Por su parte, y al considerar el accionar de promoción de la salud, se resalta que el propósito central de la sanología es el de crecer en salud a nivel comunitario, integrando lo personal, lo grupal y lo colectivo desde la perspectiva sistémica-compleja. Es el reconocimiento de la salud como un evento social, más que individual. En esa medida, los principios metodológicos básicos de la estrategia sanológica resaltan:

- Primero, el fomento de la salud y formas de vida sanas que se realiza desde la perspectiva sistémica y compleja de las dimensiones de la naturaleza humana.
- Segundo, la construcción y/o producción de cambios que se dan en espacios de reflexión y diálogo, en donde es indispensable tener en cuenta la dignidad, creencias y comportamientos en salud de las personas, para llegar a un autoconocimiento, autorreflexión y determinación.
- En tercer orden, el papel de los promotores sanológicos o sanólogos como facilitadores del proceso de cambio y se incluyen en el mismo, con el fin de ser ejemplo de lo que transmiten.

Las acciones que componen la estrategia sanológica son personales, grupales y comunitarias, además de considerarse fundamentalmente educativas, aunque incluyan actividades propias de la medicina; en fin, se trata de acciones encaminadas a promulgar una dialéctica clínica de lo sano, desde donde incentivar a que la comunidad realice cuestionamientos en torno a sus hábitos en salud y cómo los puede mejorar en pro de su bienestar, es el propósito principal.

La sanología también se fundamenta en los principios de la bioética, que contribuyen a visualizar la salud como valor relevante en la vida; entre estos principios, se encuentran la responsabilidad individual, la autonomía, la beneficencia, la justicia, la solidaridad, la cooperación, el consentimiento, privacidad y confidencialidad, la promoción de salud, entre otros (Runge, Garcés, & Muñoz, 2015).

## **2.2. Salud mental desde la Sanología**

La OMS advierte que la buena salud mental consigue que las personas desarrollen su potencial, enfrenten las adversidades relacionadas generalmente con el estrés, descubran la productividad de su actuar laboral, y reconozcan su aporte a su comunidad (OPS, 2014; OMS, 2013). En esa medida, la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el bienestar, la prevención y rehabilitación de las personas afectadas o potencialmente propensas a padecer alteraciones psíquicas (OMS, 2020).

Es de recordar que la misma OMS proyecta que para el 2020 la segunda causa de morbilidad a nivel mundial sería la depresión y los trastornos del afecto, asociados éstos al consumo de sustancias psicoactivas (OMS, 2004; Nebhinani & Kuppili, 2018; Muñoz, Restrepo, & Cardona, 2016).

Situación que se hace más compleja cuando se descubre que aún, actualmente, las personas con alteraciones mentales son propensas a estigmatización, estado que se materializa con el rechazo, maltrato, aislamiento y precario acceso a la atención médica por parte del sistema de salud (Fernández, 2009; Rojas-Bernal et al., 2018).

A propósito, el Ministerio de Salud ha realizado tres diagnósticos en salud mental: el primero en 1973, el segundo en 1993 y el tercero en el 2003; todos han dado a conocer las necesidades básicas de capacidad instalada insatisfecha y la carencia en la atención a personas que viven en lugares alejados y en condiciones de pobreza (Mendoza, 2007; Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social, 2005). Además, el último estudio reporta que el 40% de los colombianos ha tenido alguna vez una alteración mental (Ardon & Cubillos, 2012; Palacio, 2018).

La sanología involucra la esfera mental, afectiva y conductual como parte fundamental de la salud, y en el proceso reflexivo lleva a las personas al autoconocimiento, aceptación de su propia integridad, su realidad y entorno, con actitudes amorosas y benevolentes hacia sí mismas y hacia lo que les rodea para llegar al equilibrio. Situación que les permite a través de su autonomía, proponer acciones de cambio que son consensuadas con el sanólogo para lograr finalmente el crecimiento personal y colectivo.

Este ejercicio implica el conocimiento y la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, espirituales y culturales que hacen esta experiencia única e individual, pero altamente ligada al otro, a lo otro, al colectivo. Las personas con sus propios recursos y mecanismos de afrontamiento ante situaciones estresantes, podrán desarrollar habilidades y competencias para trabajar de forma asertiva, productiva y fructífera, para contribuir así, con la construcción de comunidades sanas.

Por este camino, la sanología impulsa a las personas a alcanzar sus propios objetivos, teniendo como fortaleza su propia vitalidad, tendencia al equilibrio y a la homeostasis a pesar de las desigualdades sociales (Libreros, 2012).

Los esfuerzos académicos, científicos y normativos, consideran que la manera como las desigualdades sociales inciden drásticamente en la salud: variables como la ausencia de vivienda digna, el desempleo, los cambios sociales rápidos, las condiciones de trabajo estresantes, la baja escolaridad, ser víctima de la violencia, las migraciones, la discriminación de género o la condición de ser refugiado, los atropellos a las comunidades indígenas y a las comunidades discriminadas por su identidad sexual (LGTB), hacen que la salud mental, física y social se afecte en detrimento del bienestar individual pero también colectivo, al punto de

llegar a la violación constante de los derechos (Mar, García, Cabasés, Puig, & Alonso, 2020; Álvarez-Icaza & Medina-Mora, 2018).

La sanología, como saber que emerge de la complejidad, reconoce la sanidad en la esfera mental de las personas como punto de partida, impulsada siempre por la vitalidad, la autodeterminación y el autoconocimiento; sin embargo, avala que factores genéticos, socio-ambientales, espirituales y culturales intervienen en la formación del ser y se conjugan en el transcurso de la vida para producir alteraciones de orden mental que pueden derivar en enfermedades o en trastornos transitorios que ameritan ser conocidos, estudiados y tratados por el individuo en forma conjunta con el sanólogo para poder construir bienestar.

Lejos de desconocer la esquizofrenia, la depresión, el trastorno afectivo bipolar, los trastornos de personalidad y demás alteraciones de la esfera mental, sustentados por el pensamiento positivista y avalados por los recursos tecnológicos con los que cuenta la ciencia, la sanología los valida y los plantea como alteraciones que las personas deben reconocer, reflexionar y aceptar para que en conjunto con el sanólogo se oriente en forma asertiva, teniendo en cuenta las particularidades de cada relato único e irrepetible y se tomen medidas de índole psicofarmacológico, psicoterapéutico individual y colectivo, apoyados por la interdisciplinariedad.

Es como puede corroborarse con los referentes, importante la transdisciplinariedad, de manera que, logrando la integración y la conciliación de las diferentes disciplinas, como se hace viable aclarar los diferentes contextos de la realidad para dar respuestas más complejas y acertadas ante los diferentes eventos en salud y así transformar la realidad del sujeto, construyendo relaciones más sanas consigo mismo, con su entorno inmediato, y con la sociedad.

La vitalidad y el autoconocimiento son orientadores de la esfera mental, la capacidad de construir nuevas realidades y relaciones personales, familiares y sociales más sanas, potencializa el desarrollo individual, la creatividad y la construcción de sociedades empoderadas capaces de velar por el bienestar colectivo.

Las personas sanas no tienen completo bienestar, pues la cotidianidad siempre presenta brechas y dificultades que deben sortear, como la pérdida de un ser querido, una ruptura de pareja, los fracasos de orden económico, el exceso de trabajo; son situaciones que ponen a prueba los recursos individuales de afrontamiento y la capacidad de reconstruirse contando con las otras personas y con los servicios de salud que están al servicio de la comunidad.

### **2.3. La Sanología como concepción humanista**

Cuando se trata de la personalidad humana y su desarrollo, se acude a la ayuda de la psicología humanista, en teoría se le permite a la sanología enrutarse a las personas por su propio camino evolutivo integrándose a su contexto, a la sociedad toda, por lo que al humanismo lo han considerado como una importante fuerza en psicoterapia (Comas-Díaz, 2012). Igualmente, pensar en los valores morales, a la autorrealización, a la relación con lo otro, al rol de la familia, a su papel productivo, a las experiencias emocionales y a la misma cotidianidad, implica el abordaje de los aportes básicos del humanismo (Rusu, 2019).

La sanología, desde una concepción humanista (Cabrera & Charry, 2019), parte del pensamiento complejo, como se ha expuesto; de modo que es con esta perspectiva que prevalece la persona en equilibrio con su contexto. La sanología busca crear un conjunto de estrategias para fortalecer al sujeto sano que, a pesar del devenir de la cotidianidad, siempre persigue felicidad, armonía y vitalidad. Siendo esta última el mayor indicador de bienestar y de

capacidad de transformar el mundo, con base en la praxis, la acción y los sueños, en ese ritmo de ideas, en la sanología no solo se habla de lo objetivo, incluye el mundo simbólico.

La intervención sanológica dirigida a la comunidad donde tienen su nicho las personas, promueve la salud y crea condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo colectivo, crítico y dirigido a la acción. El enfoque humanista le otorga un marco ético humano dentro del cual se hace posible un conjunto de acciones destinadas a mejorar la salud pública (Khalangot, 2017).

Esto es de fundamental importancia, teniendo en cuenta que una comunidad con un pensamiento creativo compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades, lo que se considera como indicador de salud mental comunitaria, bienestar social. En una sociedad como la colombiana, en donde prima el individualismo y el aislamiento social, estos abordajes se presentan como espacios de resistencia que privilegian lo vincular, inclusivo y territorial, un auténtico espacio de encuentro colectivo (Stolkiner & Ardila, 2012).

En el campo de prácticas de salud mental, los territorios de la promoción del bienestar de las personas, sigue demandando solidaridad, empatía (Bang, 2014) y calidad en el trato, de modo que los escenarios que han sido propensos a la exclusión social, a la segregación, a la categorización, y a cantidad de determinantes propios del estigma, queden atrás, y que, en lugar de ello, sean mayores los espacios de respeto y coherencia (Molina, 2020).

En esta tarea la agenda humanista (Brinkmann, 2017), dentro de la salud mental, se aleja en su mera expresión del concepto de enfermedad, de manera que se inclina a considerar la condición humana que les permite a las personas contar con salud, estar

equilibradas (Agüero & Correa, 2018) para alcanzar el desarrollo potencial de todas sus facultades mentales.

El hecho de no centrarse la salud mental en la enfermedad, sino que, por el contrario, su semántica señala un accionar que se conecta con las prácticas y las experiencias de salud, convoca a la psiquiatría a entenderla desde la búsqueda de una integración disciplinar cuyo fundamento común, es el de una cultura humanista (Orozco, 2012). Siendo coherente con el propósito de la sanología, en los términos de la inclusión de las diversas disciplinas, resalta el funcionamiento armonioso del individuo, tanto consigo mismo, como con su familia, su campo formativo y laboral, su entorno. Todo ello, sin que se reduzca a condiciones netamente relacionadas con afecciones psíquicas.

#### **2.4. Sanología y “Hospital Día”**

Antes de la década de los años cuarenta del siglo pasado, la atención brindada por el sector salud a las personas con alteraciones mentales se caracterizó por la institucionalización; de esa manera, la custodia durante largo tiempo en lugares cerrados, con poco acceso al entorno y a la familia, mostraban a las personas como sujetos que representaban ser un peligro para la sociedad. Pero ese modelo en la actualidad se descarta, y en lugar de ello, el tratamiento de los pacientes psiquiátricos se orienta hacia el modelo de desinstitucionalización.

Es así como dentro de la ruta de desinstitucionalización, se incluye el modelo de “Hospital Día” (Eikelmann, 2010; Pedersen & Kolstad, 2009; Chow & Priebe, 2013). La atención en salud mental se orienta hacia el primer nivel, creando sistemas abiertos dentro de la comunidad; conforme a este proceder, se ha dado respuesta parcial a la creciente necesidad en países como Polonia, Canadá, Inglaterra, España, Estados Unidos y Alemania, entre otros (Lisiecka- Biełanowicz, Biechowska, & Cianciara, 2013; Taube-Schiff, El Morr,

Counsell, Mehak, & Gollan, 2018; Buitrago, Ciurana, Chocrón, fernández, García, Montón, Tizón, 2018; Aparecida, et al., 2010; Kallert, Glöckner, Priebe, Briscoe, Rymaszewska, Adamowski, Nawka, Reguliova, Raboch, Howardova, Schützwohl, 2004).

El “Hospital Día” se inició como experiencia de semi-internación en la Unión Soviética, que tenía como objetivo evaluar la contención de un centro de atención parcial realizada en personas con enfermedades mentales, evitándose la institucionalización (Alazraqui, 2017). El nombre “Hospital de Día” fue acuñado en Canadá, por Even Cameron, en el año 1947 y en Inglaterra, J. Brier inauguró el primer centro de semi-internado en 1948. En Estados Unidos, los primeros Hospitales de Día se fundaron en la Yale University Clinic (1948) y en The Menninger Clinic (1949 ) (Taube-Schiff, et al., 2018; Chow & Priebe, 2013; Marshall et al., 2011).

La decisión de desinstitucionalizar a las personas con enfermedades mentales está dada, inicialmente, por la revolución farmacológica que permitía mantener las personas estables fuera de las instituciones de larga estancia, asociado a la necesidad de contención de los costos ante la crisis fiscal de los Estados, que continúa siendo vigente. Por otro lado, como un argumento importante frente a la desinstitucionalización, es la humanización del ejercicio de la psiquiatría; de esa manera, se hace mayor énfasis en los derechos y las preferencias de quienes demandan cuidado, evitando los efectos negativos de las estancias prolongadas en instituciones despersonalizadas que no permiten el crecimiento individual (Taube-Schiff et al., 2018; Asociación Médica Mundial, 2013; Chow & Priebe, 2013; Funk 2010; Seidler, Garlipp, Machleidt, & Haltenhof, 2006; Mainetti, 1947).

En este ritmo de ideas, América Latina materializa la desinstitucionalización de personas con enfermedades mentales iniciando por Argentina (Pessoa, De Medeiros, & Nunez, 2011),

en la sala de Internación en el Hospital Evita, de Lanús (Stolkiner & Ardila, 2012); luego, en Río Negro, se implementó un programa con atención exclusivamente ambulatoria y se cerraron numerosas estructuras manicomiales de esta parte del Cono Sur (Sacristán, 2009).

Sin embargo, la primera denominación “Hospital Día” en América Latina se da en La Habana (Cuba). Luego, en Porto Alegre (Brasil) y en el Hospital Borda. Todos ellos en la década de 1960. En los demás países de Latinoamérica se ha fomentado la creación de Hospitales Día como alternativas importantes de tratamiento de las alteraciones mentales (Garcés & Giraldo, 2014; Kohn, Itzhak, Caldas, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Shekhar, Benedetto, 2005); con todo ello, continúan siendo insuficientes los programas para la demanda en salud mental; pues en los últimos informes de la OMS, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; el tratamiento ofrecido para unos pocos pacientes es considerado de baja calidad (Kohn et al., 2005).

Los estudiosos del tema plantean que toda esta desatención perpetúa la enfermedad y fomenta el sobreuso de los servicios de urgencias psiquiátricas y la reinternación en estancias de pacientes agudos (Chaskel et al., 2015; Rodríguez & Rihuete, 2009; Kallert et al., 2007).

En Colombia, al igual que en el resto de América Latina, el camino ha sido difícil; aunque en 1960 se creó la Sección de Higiene de Salud Mental impulsada por el Ministerio de Salud Pública (Parales-Quenza, Urrego-Mendoza, & Herazo-Acevedo, 2018), tan solo en los años setenta se empezó a visibilizar su papel, siendo la prestación del servicio asociada a la capacidad económica de las personas, o a los asilos manicomiales de caridad que brindaba el Estado en ciertos puntos del territorio nacional.

Después de ello, llega la implementación de la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993); con ella el Estado teóricamente amplía su cobertura a los sectores más vulnerables de la nación, y en este propósito, privilegió la atención en los programas de “Hospital Día”; acción complementada en 1998 cuando se formuló la Política Nacional de Salud Mental, mediante la resolución 2358 (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1998); esta resolución tomó el concepto de salud previsto por la OMS, dando una aproximación biopsicosocial a la atención en salud mental (Ardon & Cubillos, 2012; OMS, 1995; Altemeyer & Hunsberger, 1992).

Posteriormente, desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 (Ardon & Cubillos, 2012; Arango-Dávila, Fernández, & Moreno, 2008; Morales, 2003), avalando la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, se expidió la Ley Nacional de Salud Mental para dar más elementos de exactitud y cobertura (Ley 1616/2013) (Sánchez, Castro, Palacios, & Verbel, 2016).

La ejecución de estas leyes fue casi imposible, pues las expectativas eran ambiciosas y el sistema de salud colombiano viene por décadas exponiendo falencias; entre ellas, la gran autonomía que le brindó el Estado a las Entidades Prestadoras de Salud, las cuales tenían poca receptividad e interés en la ejecución de la Ley en el capítulo de salud mental, impidiéndole así el correcto ofrecimiento del servicio (Parales-Quenza et al., 2018; Chaskel, y otros, 2015; Moica, 2012; Arango-Dávila et al., 2008; Mendoza, 2007; Caldas, 2007).

Los “Hospitales Día” que se iniciaron como centros de albergue y acompañamiento (Nieminen & Kaunonen, 2019), con el transcurso del tiempo fueron optimizando la atención e introduciendo otras disciplinas que fortalecen las habilidades instrumentales, sociales y

emocionales (Ramírez & Colina, 2009), logrando aceptación en la sociedad y buscando como objetivo final la reinserción social de las personas con alteraciones mentales (Horne, Hay, Watson, & Anderson, 2018; Buitrago, y otros, 2018; De Jaime, Vásquez, Rodríguez, Sevilla, Burcet, Huarte-Mendicoa, Miralles, 2013).

La transformación del “Hospital Día” se asocia con la evolución del concepto de salud en los diferentes servicios de atención médica, fortaleciendo la atención domiciliaria y centrada en la comunidad, con pequeños “Hospitales Día” dentro de las poblaciones; de esa forma se llegaron a formar grupos focales con patologías específicas, tales como personas con trastornos de la alimentación, trastornos de personalidad (Taube-Schiff et al., 2018), consumo de sustancias psicoactivas, niños con alteraciones del comportamiento y la cognición, población geriátrica, o personas con enfermedades oncológicas.

La modalidad de “Hospital Día” es funcional para diferentes padecimientos y su orientación va dada por el diagnóstico y la planificación terapéutica, que incluye las intervenciones farmacológicas, sociales, psicológicas y el cuidado de enfermería (Díaz-Coronado, Rodríguez-Aroza, Quintero-Betancur, Soto-Osorio, & Pineda-Tamayo, 2018; Taube-Schiff et al., 2018; Martínez et al., 2018; Quijano, Aponte, & Salazar, 2008; Romero et al. 2008; Horvitz-Lennon, Normand, Gaccione, & Frank, 2001).

La evolución del “Hospital Día” en psiquiatría se asocia con el desarrollo de las neurociencias, la psicofarmacología y las diferentes posturas psicoterapéuticas que, dependiendo de la gravedad del trastorno mental, implica un abordaje terapéutico específico por un equipo multidisciplinario que trabaja en función del bienestar de las personas. El equipo determina las metas de la terapia individual y grupal para lograr la mejoría en el desempeño de las actividades cotidianas, la comunicación asertiva, el fomento actividades manuales y el

logro de habilidades instrumentales para la inclusión social de las personas con alteraciones mentales (Bister, 2018; Díaz-Coronado et al., 2018).

Para decirlo con Alazraqui (2017), más allá de la contención de los costos de la institucionalización, la bondad de estos programas está dada en la disminución de los potenciales efectos negativos que puede implicar la institucionalización: la cronificación, el hospitalismo, las infecciones nosocomiales, la depresión y la pérdida de los vínculos socio-familiares de los sujetos de atención.

Desde luego, siguen siendo relevante considerar mejores y más afinadas herramientas para evaluar y monitorear el compromiso de las personas que asisten al “Hospital Día”, especialmente frente a la adaptación al medio ambiente y el tratamiento ofrecido, la asertividad de los planes individuales de atención, así como los avances obtenidos que deben apuntar a la recuperación y reincorporación a la sociedad (Taube-Schiff et al., 2018; Sánchez, 2017; Correa-Urquiza, Silva, Belloc, & Hernández, 2006).

A nivel local, el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, capital del departamento del Huila, desde el año 2009 se ha implementando el programa “Hospital Día”; allí, en medio de sus dificultades, pero también rodeado de oportunidades y fortalezas (Anexo A), este programa se sostiene para la atención de las personas con alteraciones mentales en etapas subagudas que no presentan agitación psicomotora , pero que necesitan acompañamiento por parte de un grupo multidisciplinario. Las personas candidatas a este servicio son captadas a través de la consulta externa o en el egreso de la hospitalización 24 horas tratándose de pacientes que presentan su primer evento y no saben cómo manejar la enfermedad, tanto en la adherencia al tratamiento como en el ámbito familiar, social y laboral.

El programa “Hospital Día” realiza tratamiento ambulatorio activo en un tiempo limitado, ofreciendo servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente estable; emplea un esquema integrado dentro del saber sanológico de corte humanista buscando el bienestar físico, psíquico y social de las personas; es bajo esta estrategia que finalmente logra el mencionado programa tener un impacto clínico significativo sobre el sistema de apoyo de las personas, red de apoyo local y comunidad en general.

El equipo humano está conformado por un psiquiatra quien hace la valoración inicial y, de acuerdo con determinados criterios, realiza la admisión; junto al médico general realiza la historia sanológica (Anexo B), previo consentimiento dialogado con quien demanda atención; ambos profesionales realizan la anamnesis y el examen físico detallado de la persona que lleva a la búsqueda de fortalezas en salud y factores de riesgo clínico asociados; simultáneamente, la terapeuta ocupacional, la psicóloga clínica, el neuropsicólogo y la trabajadora social realizan su respectiva valoración, de manera que se viabilice el diseño de un esquema de trabajo con la participación activa de quien ha sido admitido.

Con el apoyo del grupo de profesionales de la salud, las personas con alteraciones mentales adquieren herramientas terapéuticas para volver a realizar actividades que en otros tiempos hacían, cómo cuidarse a sí mismos, tomar decisiones, relacionarse con los demás, ocupar su tiempo libre y en la mayoría de los casos, incursionar en el ámbito laboral. También hay participación en actividades y espacios terapéuticos dirigidos de forma individual y grupal a las familias como complemento al proceso integral.

## Capítulo Tres

### III. Método

En el presente estudio, se propuso fortalecer el estado y comportamientos en salud ante alteraciones mentales a partir de la implementación de una estrategia sanológica consensuada con personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Este acercamiento académico parte de reconocer la manera como la sanología en el contexto del “Hospital Día”, y desde la corriente humanista, promete proporcionar el fortalecimiento de la autorreflexión, la autonomía y la capacidad de cuidar de sí mismo, fomentando el bienestar integral de las personas en todas las dimensiones de la naturaleza humana. Precizando estas consideraciones, el estudio sostiene un marco metodológico que en los siguientes apartados se especifica.

#### **3.1. Diseño de la Investigación**

El proceso abordado durante el estudio, se ubicó dentro de la ruta de investigación mixta y de triangulación concurrente. Buscando darle respuesta al planteamiento del problema (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), se recabaron y analizaron datos entrelazando la exploración cualitativa con el acercamiento cuantitativo.

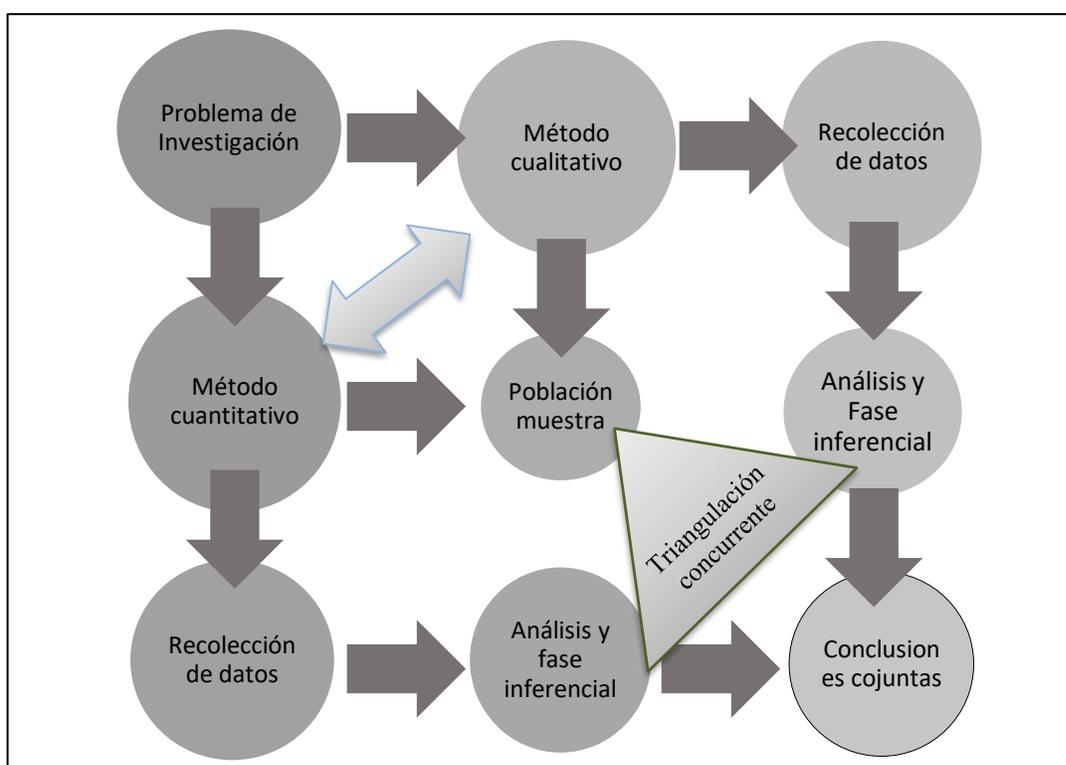
Por tratarse de una investigación con enfoque mixto, tanto la recolección de datos como su discusión y análisis, se abordó de manera conjunta facilitando una mayor comprensión del evento estudiado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2008) hasta permitir la obtención de inferencias y conclusiones (Doyle, Brady, & Byrne, 2009) tanto cuantitativas como cualitativas.

Como es propio del diseño concurrente (Figura 3), la ruta cuantitativa como la ruta cualitativa contaron con el mismo estatus (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Las

mediciones estandarizadas bajo la óptica médica, así como el historial clínico, se consideraron la fuente de información que arrojó datos cuantitativos de relevancia; además, dentro de la entrevista semiestructurada y a profundidad se incluyeron preguntas cerradas, ratificando la recolección de datos cuantitativos que se integraron a los datos cualitativos logrados con estas mismas técnicas.

### Figura 3

#### *Diseño de Investigación*



Fuente: Elaboración propia.

Con el propósito de conseguir mayor solidez a la interpretación desde la mirada multimodal e interdisciplinaria (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), se realizó la medición inicial y, de inmediato y durante 8 meses, se desarrolló la estrategia sanológica con la

población muestra; posterior a la implementación de dicha estrategia, una vez más se aplicó medición cuantitativa sobre los participantes del estudio.

### **3.2. Población y muestra**

El grupo de estudio se conformó por todas las personas que asistieron al programa “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), desde diciembre del 2018 a agosto del 2019 y que, deseando participar libremente y declarando conocer en qué consiste la estrategia sanológica, firmaron el consentimiento dialogado (Anexo C) con pleno uso de su autonomía. En total, fueron 18 personas: 10 mujeres, 8 hombres.

El número que compone la muestra obedece a un valor total de la población. Todos ellos han sido extraídos de las listas oficiales -bases de datos facilitadas por la oficina de la coordinación del “Hospital Día”; de esta manera, se cuenta con precisión en la obtención de la muestra, exactitud, fiabilidad y veracidad (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), condiciones necesarias para avanzar con la investigación.

Para confirmar las personas participantes del estudio, los únicos criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Descompensación psicopatológica
- Patología orgánica incapacitante o retraso mental moderado a severo
- Negativa a participar en el grupo

### **3.3. Fase Cuantitativa**

En la ruta cuantitativa, se siguieron los postulados que sobre este enfoque destacan Hernández, Fernández, y Baptista (2014), para alcanzar la neutralidad valorativa, y observar el comportamiento de las variables (Tabla 1) cuando son sometidas a procesos estadísticos.

### 3.3.1. Hipótesis

La implementación de la investigación sobre la sanología como estrategia en salud mental, consigue cambios significativos en el estado y comportamientos en salud de las personas con alteraciones mentales, de manera que incide positivamente en quienes asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

### 3.3.2. Variables

**Tabla 1.**

*Operacionalización de variables*

	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Variable Demográfica	Edad	Tiempo vivido por una persona contando desde su nacimiento.	Menos de 20 20-29 30-39 40-49 Más de 50
	Sexo	Modo que responde a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.	Masculino Femenino
	Orientación sexual	Preferencia sexual, física y emocional hacia personas del mismo sexo y/o del sexo opuesto.	Heterosexual Bisexual Homosexual
	Ingresos	Remuneración económica que recibe una persona	Menos de un salario mínimo Entre 1 y 2 salarios mínimo De 2 A 5 salarios mínimo Más de 5 salarios mínimos
	Con quien vive	Persona (s) con la(s) que comparte la mayor parte de su tiempo	Solo Con la pareja Con los padres Con hijos Otros
	Familia	Primer espacio de convivencia de los sujetos; contexto a través del cual se descubre la configuración colectiva de la personalidad	Padres Otra Hermana/o Hija/o
	Ocupación	Contexto en donde desarrolla su actividad ocupacional con o sin remuneración.	Ama de casa Empleada/o formal Empleada/o no formal Trabajador independiente Estudiante Sin ocupación

**Tabla 1. (Continuación)**

	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Variable Percepción y comprensión de salud	Comprensión de salud	Oportunidad de conocer de forma detallada los factores psicológicos, emocionales y de calidad de vida, incluyendo el obrar con respecto a la medicina occidental (Pardo-Torres & Núñez-Gómez, 2007), en una persona que se dispone a participar de la estrategia sanológica.	Concepto y acciones referidos a la enfermedad Concepto y acciones referidos a la salud
	Percepción de la salud	Uno de los elementos que conforman la dualidad salud-enfermedad; se enriquece de las creencias populares (Pardo-Torres & Núñez-Gómez, 2007) pues llega a ser influenciada por factores tanto culturales como sociales (Martínez-Mejía, Quiroga, Martínez, & Aguiar, 2017).	Concepto y acciones referidos a la enfermedad Concepto y acciones referidos a la salud
Variable sanóloga	Estado de salud	Condiciones médicas (salud física, psicológica, social y espiritual) (Moorhead, Swanson, Jphnson, & Maas, 2018), cuidados de salud recibidos y practicados, historia clínica, información genética, posible incapacidad. Examen sano clínico.	Examen físico Examen mental Exámenes paraclínicos del estado metabólico (Glicemia, Colesterol total, Triglicéridos, Recuento de blancos y Hemoglobina) Lista de medicación. Valoración del estado de salud y enfermedad según Clasificación Internacional de Enfermedades - versión 10.
	Estilo de vida de las personas	Lo configura el conjunto de hábitos; se relaciona con indicadores de salud física, peso, salud mental, bienestar emocional, autoconcepto global, calidad de vida percibida y la satisfacción vital (Rosa-Guillamón, García-Cantó, & Carrillo-López, 2018). Abordaje a través del Cuestionario Fantástico	Familia y amigos Actividad física Nutrición Tabaco Alcohol Sueño y estrés Tipo de personalidad Introspección Conducción trabajo Orden

**Tabla 1. (Continuación)***Operacionalización de variables*

	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Variable sanológica	Perfil de estado de salud relacionado con la calidad de vida	Indicadores de salud física, psicológica, social y espiritual con respecto a la percepción individual de su posición en la vida, contexto cultural, sistema de valores que redundan en sus expectativas, estándares y preocupaciones (Whoqol Group, 1998).	Calidad de vida en escala de 0 a 100. Test SF36
	Depresión	Se considera un estado de la persona caracterizado por la alteración de sus dimensiones conductual, cognitiva y fisiológica (Delgado, Rincón, Mateus, & Villamil, 2019; Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzmán, 2012; (Piqueras-Rodríguez, Martínez-González, Ramos-Linares, Rivero-Burón, García-López, Oblitas-Guadalupe, 2008; Agudelo, Buela-Casal, & Spielberger, 2007; Sanz & Vázquez, 1998; Carmona, Grande, & Blasco, 1988).	Sin Leve Moderado Grave
	Ansiedad	Estado emocional de componentes negativos pero también positivos, que puede ser temporal o permanente; se refleja a través de manifestaciones motoras, cognitivas y fisiológicas (Delgado et al., 2019; Guerra-Santiesteban, Gutiérrez-Cruz, Zavala-Plaza, Singre-Álvarez, Goosdenovich-Campoverde, Romero-Frómata, 2017; Moyano-Moyano & Colich-Moscoso, 2014; Piqueras-Rodríguez et al., 2008; Agudelo et al., 2007).	Sin Leve Moderado Grave

Fuente: Elaboración propia con base en los referentes tomados para el estudio.

### 3.3.3. Técnicas e instrumentos

Las técnicas afines con el método cuantitativo que se asumieron en esta fase, como parte de un procedimiento típico, se emplearon para obtener información útil; información que luego, en la búsqueda de la solución del problema planteado, pudo llegar a transformarse

aportando así al conocimiento. Esas técnicas se materializaron en la observación estructurada (Hernández- Sampieri et al., 2010) y en el empleo de diversas escalas validadas, de manera que se logró visualizar de forma directa parte de los resultados en relación con el método científico. Las escalas fueron las siguientes:

- Cuestionario Fantástico: Este instrumento ha sido utilizado tradicionalmente por la sanología para aproximarse a la percepción subjetiva de las personas sobre sus hábitos y concepto de salud. El instrumento diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, contiene 25 ítems cerrados que explora diez categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de Vida tales como como la familia y amigos, actividad física, nutrición, tóxico, alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad, imagen interior, carrera y orden. Este instrumento presenta dos o tres opciones de respuesta con valores numéricos de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 50 puntos, la cual por efectos prácticos se multiplica por dos obteniéndose un valor total máximo de 100 puntos. Se toman como punto de corte la media de las calificaciones propuestas por los autores del instrumento (Cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento: <39 puntos= existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente estilo de vida); ha sido validado en sujetos mexicanos, españoles, brasileros y colombianos adultos (Betancurth-Loaiza, Vélez-Álvarez, & Vargas, 2015; Ramírez-Vélez & Agredo, 2012).

Test SF36: Instrumento para medir la calidad de vida de los participantes en la estrategia sanológica. El cuestionario SF 36 cuenta con estudios de validez y confiabilidad en español y

para población colombiana (Santos-Sánchez, 2017; Romero Massa 2013; Lugo, García, Gómez, 2006; Vilagut et al., 2005).

Escala de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988): Mide la intensidad de la sintomatología depresiva. Es auto aplicable y consta de 21 reactivos, con cuatro opciones de respuesta. Describe el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual. Con validación en el idioma español (Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzmán, 2012; Sanz, García-Vera, & Fortún, 2012).

Escala de depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996): Indicador de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes, escala auto aplicada, tiene 21 ítems y se califica en las categorías nivel mínimo de leve, moderado y grave. Inventario validado en población colombiana (Beltrán et al., 2012; Sanz & Vázquez, 1998).

### ***3.3.4. Estrategia de Sistematización***

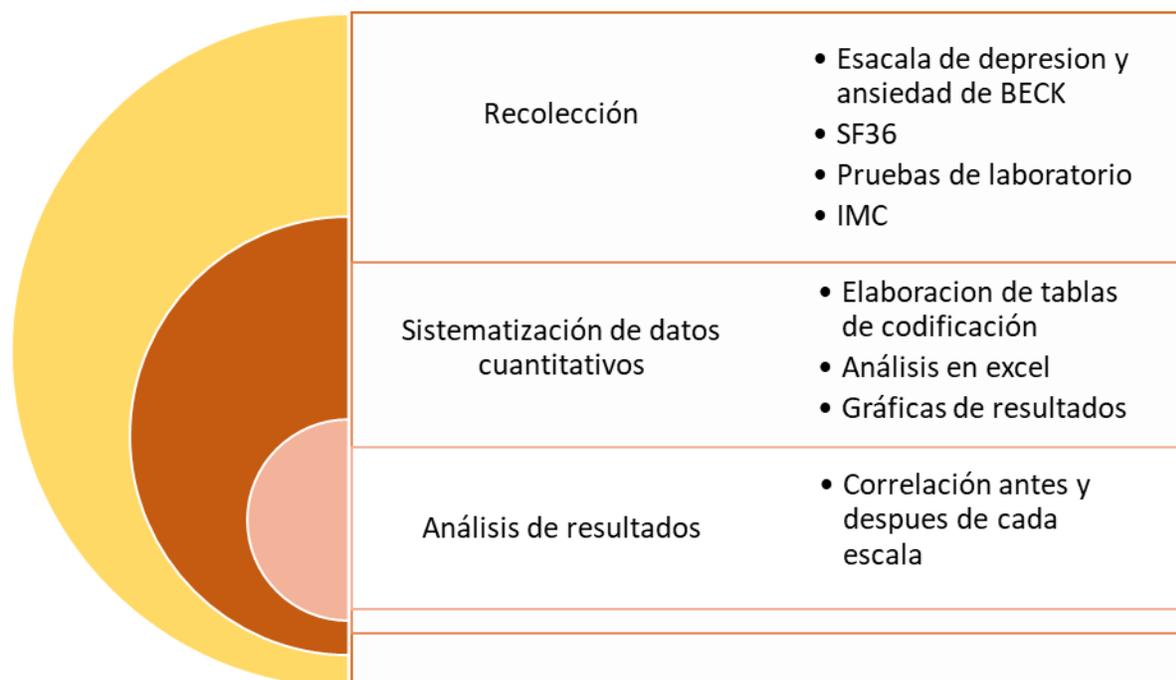
Los hallazgos alcanzados a través de los instrumentos de recolección de información fueron sometidos a la estrategia de sistematización de datos cuantitativos, acudiendo a los aportes de la prueba Chi cuadrado. Las bases de datos se llevaron a la herramienta informática de Excel, en donde a los datos como los ofrecidos por el análisis del examen mental y físico de los participantes, lograron aplicarles métodos de análisis previo; allí se organizaron los cálculos de la estadística descriptiva, tablas binomiales para la presentación de datos y el cálculo de las pruebas de Chi cuadrado.

Para la comparación de medias se utilizó una prueba de hipótesis para una sola muestra, con mediciones antes y después, con  $H_0: \hat{x}_{antes} - \hat{x}_{después} = 0$ ;  $\alpha=0,05$ ; estadístico t student por tener  $n < 35$ ; las variables de calidad de vida, ansiedad y depresión con distribución normal en población general y P Valor=0,05 (Sánchez-Turcios, 2015).

El capítulo de hallazgos da cuenta de dichos análisis de resultados; en ese espacio, tanto lo obtenido en el primer momento de esta fase cuantitativa, como lo alcanzado en el Segundo momento (Figura 4), se expone de manera contigua a los datos cualitativos de este estudio mixto (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

**Figura 4**

*Estrategia de Sistematización*



Fuente: Elaboración propia

### 3.4. Fase Cualitativa

En la ruta cualitativa, se atendieron los postulados de Vasilachis (2006) sumados a los principios que sobre este ordenamiento subrayan Hernández, Fernández, y Baptista (2014), para profundizar la mirada valorativa con respecto a la problemática, valiéndose para ello del desarrollo de las categorías, priorizando así el método humanista respaldado por este tipo de investigación (Ruedas, Ríos, & Nieves, 2009).

Se trató de un estudio orientado principalmente hacia la reflexión, comprensión e interpretación de las acciones y experiencias de las personas a partir de sus historias personales, las interacciones entre quienes hacían parte del programa “Hospital Día” y quien investiga, en el propio contexto (Vasilachis, 2006) y en medio de los talleres que enriquecieron la estrategia sanológica donde se evidenciaron cambios en el estado y comportamientos de salud.

### ***3.4.1. Momentos de la Investigación***

Para lograr los objetivos de la investigación, el proceso de ejecución se trazó para un año, a través de diversas fases interrelacionadas entre sí, y que se caracterizaron como se describen aquí:

- *Confirmación de la población muestra y conformación del equipo de trabajo*

Tras la presentación del proyecto de la estrategia sanológica a las personas que asistían al programa “Hospital Día”, se les motivó para participar en el proceso. La población muestra se ratificó con el total de las dieciocho personas que en ese momento hacían parte del programa “Hospital Día” vinculado al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Por otra parte, se conformó el equipo multidisciplinario, resaltando que estos profesionales se vinculan a las reuniones semanales de informe y evaluación del proceso de cada participante y su opinión siempre fue valiosa al momento de definir las actividades que se consideraban necesarias para fortalecer el proceso individual, consiguiendo ser siempre un ejercicio consensuado.

En las reuniones semanales de evaluación de cada participante, se daba la opinión y recomendaciones sobre las pautas a seguir a nivel colectivo del equipo multidisciplinario y,

finalmente, se proyectaba la realización de visitas domiciliarias a cada participante donde se evaluaba la dinámica familiar *in situ* y los cambios logrados con el proceso.

- *Principio de la creación de la estrategia, aplicación y recolección de información*

Se observaron las personas participantes, se levantó el informe sanoclínico, se aplicaron entrevistas semiestructuradas y de profundidad, se revisaron los exámenes de laboratorio, la relación de medicamentos y el examen mental, recordando que al final de la estrategia, se volverían a aplicar los exámenes; se perfilaba la creación de los talleres en la ruta de la estrategia sanológica, de manera que se iniciaba la sensibilización de las personas que participaron y sus familias, así como de quienes conforman el personal de apoyo interdisciplinario.

- *Fase de diseño e implementación de los talleres*

Con base en la aplicación de instrumentos y los resultados obtenidos durante el acercamiento previo a las personas participantes, se diseñaron y aplicaron cuatro talleres enmarcados en la estrategia sanológica que se exponen en su respectivo momento en este documento, contexto en el cual también se recogió y se validó información. Los talleres se implementaron de manera transversal, en cada uno de las siguientes áreas o dimensiones:

- Rutas de salud individual
- Rutas de salud Colectiva
- Ruta de sano-acción
- Ruta de imagen interior
- Ruta de nutrición

### ***3.4.2. Técnicas e instrumentos para la recolección de información***

Para la realización de esta investigación, y por tratarse de un estudio de corte mixto, también se acogieron técnicas de tipo cualitativo, propiciando siempre un escenario de confianza, de participación activa y de respeto; tanto las técnicas como los siguientes instrumentos, se abordaron teniendo claro que el objetivo estaba relacionado con el fortalecimiento del estado y comportamientos en salud ante alteraciones mentales a partir de la implementación de una estrategia sanológica consensuada con personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo:

- Consentimiento Dialogado: Se diseñó un instrumento de acuerdo a las normas éticas de no maleficencia y derecho a la autonomía de las personas de manera que no fueran persuadidas de forma impositiva a participar en la investigación, sino teniendo el pleno conocimiento de la estrategia; la persona tomó de forma autónoma la decisión de participar, teniendo claro que podría salir libremente del estudio cuando lo considerase pertinente; asimismo, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con el manejo del paciente con trastornos mentales (Gutiérrez, Yanes, Peraza, Santos, Rivera, Bello, 2017).
- Entrevista semiestructurada y a profundidad (Con base en el instrumento diseñado por el Dr. Pedro Reyes, 2015); Este instrumento permitió recoger información a partir de preguntas abiertas y cerradas; se realizó la medición inicial y durante 8 meses se desarrolló la estrategia sanológica y una medición final. El instrumento contó con los siguientes componentes: Los datos sociodemográficos generales, características de salud y estilos de vida, antecedentes familiares y personales, valoración socio-familiar, examen físico y mental, ruta de salud personal con posibles compromisos y valoración. Esta técnica se abordó de manera directa, conversando cara a cara.

- Talleres: El taller se mostró en esta investigación, como ese espacio de reunión, de encuentro generalmente con personas que comparten intereses comunes; se proyecta en la cotidianidad como una herramienta disponible con un fin relacionado y que generalmente es el de generar hábitos, habilidades, aprendizajes, capacidades y prácticas a partir de objetivos propuestos, aunque para todos es conocido que los talleres conservan gran flexibilidad. Algunos talleres demandan espacios abiertos, sin embargo, en varias ocasiones se logran desarrollar en escenarios cerrados o semicerrados. Cuando se menciona el taller como una técnica para la recolección de información, materializada generalmente en notas de campo, esa no suele exponerse como su tarea principal. Es el taller siempre un mecanismo de apoyo para el alcance de diversos objetivos, con la gran ventaja de ser acogido por todo tipo de personas; el desarrollo de actividades prácticas suele ser lo más atractivo, aunque esto no necesariamente descarte sus bondades frente a sus alcances reflexivos, culturales e intelectuales. En lo que concierne a la presente investigación, los talleres fueron espacios claves pues motivaron la participación activa de las personas involucradas en el estudio, incluyendo al equipo interdisciplinario.

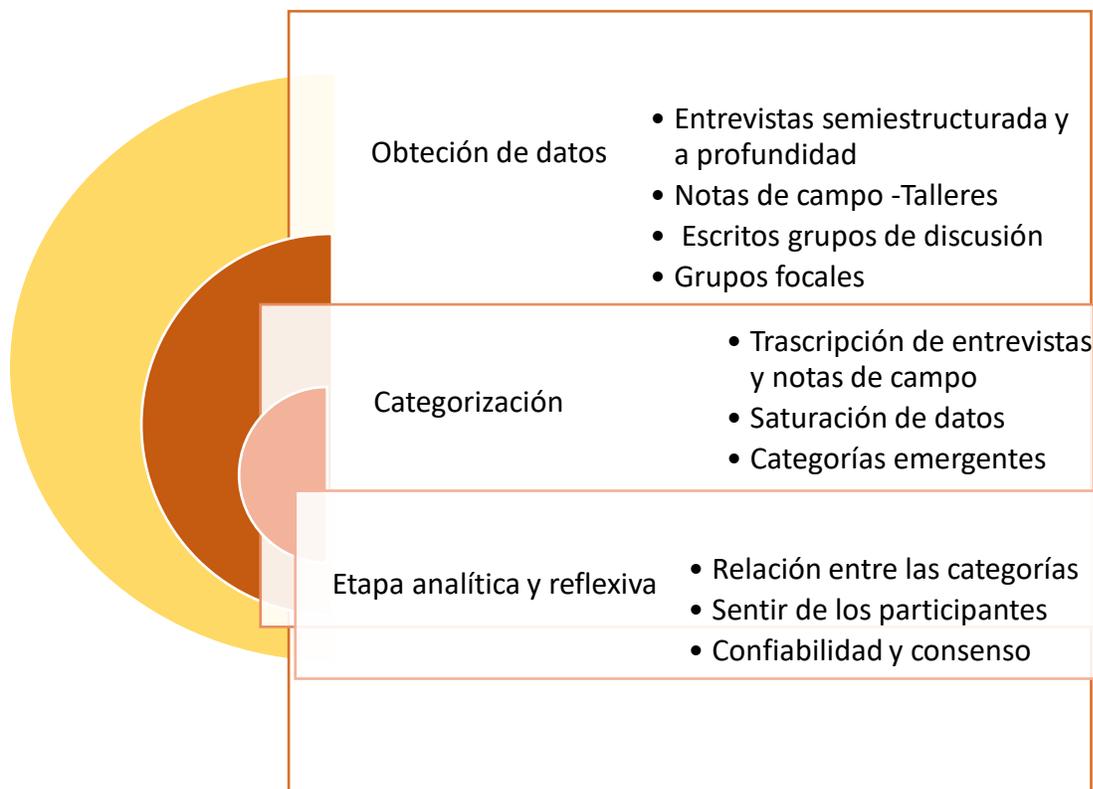
### ***3.4.3. Plan de análisis***

Las rutas trazadas dentro de la estrategia sanológica, incluyendo cada uno de sus talleres, arrojaron información de los participantes para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio, que se iban sumando a la información lograda con las entrevistas y las notas de campo, así como a los datos recabados a través de la fase cuantitativa. El tratamiento frente a los datos permitió definir de modo inferencial y reflexivo, el documento que se expone en el

capítulo destinado al análisis de los resultados. Dentro del abordaje del análisis de los datos (Figura 5) cabe anotar que se consideran como pasos claves, los señalados en este apartado:

- La información se analizaba según se iba recopilando, lo que permitió rediseñar la metodología, por su condición de flexibilidad, garantizando la capacidad de retroalimentación.
- Regresar a los datos médicos alcanzados con los diagnósticos respectivos, así como a los audios correspondientes a las entrevistas semiestructuradas y la observación de los participantes en la terapia de grupo (auto-registros y notas del investigador).
- Tras la transcripción, se realizó un análisis temático identificando vacíos en los datos obtenidos en diez participantes, por lo que se reforzó con una entrevista a profundidad que se empleó para aclarar situaciones como estados de ánimo triste, ideas suicidas, consumo de sustancias psicoactivas en el momento de la participación en la estrategia, ideación delirante persecutoria, alucinaciones activas y alteraciones cognitivas que no eran muy claras en las primeras intervenciones y que una vez aclaradas, sirvieron para modificar las rutas sanológicas con los participantes.
- Cada encuentro del equipo multidisciplinario con los participantes tanto individual como colectivo tenía una transcripción que iba siendo revisada por más de dos personas del equipo para identificar palabras y textos, así se consiguió una primera clasificación y organización de los datos.
- Los datos obtenidos se clasificaron en categorías para agrupar todos los temas según significados compartidos. Las categorías se fueron creando y modificando conforme avanzó el análisis, agrupándolas en función de patrones mediante códigos, de forma que se asignó los temas a cada unidad de análisis.

- Para el análisis de los resultados se acogió la metodología “Nube de palabras”; con ella se decantaron las respuestas más relevantes de los participantes.
- Sin embargo, la información obtenida se analizó en varias oportunidades con el fin de establecer relaciones y mapas conceptuales para entender los conceptos previos y los cambios logrados en el transcurso del proyecto. Para ello, se acudió a la herramienta informática de soporte al análisis de textos ATLAS.TI en su séptima versión; esta fue útil desde el momento de organizar hasta lograr el análisis de los datos que se realizó hasta la saturación teórica.
- El plan de análisis permitió descubrir los tópicos salud y bienestar, sumados a las demás categorías alcanzadas tras las rutas sanológicas. Los vocablos que se hicieron repetitivos y redundantes, sirvieron para construir, de la forma más exacta, la percepción de cada participante y sus cambios en el transcurso del estudio; sin embargo, todo se dio por consenso.
- Para contar con la respectiva confiabilidad de los datos y de las categorías emergentes, se consiguió comunicar a los participantes los resultados respectivos, de modo que la devolución ética se garantizara.

**Figura 5***Plan de análisis*

Fuente: Elaboración propia.

#### ***3.4.4. Categorías de Análisis***

Las categorías logradas durante el estudio, de modo que surgían tras los procesos de organización de los códigos, sirvieron de impulso hacia la fijación de ciertos objetivos, que se materializaron tras cada taller llevado con la estrategia sanológica. Desde luego, se intenta al dar cada paso por consenso, reconocer lo artesano en la literatura para fijar así, los propósitos de la continuidad del estudio. Sin embargo, las categorías sostenidas de manera reiterada durante el estudio, se sometieron al ejercicio de ser contrastadas y analizadas nuevamente, de modo que

pudiera reconocerse posibles discrepancias o malas interpretaciones, hasta conseguir las categorías definitivas (Tabla 2).

**Tabla 2.**

*Categorías de Análisis*

Objetivos	Categorías	Descripción	Descripción
Identificar el estado y comportamientos en salud de las personas estudiadas mediante la percepción de salud, el examen físico y presunción de salud.	Concepto y Autoevaluación en Salud del Grupo de Trabajo	Salud como condición que hace referencia a la capacidad de generar nuevas relaciones entre el ser, su entorno y la espiritualidad (Amable, 2018). Estado natural del ser humano con diferentes expresiones en continuo vaivén.	

**Tabla 2. (Continuación)***Categorías de Análisis*

Objetivo	Categoría	Dimensiones o áreas
Potenciar las rutas sanológicas individuales y colectivas construidas con cada una de las personas del grupo estudiado.	Diagnóstico sanológico o de presunción de salud	<p>Valoración estado de salud en tres niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación semiológica del estado de salud de la persona mediante el examen físico y mental, para indicar el diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades -versión 10.</li> <li>• Realización de paraclínicos que miden el estado metabólico de las personas.</li> <li>• Lista de medicación prescrita a cada uno.</li> </ul>
Determinar la incidencia del enfoque sanológico como estrategia que consigue cambios en el estado y comportamientos de salud de personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo mediante una metodología triangular	Ruta salud Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Sueño y manejo del estrés</li> <li>• Autoimagen</li> <li>• Cuidado del cuerpo – alimentación</li> <li>• Fortalecimiento de la personalidad, dependencia a las drogas y sustancias psicoactivas</li> </ul>
	Rutas de salud colectivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller de concepto de salud</li> <li>• Taller de habilidades de comunicación asertiva</li> <li>• Nutrición y comida saludable</li> <li>• Taller de la actividad física</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

### 3.4.5. Consideraciones éticas

Por tratarse de personas sobre quienes recae el proceso investigativo, se precisa registrar los principios éticos tenidos en cuenta para la ejecución del estudio.

- Este acercamiento fue llevado a cabo de acuerdo a las consideraciones éticas de Helsinki (Cruz, Cárdenas, Escobar, & González, 2010; Mainetti, 1947) y fue aprobado por el comité de ética Bioética e investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, el 22 de febrero de 2018.
- La investigación presenta riesgos mínimos por manejo de información según las Normas de Buena Práctica Clínica (Ministerio de la Protección Social, 2008). No existió ningún riesgo potencial para los participantes del estudio. El estudio incluyó pruebas de papel, lápiz, medida de peso, talla, tensión arterial, eventos que se utilizan de manera rutinaria en la práctica clínica. No se incluyeron situaciones embarazosas ni de riesgo físico para los participantes. El riesgo de la salud física y mental fue mínimo, aunque era posible que las pruebas produjeran fatiga o frustración en algunos de los participantes. Para reducir este riesgo, el sanólogo identificó los signos de fatiga, ansiedad o frustración y realizó descansos y pausas activas en espera de la recuperación del participante. También se tuvieron en cuenta las normas bioéticas para el manejo del paciente con trastornos mentales (Gutiérrez, y otros, 2017).
- Para proteger la confidencialidad de los datos, se asignaron números con los cuales identificar a las personas participantes en el proyecto; además, los protocolos de evaluación fueron guardados en un archivador con llave en la oficina de la investigadora principal del estudio. Una vez se recogió la información, la autora incluyó los datos en

una base de datos de Excel y fueron colocados en una carpeta compartida que se creó en Dropbox a la cual

solo tenían acceso los expertos en realizar los análisis de datos. En ningún momento se incluyó en la base de datos que comprende información personal de los participantes que pudiese ayudar a la identificación de estos (ej. nombre, apellidos, teléfono, dirección, número de documento de identidad, etc.), únicamente fueron reconocidos por su número clave.

- Existieron riesgos menores asociados a este estudio: tres de los participantes presentaron temporalmente un poco de malestar emocional mientras se respondía los cuestionarios de depresión y ansiedad, por lo que se tuvo que suspender el proceso y realizarles apoyo emocional. Sin embargo, al siguiente día se les interrogó sobre la realización del test y estuvieron dispuestos a realizarlo sin ningún inconveniente, superada su sensación de malestar.
- Una vez se obtuvieron los resultados del estudio, estos han sido sometidos al aval para ser publicados en revistas especializadas de alto impacto a nivel nacional e internacional y se garantizó que ningún tipo de información personal que pudiera identificar a los participantes (nombre, fecha de nacimiento etc.) saldría como parte de la publicación.
- A todos los participantes se les comunicó a través del formulario de consentimiento informado, que iban a participar en un estudio dirigido a tener una mejor comprensión de su salud y que era necesario conocer los factores psicológicos, emocionales y de calidad de vida de forma detallada de cada persona, con el fin de diseñar un programa de intervención ajustado a su propia realidad y que respondiera a las necesidades individuales y particulares.

- Se informó periódicamente al Comité de ética de los avances de la ejecución del proyecto. También se dieron a conocer los resultados del estudio a los participantes de éste. A la comunidad científica se le dio a conocer los resultados en congresos regionales, nacionales e internacionales.

#### ***3.4.6. Limitaciones y preguntas***

Al utilizar los dos tipos de enfoques tanto la mirada cuantitativa como la cualitativa, se corrió el riesgo que los resultados obtenidos fueran contradictorios entre ambos métodos; sin embargo, en el transcurso de la investigación se observó que eran complementarios y los resultados cuantitativos afirmaron y complementaron el proceso cualitativo, lo que enriqueció y fortaleció el estudio.

Otro tópico que se contempló fue el sesgo de aprendizaje, que puede suceder al usar los mismos instrumentos de medida antes y después de la intervención. Esto se minimizó dejando pasar ocho meses entre cada medición.

Cabría desde el principio la posibilidad de verse el estudio sesgado, ante el caso de que algún participante abandonará el programa antes de su finalización; sin embargo, esto no sucedió.

#### ***3.4.7. Control de calidad y manejo de datos***

Los sesgos en la investigación clínica pueden producirse en cualquier etapa del proceso: Planificación, conducción, análisis, presentación de resultados y la publicación de resultados. Por ello, el presente estudio en sus diferentes etapas estuvo acompañado por expertos en la temática para garantizar la disminución de los posibles sesgos. Para ello se enfatizó en la planificación, formación de todo el personal que participó en diferentes actividades

investigativas, recolección, registro y análisis de datos. Se creó un archivo documental para cada una de las personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Estos datos fueron revisados por una persona externa para garantizar la calidad de la base de datos, mediante la metodología respectiva y análisis previo de datos (Manterola & Otzen, 2015).

#### ***3.4.8. Validación de hallazgos***

Como una manera de lograr la integración de los resultados, tras el análisis cuantitativo y cualitativo, se realizó la fase de validación a través de la técnica metodológica de la triangulación (Puentes, Puentes, Puentes, & Chávez, 2018; Samaja, 2018). Ambas rutas del método mixto, se centraron en aspectos diferentes, pero son complementarios entre sí, llevando el estudio a una visión más exacta y compleja. Se analizó la integración mutua e incluyente, para fortalecer las conclusiones sobre la efectividad de la intervención. Los datos fueron efectivamente complementarios y el análisis cuantitativo enriqueció las conclusiones realizadas a nivel cualitativo, lo que permitió identificar los cambios en salud obtenidos por los participantes.

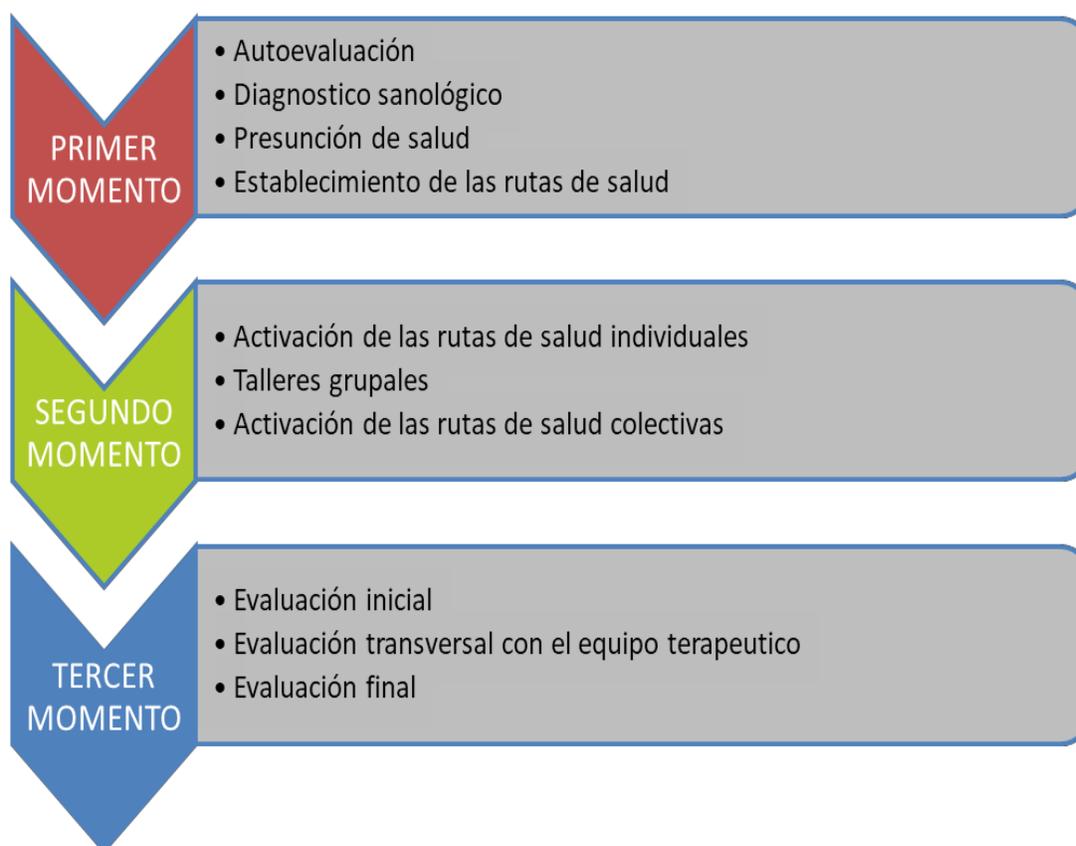
## Capítulo Cuatro IV. Estrategia Sanológica

### 4.1. Título

Estrategia Sanológica en personas con alteraciones mentales (Figura 6)

### Figura 6

*Estrategia sanológica*



Fuente: Elaboración propia.

### 4.2. Introducción

La palabra estrategia nace de los términos griegos *stratos* (ejército) y *agein* (guía), lo que significa guía del ejército; es decir, la estrategia surge de un concepto meramente militar que se fue generalizando a través de los años a otros campos del conocimiento como la

administración y los negocios (Maldonado-Mera, Espinosa, & Cabrera, 2017), hasta ser un vocablo ubicado en relación a la ciencia o al arte de combinar y emplear los métodos de guerra, más concretamente en el tema de la planificación y despliegue de fuerzas y movimientos, vinculados a diversos mecanismos acogidos para lograr un fin especial.

En esos términos, la estrategia también se puede definir como un plan para dirigir un asunto. Una estrategia se compone de una serie de acciones planificadas que ayudan a tomar decisiones y a conseguir los mejores resultados posibles; una estrategia se compone de tácticas que son medidas concretas para conseguir uno o varios objetivos.

Ahora bien, las estrategias de salud son actuaciones sobre problemas de salud, que por su elevada prevalencia o por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren de un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con una completa asistencia y cobertura oportuna en todas las esferas de la vida de las personas. Es así como las alteraciones mentales al tener estas dos características se convierten en enfermedades que ameritan tener una estrategia a nivel mundial.

Desde abril del año 2016, la OMS en su asamblea general, presentó un documento sobre cómo orientar los servicios de salud, para que fueran integrados y centrados en la persona; dicho accionar tiene fundamentos, conceptualización y líneas estratégicas que han sido para el presente estudio (Asamblea Mundial de la Salud, 2016).

La importancia de realizar la estrategia sanológica con personas que presentan alteraciones mentales radica en ampliar el horizonte y crear entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y les permitan adoptar y mantener hábitos en salud que generan bienestar y pleno desarrollo dentro de un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales de las personas.

Con esta propuesta se pretende dar una alternativa diferente al accionar médico actual, centrado únicamente en la condición biológica y dejando de lado las presiones socioeconómicas, culturales, espirituales, comportamentales que al no ser tenidas en cuenta contribuyen a la perpetuación de las alteraciones mentales y se vuelven caldo de cultivo para las grandes diferencias sociales, exclusión social y estigmatización; esta afirmación está sustentada en los altos índices de pobreza y bajo nivel educativo en personas con alteraciones mentales en los países en vías de desarrollo (Vivas, Vivas, & Álvarez, 2014).

### **4.3. Objetivos**

El principal propósito de esta estrategia consiste en promover cambios favorables en el estado y comportamientos de salud desde la sanología, en las personas con alteraciones mentales que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Como objetivos específicos se prescriben los siguientes:

- Minimizar necesidades individuales y colectivas de las personas que requieren contar con salud mental y hacen parte del “Hospital Día” -vinculado al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo-, así como evitar la re-hospitalización y la cronificación de las diferentes enfermedades de estas personas.
- Fortalecer en las personas que llegan al “Hospital Día” la autonomía, la vitalidad, el empoderamiento y la capacidad volitiva para cambiar sus estilos de vida, comportamientos, emociones y hábitos que las llevan a enfermar; ello, a través de la implementación de las rutas sanológicas individuales y colectivas construidas por (con) cada una de las personas del grupo estudiado.

- Valorar los cambios en el estado y comportamientos de salud logrados mediante la estrategia sanológica.
- Determinar la coherencia e integración entre las categorías analíticas y los datos cuantitativos para valorar los logros producidos por la estrategia sanológica implementada.

#### **4.4. Justificación teórica para la elección del programa “Hospital Día”**

La estrategia sanológica en el contexto de “Hospital Día” con personas que presentan alteraciones mentales en etapa subaguda, busca evitar la re-hospitalización y la cronificación de las diferentes enfermedades. Cuenta con un equipo de profesionales dedicados a fortalecer la autonomía, la vitalidad, el empoderamiento y la capacidad volitiva de las personas que llegan allí, con la meta de cambiar sus estilos de vida, comportamientos, emociones y hábitos que lo llevan a enfermar.

Ello, sin olvidar la multicausalidad de la enfermedad, rasgos de personalidad y la individualidad soportada en las bases genéticas, biológicas, entornos familiares, sus propios valores, principios morales, espirituales, escalas de valores de la sociedad en que vive y el pensamiento colectivo que necesita ser incluido en el proceso para que éste sea exitoso.

Existe evidencia de que las intervenciones comunitarias a través de prácticas de promoción de salud en los barrios y comunas crean condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo, crítico y colectivo, dirigido a la inclusión-acción. Esto es de fundamental importancia, teniendo en cuenta que la aceptación a la diferencia, por parte de la comunidad, es el punto clave para la inclusión laboral y social de las personas con alteraciones mentales que previamente, por desconocimiento y ausencia de pensamiento colectivo con

primacía de individualidad, no era parte su foco de atención (Moya-Albiol & Ruiz-Robledillo, 2012).

El equipo multidisciplinario, tomando como base las teorías complejas de la sanología aportadas desde José Martí, sumadas a los postulados de Edgar Morin, Delgado y Maturana, asociadas a las propias de la formación en psicoanálisis, sociología y psicología, especialmente en su corriente humanista, así como a la teoría de los sistemas formulada por Minuchin, White y Epsen (Medina, 2011), así como los aportes sobre salud mental y comunitaria de Pavlovsky, conforman una ruta de trabajo para ser implementada con los participantes del estudio, sin negar que ello amerita constantes retroalimentaciones en el camino, de modo que se adapten a las necesidades individuales y colectivas.

#### **4.5. Estructura Física del Servicio**

El programa “Hospital Día” opera en un espacio abierto dispuesto en el patio de la Unidad de Salud Mental, donde se han instalado quioscos para realizar actividades de terapia de grupo, talleres, conferencias, intervenciones individuales, y colectivas. Existe un quiosco dispuesto para las actividades de terapia ocupacional con cocina y equipos para trabajar la madera, realizar bisutería y taller de costura. Además, se cuenta con una huerta productiva que es dirigida por técnicos que, en convenio con el Sena de la Angostura (Servicio Nacional de Aprendizaje), le aporta conocimientos a las personas con vocación agrícola o que solo aspiran incursionar en las huertas caseras saludables, permitiéndoles aprender cómo cultivar la tierra de forma adecuada.

#### **4.6. El equipo multidisciplinario**

El equipo de trabajo está compuesto por:

1. Médico Psiquiatra: Investigador principal y líder del proceso, con formación en sanología. Fue quien inicialmente capacitó a todo el personal en la estrategia sanológica y realizó el proceso de selección del personal de trabajo e incluyó a las personas participantes. El médico psiquiatra sanólogo sostuvo la responsabilidad de tomar las decisiones que afectan el cuidado y el proceso de las personas, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento, así como la supervisión del resto del equipo. También asumió el proceso de evaluación periódica de los cambios obtenidos por las personas a lo largo del proceso, detectando los cambios hacia la mejoría y posible egreso de las personas por recuperación o agudización de su sintomatología, o por incumplimiento de los acuerdos y criterios de inclusión al programa.
2. Médico general: profesional indispensable a la hora de hacer el seguimiento diario del estado físico y mental de las personas. Asumió el levantamiento de la historia clínica diaria; seguimiento donde registraba los signos vitales, examen físico detallado y examen mental, así como los paraclínicos que consideraba pertinentes; era quien alertaba al personal frente a alguna patología que requiriera el acompañamiento por parte de otro especialista en el Hospital. Ante ello, realizaba la interconsulta y estaba pendiente de su respuesta, efectuando el tratamiento sugerido por la otra especialidad. Las interconsultas más frecuentadas fueron a medicina interna y a endocrinología en razón a las patologías duales que presentaban las personas con alteraciones mentales.
3. Psicólogo: Especialista comprometido con los procesos evolutivos y educativos. Logró en forma consensuada con los participantes cambios en los comportamientos y emociones para buscar una mejor salud. Además, periódicamente, realizaba reuniones de tipo familiar consiguiendo allí detectar inicialmente su funcionamiento, y poder observar posteriormente

en las dinámicas de convivencia, los cambios, tanto del participante como de su familia. La evaluación inicial involucra el diagnóstico del componente psicológico de los trastornos mentales, factores de personalidad, historia vital, organicidad, etc. El psicólogo fue el profesional que asumió la definición consensuada de los objetivos y medios a desarrollar en la intervención psicológica junto con el participante, diseñó y efectuó intervenciones terapéuticas de acuerdo a las necesidades de los participantes y apoyándose en el humanismo (Rusu, 2019; Brinkmann, 2017; Comas-Díaz, 2012); también, cuando se hacía necesario, intervenía para atender periodos de crisis y asumir un papel fundamental en la contención emocional de las personas que lo requerían.

4. Personal de Enfermería: Las personas del “Hospital Día” suelen tener más contacto con el personal de enfermería asignado a su cuidado que con cualquier otro miembro del equipo. Este personal administraba los fármacos a los pacientes, les tomaba los signos vitales, supervisa y evalúa las necesidades físicas y emocionales de cada participante y realizaba psicoeducación sobre la importancia del autocuidado, manejo de los medicamentos, efectos adversos y abuso de sustancias psicoactivas. Cuando la situación clínica de la persona manifestaba cambios de repente, a menudo eran los primeros en detectar el cambio. De inmediato informaba del cambio al médico general y al resto del equipo.
5. Terapeuta ocupacional: Este profesional efectuaba la evaluación funcional en las distintas áreas de la ocupación, establecía el diagnóstico de rehabilitación, elaboraba junto con las personas el plan individual de rehabilitación, y lo implementa de forma particular, ayudando en la toma de decisiones, resolución de problemas, elección ocupacional, manejo de estrés y desarrollo de confianza personal de los participantes. Además, apoyaba

al equipo interdisciplinario en el desarrollo y desempeño de roles satisfactorios en las distintas áreas de la ocupación humana.

6. **Trabajador Social:** Este profesional se comprometió con el rol de efectuar el diagnóstico y la evaluación social de las personas y su grupo familiar. Evaluaba el entorno social, redes de apoyo, comunas y áreas de influencia; realizaba un plan individual de rehabilitación y reinserción socio-laboral con cada participante en apoyo con la terapeuta ocupacional, con quien trazaba metas a corto y mediano plazo tanto educativas como relacionadas a la búsqueda activa de trabajo en agremiaciones sensibilizadas previamente para su inclusión laboral, tratándose de personas con alteraciones mentales; promovía la participación activa de las personas con este tipo de trastornos, incluyendo a sus familiares, en aquellas asociaciones comprometidas con su atención. A las organizaciones les realizaba acompañamiento y asesoría, de manera que se ratifica el fomento en ellas de valores como la solidaridad y el empoderamiento. El trabajador social suscita en estos organismos, el intercambio de aquella información que pudiera ser valiosa para promover en las personas participantes la salud, la incursión a nivel comunitario en diversas instituciones y el contacto con los medios de comunicación.
7. **Nutricionista:** Formaba parte de equipo anexo, o temporal, apoyando evaluaciones puntuales sobre el estado de salud físico de las personas. Realizaba una evaluación antropométrica del índice de masa corporal al inicio de la intervención y lo comparaba con el índice de masa esperado para la edad y la talla de las personas; luego dialogaba con los participantes sobre sus preferencias alimentarias y al final diseñaba una dieta saludable que ajustada a las preferencias y necesidades de cada uno y se la suministraba tanto al participante, su núcleo familiar, y a quien se encargaba de la cocina en el programa

“Hospital Día”, siendo este un proceso individualizado y consensuado. Periódicamente iba a hacer evaluaciones acerca de los cambios logrados y ajustaba la dieta de los participantes, siendo evaluados por este profesional en seis oportunidades durante el proceso investigativo. También participaba en los talleres de cocina saludable donde enseñaba el valor nutricional de los alimentos y cómo preparar alimentos con bajas calorías y alto impacto nutricional.

8. Educador Físico: Este profesional también formaba parte del equipo anexo o temporal comprometiéndose con la realización de las evaluaciones del estado físico de las personas, así como en la elaboración personalizada de una rutina de actividad física para cada participante, de acuerdo a su estado de salud y antecedentes de sedentarismo. Semanalmente se programaron dos sesiones de 30 a 45 minutos para cada participante, siguiendo rutinas que fueron diseñadas según las características físicas de cada uno, considerando aproximadamente 15 minutos de calentamiento y estiramiento de los músculos, entre 5 a 15 minutos de fortalecimiento muscular, entre 20 y 15 minutos de actividad cardiovascular y 10 a 15 minutos de estiramiento y recuperación muscular. Al final del proceso se logró influir favorablemente en las personas para la continuación de la actividad física en forma externa al programa, pues su vitalidad y energía se mejoró cuando realizaron actividad física con regularidad.
9. Técnicos de cocina, agrícola y de manejo de la madera vinculados en convenio con el Servicio Nacional de Aprendizaje -Sena, en su sede de La Angostura: Cinco de los participantes demostraron gran interés en el cultivo de huertas caseras; ellos provenían de zona rural y debido a la violencia en el lugar donde residían se tuvieron que desplazar a la ciudad, todos tenían antecedentes de episodios traumáticos, pero el recuperar la actividad

agrícola, así fuera a pequeña escala con huertas en casa les hacía sentir satisfechos. Además, se crearon algunas huertas productivas en el servicio de psiquiatría que siguieron funcionando después del año que duró la ejecución de la estrategia sanológica: huertas de cilantro, yerbabuena, albahaca, menta, limones, mangos, tomate, limonaria, lechuga y pimentón; los productos se llevaban a la cocina de la institución en forma parcial, también se convirtieron en ingredientes de las actividades culinarias que realizan otros miembros del servicio que pertenecen al taller de culinaria; dicho taller se dedica a realizar comidas rápidas y saludables, junto a la panadería, desde donde fomenten estilos de vida saludables. Cada semana el “Hospital Día” se desplazaba por las distintas dependencias del hospital ofreciendo hamburguesas saludables, panes de quinua, emparedados vegetarianos y tortas de excelente calidad, especiales para personas con complicaciones de peso y afecciones metabólicas. También se llevaban a cabo talleres de manejo de la madera, donde se construían cuadros vivos (de vegetación activa), porta retratos y recordatorios en forma de llaveros, vasos de madera y animales miniatura; elementos realizados por los participantes del proyecto con acompañamiento del técnico del Sena. Finalmente, se realizaban talleres de costura dirigidos por la integrante del grupo de participantes con mayor edad que tenía gran experticia en labores de diseño, modistería y costura; esta persona enseñaba a cuatro de sus compañeras a realizar batas que se vendían a los médicos de la institución, y toallas que se donaban a los pacientes que se encuentran internados en la institución (en la Unidad Mental 24 horas) y realizaban todo tipo de ajustes y remodelación a las prendas que las personas de buen corazón donaban al servicio de la Unidad Mental para adaptarlas al cuerpo de las personas que cruzaban hospitalización; esa labor era altamente agradecida por las personas que estaban

hospitalizadas; personas de bajos recursos y que pertenecían a lugares apartados de donde sus familiares no podían desplazarse con frecuencia a traerles ropa.

#### **4.7. Proceso pre-investigativo**

Inicialmente y durante seis semanas. Se socializó el proyecto alrededor de la estrategia sanológica con las personas que asistían al programa “Hospital Día”; en esta etapa conocieron la estrategia, asumieron que la salud era un compromiso personal de vida y además tuvieron el privilegio de compartir un espacio dialógico con la Dra. Zoraida María Amable Ambros, experta en el tema, que les compartió sus experiencias en otros contextos donde se promueve la salud en personas con alteraciones metabólicas, mujeres en condición de vulnerabilidad, niños, estudiantes de medicina; este ejercicio motivó a los integrantes del grupo para participar en el proceso. Por otro lado, las recomendaciones dadas a la autora y el aval de la Dra. Zoraida, fue un ingrediente básico para que se continuará el proceso con la población objeto.

- *Firma de consentimiento Dialogado*

A los participantes, inmediatamente después de conocer la estrategia sanológica y en lo que consistiría el estudio, se les solicitó que manifestaron su consentimiento dialogado en el cual:

- 1) se describe el propósito del estudio y los procedimientos a utilizar
- 2) se deja claro que la persona podrá negarse a participar en el estudio o retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones
- 3) se establece que la investigación no representa ningún riesgo físico para la persona
- 4) se afirma que la información personal será confidencial y únicamente los investigadores del presente estudio pueden tener acceso a ella.

La totalidad de las personas que asistían al programa “Hospital Día” en forma autónoma y responsable tomaron la decisión de participar en el estudio, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con el manejo del paciente con trastornos mentales (Gutiérrez et al., 2017).

#### **4.8. Primer Momento**

Una vez confirmado el grupo de personas que participarán en el estudio, así como el equipo interdisciplinario, se procede a realizar una entrevista semiestructurada individual, en la cual libremente las personas de manera coloquial dialogan con el sanólogo manifestando sus criterios, sus valoraciones y sus comportamientos en salud; esta entrevista permite captar los pensamientos, los sentimientos y las interacciones de las personas, lo que crea un vínculo más horizontal de intercambio donde prima el respeto a la individualidad y la confidencialidad. Dentro de este contexto es posible profundizar en los aspectos físicos y mentales, así como en la realización de paraclínicos complementarios según los hallazgos clínicos realizados. Luego se aplican los instrumentos que evalúan síntomas psicóticos, depresión, ansiedad y calidad de vida, acercamientos que dan más elementos de comprensión del sentir del entrevistado.

Las etapas cumplidas sostienen las siguientes características:

##### ***4.8.1. Autoevaluación de salud***

Las personas, partiendo de su propio concepto de salud, su percepción, sus comportamientos en salud, incluidos los hábitos higiénicos sanitarios, dan su propia evaluación de su salud a través del instrumento Fantástico. Allí califican su salud de forma independiente y autónoma antes de iniciar el proceso. Los aspectos que se tomaron en cuenta fueron las relaciones intrafamiliares y con sus amigos, la actividad física realizada regularmente, los

hábitos alimenticios junto con el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, el tipo de personalidad, su imagen interior, alteraciones del sueño, estrés y proyecto de vida.

#### ***4.8.2. Diagnóstico sanológico***

En este momento, el sanólogo realiza un examen minucioso del estado de salud físico y mental convencional de las personas. En la mayoría de ella se hace necesario realizar paraclínicos para determinar las características clínicas y condiciones de salud utilizando las herramientas clínicas convencionales de vanguardia que advierten sobre las condiciones metabólicas que presentan los evaluados.

#### ***4.8.3. Presunción de Salud***

En esta etapa, el sanólogo recopila los datos suministrados en la entrevista semiestructurada junto a los recogidos en el instrumento Fantástico y los obtenidos en el diagnóstico sanoclínico; si se consideran situaciones por aclarar, se procede a realizar una entrevista a profundidad, en donde se aclaran diferentes tópicos que no sostienen la ilustración suficiente como los vínculos familiares, o el abuso en el momento de sustancias psicoactivas, en el momento de la entrevista. Cuando la información es aclarada, se procede a realizar una reunión de reflexión con cada participante que compara en forma dialogada el nivel de salud que percibe la persona y lo establecido por el sanólogo de acuerdo al examen clínico; en esta discusión, la persona forma parte activa en los mecanismos para afrontar sus puntos débiles y mejorar su salud, rompiendo con la posición vertical médico– enfermo y haciendo este encuentro más horizontal donde el participante es el principal actor de su proceso hacia la salud; así mismo, este es un paso fundamental para considerar a la salud como el estado natural del ser humano con diferentes expresiones en continuo vaivén.

#### 4.8.4. Establecimiento de la ruta de salud

Proceso de construcción o cambio teniendo en cuenta el control que la persona ejerce sobre sí misma y su ambiente. Se busca mejorar el estado de salud de las personas, realizando una concertación en la cual cada persona junto a la familia y amigos se compromete y asume conductas y comportamientos que fortalezcan su salud. Se definen las áreas sobre las cuales se plantea actuar (Tabla 3), se priorizan, se trazan los objetivos, las actividades y las formas de control de cada una de ellas. Esta ruta puede comprender factores de trabajo a nivel individual y/o colectivo.

#### Tabla 3.

##### *Aportes de los programas diseñados en la Estrategia Sanológica*

Áreas de la ruta sanológica	Evidencia de las rutas sanológicas
Familiares y amigos	Evidencia del impacto de un programa social cognitivo para el control de la autoeficacia (Jongen, Heerings, Ruimschotel, Hussaarts, Evers, Duyverman, Valkenburg-Vissers, Cornelissen, Droffelaar, Lemmens, Donders, Zande, Visser, 2016). Adecuado funcionamiento social a 18 meses frente a la depresión, apoyo social, soledad, autoestima, autoeficacia, ansiedad, bienestar psicológico (Alvarez-Jimenez, Bendall, Koval, Rice, Cagliarini, Valentine, D'Alfonso, Miles, Russon, Penn, Phillips, Lederman, Wadley, Killackey, Santesteban-Echarri, Mihalopoulos, Herrman, Gonzalez-Blanch, Gilbertson, Lal, Chambers, Daglas-Georgiou, Latorre, Cotton, McGorry, & Gleeson, 2019).
Sueño y estrés	Mindfulness reduce los síntomas de ansiedad y depresión (Ferszt, Ginette, Robin, Miller, Joyce, Hickey, Maull, Crisp, 2015). La meditación con programas de atención plena reduce dimensiones negativas del estrés psicológico (Goyal & Singh, s/f).
Imagen Interior	Existe evidencia de aumentar la auto eficacia a partir de un programas multimodal en mujeres con ansiedad y depresión (Andersén, Larsson, Lytsy, Berglund, Kristiansson, Anderzén, 2018).

**Tabla 3. (Continuación)***Aportes de los programas diseñados en la Estrategia Sanológica*

Áreas de la ruta sanológica	Evidencia de las rutas sanológicas
Nutrición	La intervención multidisciplinaria en grupo puede ser una estrategia eficaz y económicamente viable en lo metabólico y en la mejora de la calidad de vida (Pozas, Bodanese, Zimmermann, Da Silva, Macagnan, Pandolfo Da Silva, 2017).
Actividad física y lúdica	El cuidado colaborativo es efectivo para personas con depresión y comorbilidades físicas (Panagioti, Bower, Kontopantelis, Lovell, Gilbody, Waheed, Dickens, Archer, Simon, Ell, Huffman, Richards, Feltz-Cornelis, Adler, Bruce, Buszewicz, Cole, Davidson, De Jonge, Gensichen, Huijbregts, Menchetti, Vikram, Bruce, Shaffer, Zijlstra-Vlasveld, Coventry, 2016).
Intervenciones multidisciplinarias	Las intervenciones multidisciplinarias mejoran los síntomas físicos y mentales (Brendbekken, Harris, Ursin, Eriksen, & Tangen, 2016). Los cuidados colaborativos para la depresión tienen efectos positivos (Curth, Brinck-Claussen, Davidsen, Lau, Lundsteen, Mikkelsen, Csillag, Hjorthøj, Nordentoft, Eplöv, 2017). A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia se les debe ofrecer manejo psicoterapéutico (Gómez-Restrepo, Gómez-Restrepo, Tamayo, Ayala, Carrasco, Padilla, Garzón, Borda, Verhelst, Ramirez, González, Gil, Jacky, 2014).

Fuente: Elaboración propia.

## **4.9. Segundo Momento**

### ***4.9.1. Activación de las rutas individuales***

Cada participante trabaja de forma interdisciplinar tanto con el sanólogo, como con el enfermero, la psicóloga, la trabajadora social y la terapeuta ocupacional, aquellas áreas que considera necesita reforzar; una vez por semana sostiene un encuentro individual con el sanólogo de aproximadamente 45 minutos; durante este tiempo se plantean las diferentes dificultades que tiene en el proceso y se realizan intervenciones de corte psicodinámico y educativo.

La psicóloga por su parte, tiene dos intervenciones semanales con cada participante de 45 minutos, donde realiza intervenciones cognitivo- conductuales que refuerzan el proceso de cambio; asimismo la trabajadora social una vez por semana involucra a las familias de los participantes en el proceso, les comenta los cambios y se retroalimenta con ellos acerca de los cambios de comportamiento en casa. Su trabajo también se dirige al final del proceso hacia la motivación y creación de redes de trabajo y procesos de inclusión en la vida laboral de los participantes.

En cuanto a la terapeuta ocupacional, desde el inicio del proceso, se propone trazar un mapa de trabajo con cada participante donde fomenta el desarrollo de habilidades tanto intelectuales, sociales, manuales y laborales que son valiosas en el momento de elegir la vocación laboral. Finalmente, el enfermero refuerza en los participantes la necesidad de tomar la medicación en forma correcta para evitar recaídas, ilustra sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos e informa diariamente los signos vitales de las personas, los diferentes padecimientos, así como la mejoría clínica vista en el transcurso del proceso.

#### ***4.9.2. Activación de las rutas colectivas***

Estas rutas son abordadas en forma de talleres, psicodramas y actividades lúdicas en donde se fortalecen hábitos saludables en alimentación, actividad física y adecuado uso del tiempo libre y actividades de ocio y esparcimiento.

#### ***4.9.3. Los talleres y su estructura***

##### *a. Talleres Grupales*

Se diseñan y ejecutan cinco talleres que involucran las áreas primordiales de acción según lo comunicado por los participantes:

##### 1- Taller de concepto de salud.

Objetivo: Fortalecer el concepto de salud más allá de la ausencia de enfermedad. Recursos Humanos: Médico Psiquiatra, Psicólogo clínico, Enfermera.

Resultado esperado: Redimensionar la salud en las personas que asisten a “Hospital Día”.

##### 2- Taller de habilidades de comunicación asertiva.

Objetivo: Conocer las principales técnicas para comunicarse con su entorno. Recursos Humanos: Médico Psiquiatra, Psicólogo clínico, Enfermera. Resultado esperado: Fortalecer la habilidad de comunicación.

##### 3- Taller de Comida Saludable.

Objetivo: Comprender los conceptos propios de estilos de vida saludables de los participantes y los alimentos que prefieren consumir; enseñar sobre los alimentos con alto valor nutritivo que se pueden comer con regularidad, señalando cuáles son ricos en harinas y

azúcares saturados los cuales deben restringirse para lograr tener un buen balance nutricional y evitar el sobrepeso y el riesgo cardiovascular.

#### 4- Taller de actividad física.

La actividad física es fundamental para mantener una buena salud, por lo que inicialmente se realizaron exposiciones que señalaban los beneficios de la actividad física y las recomendaciones específicas respecto a las actividades aeróbicas y de fortalecimiento.

Semanalmente se programan dos sesiones de 30 a 45 minutos para cada participante donde se diseña, según las características físicas de cada persona, aproximadamente 15 minutos de calentamiento y estiramiento de los músculos, entre 5 a 15 minutos de fortalecimiento muscular, entre 20 y 15 minutos de actividad cardiovascular y, finalmente, 10 a 15 minutos de estiramiento y recuperación muscular. Inicialmente algunos participantes especialmente del género femenino, se muestran renuentes a realizar las actividades, pero el educador físico emplea tácticas para incentivar y motivar a las personas, como premios a la persona que realiza regularmente su actividad física (camisetas, botellas para almacenar agua, bolsos, y demás implementos propios de la actividad física), de manera que esta actividad se convierte en una de las más anheladas por todos los participantes cada la semana.

#### 5- Construcción de grupos de familiares y de autoayuda.

Objetivo: Creación de una agrupación social de familiares y personas con alteración en su salud mental para apoyarse entre sí.

Recursos Humanos: Médico Psiquiatra, Psicólogo clínico, Enfermera.

Resultado esperado: Cohesión social de las familias y las personas con enfermedad mental en proceso de recuperación, renovando compromisos y acciones para que las modificaciones en los comportamientos y actitudes en salud que se logran con la

implementación de la estrategia sanológica, permanezcan a lo largo tiempo. Además, se fijaron reuniones mensuales en donde las personas pueden acudir a seguir reforzando sus cambios y expresar sus nuevos sentires, con el ánimo de garantizar la estabilización del cambio hacia la salud.

#### **4.10. Tercer momento (Evaluación)**

El tercer momento es la etapa final, en donde se realiza nuevamente una entrevista semiestructurada a profundidad individual; allí libremente las personas de manera coloquial dialogan con el sanólogo manifestando sus cambios, las dificultades sostenidas durante el proceso y valoran los nuevos comportamientos; evalúan su propia construcción de la salud y hacen referencia a la manera como se ven reforzando las nuevas conductas adoptadas para continuar con el proceso de transformación que fomenta el bienestar y el buen vivir.

- *Reuniones del grupo terapéutico*

Desde el inicio de la estrategia, cada viernes al finalizar la semana, el equipo terapéutico se reúne para compartir los cambios observados en cada participante; inicialmente esta reunión es fundamental para perfilar un cronograma de trabajo en donde cada integrante del equipo se convierte en una pieza fundamental para que el participante alcance los objetivos trazados en las rutas sanológicas; el grupo interdisciplinario va adquiriendo destrezas para la escucha activa y el apoyo en las acciones de cambio, así como para el ejercicio de reconocer las dificultades individuales y limitaciones de las personas participantes.

A medida que transcurre el tiempo (Figura 7), cobra importancia el proceso educativo donde el equipo sanológico tiene como meta afianzar estilos de vida saludables, especialmente en las áreas débiles de sanación del examinado y proporcionándole herramientas para lograr ese cambio.

Ya en etapas finales, estas reuniones sirven para evaluar los cambios vistos por el mismo equipo en cada participante, sumados a los que reportan ellos en los diferentes instrumentos que se utilizan para la evaluación. El grupo de “Hospital Día”, además de percibir un cambio importante en las personas que participan en la estrategia sanológica, es consciente de sus propios cambios en sus estilos de vida y en la forma como se relacionan con el mundo. Las relaciones entre el equipo se vuelven más cercanas y afectivas, primando la ayuda, el trabajo en equipo y la preocupación genuina por el bienestar de los compañeros y el colectivo.

### Figura 7

*Proceso llevado con el equipo interdisciplinario*



Fuente: Elaboración propia.

**Capítulo Cinco**  
**V. Hallazgos**

**5.1. Identificación del estado de salud mental y los comportamientos en salud**

**5.1.1. Datos Demográficos del Grupo de Trabajo**

El grupo de personas participantes fue conformado por 18 personas que haciendo parte del programa “Hospital Día”, - Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, por un tiempo mínimo y continuo de ocho meses, firmaron el consentimiento informado y dialogado para la participación en el estudio durante el año 2019.

**Tabla 4.**

*Datos sociodemográficos del grupo de trabajo*

Edad	Frecuencia	Vive con	Frecuencia
20-29	7	Con hijos	2
30-39	4	Con los padres	8
40-49	3	Madre	1
Más de 50	4	Sola	7
<b>Sexo</b>		<b>Famili a</b>	
Mujer	10	Padres	11
Hombre	8	Otra	5
<b>Orientación Sexual</b>		Hermana	1
Heterosexual	16	Hija	1
Bisexual	2	<b>Ocupació n</b>	
<b>Ingresos</b>		Desempleado	10
Menos de un salario mínimo	13	Trabajo medio Tiempo	3
Entre 1 y 2 salarios mínimo	4	Estudiante	2
Más de 5 salarios mínimos	1	Pensionado	2
<b>Estado Civil</b>		Cuidado de la casa o familia	1
Separado	5	<b>Años de Enfermedad</b>	
Soltero	13	de 3 a 5	6
<b>Hijos</b>		de 10 a 15	6
0	11	más de 15	6
1	5		
2	1		
4	1		

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de los resultados sociodemográficos (Tabla 4) se evidenció que las personas participantes del estudio son personas jóvenes en edad laboral; el 55% de género femenino; dos de ellos con preferencias bisexuales y el resto heterosexuales; la gran mayoría en el momento del estudio, tenían un ingreso económico menor a un salario mínimo; un tercio de las personas tienen hijos; el 40% afirma vivir solos, el resto con su familia, hijos o padres; dos terceras partes de ellos cuentan con una familia compuesta por los padres; la mayoría de los integrantes del grupo están desempleados y algunos pensionados a causa de las alteraciones mentales; el número de años que llevan padeciendo las alteraciones mentales oscila de 3 a 15 años o más.

Por otra parte, y siguiendo la fase propia de la investigación cualitativa, se expone en este capítulo de resultados, una particular forma de apreciar los datos; la organización responde a la metodología acogida, y se acerca a las técnicas de sistematización. En esa medida, a continuación se atienden los datos, según las categorías respectivas, concibiendo la posibilidad de generar dimensiones en algunas de ellas.

### ***5.1.2. Categoría: Concepto y Autoevaluación en Salud del Grupo de Trabajo***

*El concepto de salud* que tiene cada una de las personas del grupo de trabajo fue definido utilizando el instrumento Entrevista Semiestructurada y a Profundidad; los resultados se agruparon en dos dimensiones: una negativa y otra positiva. La *dimensión negativa* de la salud se orienta hacia la percepción de signos propios de la enfermedad, sentir que la persona convulsiona y tiene dolor; signos que los llevan a estar en cama, con pensamientos o voces en la cabeza, con comandos de autoagresión o de lesionar a los demás; pensamientos de suicidarse o asesinar.

También en la *percepción negativa* sobre su salud resaltan los efectos adversos asociados a la utilización de medicamentos, tales como somnolencia diurna, síntomas gastrointestinales,

vértigo y pérdida de fuerza muscular. En el espacio social y laboral se relaciona con no hacer nada, y no tener motivación para las labores cotidianas, discutir constantemente con sus familiares y amigos, lo que los ha llevado a aislarse y a algunos a refugiarse en el uso de sustancias psicoactivas.

La *dimensión positiva* en este grupo se expresa el sentirse bien, no padecer de la enfermedad, estar tranquilos, poder dormir, tener amigos, pareja, hijos que los apoyan y entienden, tener poder adquisitivo para divertirse, disfrutar, comer y vestir; les genera sensación de bienestar (Figura 8).

### Figura 8

*Concepto de salud del grupo de Trabajo*



Fuente: Elaboración propia.

Al finalizar en el programa “Hospital Día” la implementación de la estrategia sanológica, el concepto de salud de las personas se amplió; las personas participantes comprendieron que la salud era un continuo en donde hay ocasiones en las cuales se manifiesta un desequilibrio, alteración o enfermedad que debe ser manejada en forma asertiva y otras veces se está sano;

situaciones que dependen en gran medida de los hábitos de vida y de las decisiones que se tomen en forma individual y colectiva.

También las personas incluyeron dentro de su concepto de salud, la energía vital dada por la forma del vivir en el mundo, la espiritualidad que proporciona tranquilidad y la posibilidad de ver los problemas como oportunidades, alimentarse adecuadamente, realizar actividad física y tener momentos de esparcimiento y ocio. Todo esto visto dentro de la *dimensión positiva*, que se traduce en autonomía, bienestar y empoderamiento.

La *dimensión negativa* que los participantes refirieron en la categoría salud, se dio al descubrir que ésta también depende del entorno, el Estado y los sistemas de los servicios de salud; la queja constante fue las grandes deficiencias de las entidades de salud, que no proporcionan los medicamentos necesarios en forma adecuada, dificultades para obtener una cita médica en psiquiatría y las autorizaciones para servicios como "Hospital Día" eran obtenidas con intervención de la parte judicial, a través de tutelas.

La *autoevaluación del estado de salud* del grupo de trabajo, al inicio del programa estaba centrada en la *dimensión negativa*. Estas personas indican que se sentían confundidas, con miedo, prevenidas, desmotivadas, encerradas en sus propios pensamientos, encontraban el mundo hostil y persecutorio, no le daban valor a su vida, por lo que la cuarta parte de ellos ya había atentado contra su vida y tenían latente la idea de autodestrucción. La sensación emocional indica que les daba rabia la felicidad de los demás, no se identificaban con las personas ni con los lugares a donde pertenecían.

Las personas participantes del estudio, manifestaban en su autoevaluación, no poder ni siquiera entender lo que ellos mismo desean, ni lo que padecen, a pesar de haber consultado durante varios años al psiquiatra y haber sido hospitalizados en varias oportunidades en

instituciones para atender sus síntomas agudos; aseguran no reconocer su padecer, pues constantemente tienen voces en la cabeza que los insultan, les repiten que les quieren hacer daño y le ordenan suicidarse; al cortarse la piel les disminuye su ansiedad autolítica; también cinco de ellos relatan haber comenzado a consumir sustancias psicoactivas, principalmente cannabis para disminuir estos síntomas, tranquilizarse y relajarse; lo que inicialmente fue efectivo , pero luego las ideas persecutorias fueron mucho más vividas, se sentían intranquilos, nerviosos e inquietos y solo esas situaciones las lograban disminuir consumiendo más, lo que agravaba su situación.

Desde lo físico, el 88% reportaron tener sensación de cansancio la mayor parte del tiempo, dificultad para deambular y realizar esfuerzos físicos de mediana y gran dificultad; alteraciones del ciclo del sueño y múltiples quejas somáticas como dolores musculares, articulares, cefaleas constantes, síntomas gastrointestinales y convulsiones (Figura 9). Situación que llega a considerarse como subvalorada por el médico general, quien se limita a atribuir todos sus síntomas a la enfermedad mental, confirmándose un estado de abandono por parte del sistema de salud, que termina dejando a un lado la atención oportuna de varios padecimientos físicos de estas personas que, como cualquier otra persona, se puede enfermar de padecimientos no mentales.

## Figura 9

### Autoevaluación estado de salud grupo de trabajo



Fuente: Elaboración propia.

La *dimensión positiva* al inicio del programa es exigua: sólo dos de las 18 personas reportaron sentirse bien, en familia, estar laborando medio tiempo y sentirse cómodos, dormir y tener buenos vínculos afectivos con sus parejas y con los amigos; además declararon sentirse vitales y realizar actividad física regular los que les permitía verse y sentirse bien. Estas personas asistían regularmente a la consulta psiquiátrica y tenían controles por psicología; es de señalar que estas dos personas aseguraron que sus familias eran un apoyo fundamental en su tratamiento.

Es innegable que el uso de los medicamentos en forma asertiva, en esta dimensión, adquiere un valor diferencial: se observa como un elemento que los ayuda a tener autocontrol y mejorar su estado de salud y las creencias erróneas que predominan cuando se tiene la enfermedad. Igualmente, al no sentirse aturdidos con sus pensamientos, han logrado tener buenas relaciones interpersonales y ser productivos laboralmente.

Al finalizar la participación de las personas en el programa Sanología en el “Hospital Día”, la *dimensión positiva* de su propio estado de salud está dada por el autorreconocimiento, el saber que padece una alteración mental que se puede controlar mediante el uso de la medicación, las estrategias de autocontrol que le brinda en psicoterapia y su propia autodeterminación de no volver a enfermarse por descuidarse, tener adherencia al tratamiento, así como la capacidad de identificarse como persona única e irrepetible, con fuerza, vitalidad, motivación y capacidad productiva, resaltando que todo esto se traduce en autonomía, bienestar y empoderamiento por parte de los participantes.

En cuanto a la *dimensión negativa* al final del programa, se materializa en el hecho de contar con dos de los participantes que tuvieron que ser hospitalizados en el pabellón de agudos de la institución: una persona dejó de asistir al programa y de tomarse la medicación, sus creencias mágicas de su enfermedad se agudizaron además los síntomas psicóticos se asociaron con riesgo de heteroagresividad, considerando que su estado de salud había empeorado por causas externas como hechizos, condición alejada al alcance médico. En cuanto a la otra participante, sucedió que un fin de semana consumió sustancias psicoactivas llegando a permanecer varios días en estado de indigencia e ingresó a la institución en complejas condiciones tanto físicas como emocionales; a pesar de su estado, reconocía su ligereza al pensar que podía manejar el consumo con detrimento de su estado de salud.

### ***5.1.3. Categoría: Diagnóstico sanológico o de presunción de salud***

El examen sano-clínico permitió valorar el estado de salud del grupo de trabajo, donde se incluyeron tres niveles: Primero, la evaluación semiológica del estado de salud de la persona mediante el examen físico y mental, para indicar el diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades -versión 10. Segundo, la realización de paraclínicos que

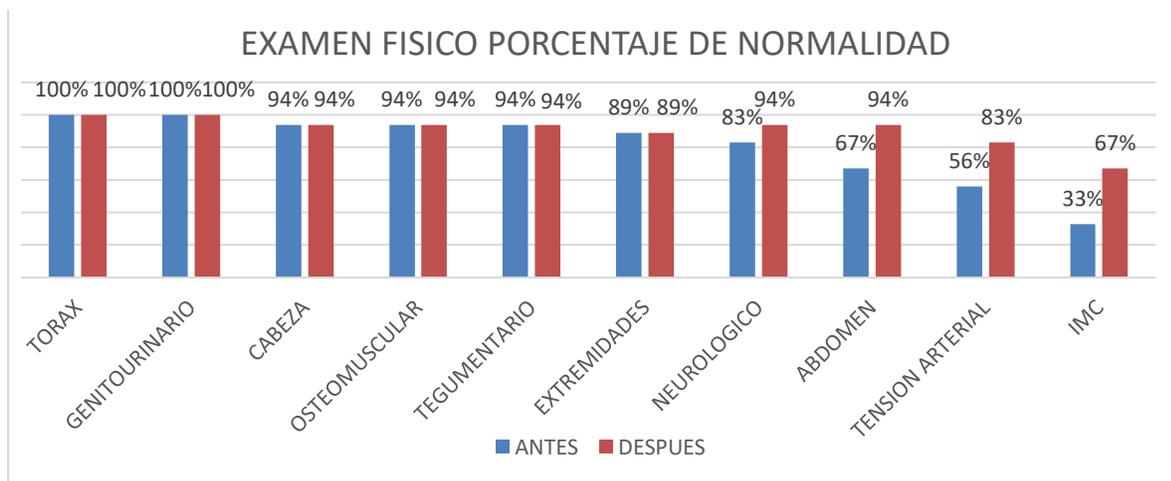
midieron el estado metabólico de las personas y, tercero, la lista de medicación que ha sido prescrita a cada uno de los integrantes del grupo de trabajo.

En el examen clínico se encontró que los estados de salud de las personas no presentaban alteraciones a nivel de tórax y órganos genitourinarios. Una persona reportaba alteraciones osteomusculares a nivel del cuello, columna y extremidades superiores asociadas a su actividad laboral previa. Una persona tenía problemas en sus extremidades inferiores, lo que le limitaba su movilización y otra tenía alteraciones en su piel por quemadura extensa que le ocasiona vergüenza al ser expuesta. Tres personas tenían alteraciones neurológicas de origen congénito, expresada en epilepsia y problemas cognitivos leves, que les causó limitaciones en el campo académico y laboral. Seis personas presentaban alteraciones en gastrointestinales, tipo gastritis y colon irritable, ocho presentaba tensión arterial por encima de los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud y doce de las 18 personas sostenían índice de masa corporal mayor (IMC) de 25, es decir, con sobrepeso y obesidad.

Al finalizar el proceso, las personas reportarond sentirse vitales y fuertes a nivel físico; el examen fue realizado con los mismos instrumentos, teniendo considerables cabios a nivel de la tensión arterial, el índice de masa corporal y alteraciones a nivel gastrointestinal, que fueron asociados a las variaciones en los hábitos alimenticios, la actividad física y el fomento de su salud mental, expresada en bienestar (Figura 10).

**Figura 10**

*Evaluación física del grupo de trabajo -Antes y al finalizar el estudio*



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al *examen mental* al inicio del estudio, indicaba que el 100% de los participantes tenían problemas en su actitud, eran hostiles, suspicaces y su cuidado personal estaba alterado; en cuanto al afecto, todos los participantes reportaron problemas de depresión, ansiedad y cambios en su estado de ánimo; el 78% estuvieron irritables y hostiles, diez de los participantes tuvieron llanto fácil y labilidad afectiva expresando sus dificultades de orden familiar y de pareja y cuatro de ellos presentaban aplanamiento afectivo y pérdida de la motivación para realizar sus actividades cotidianas.

El 83% de las personas participantes del estudio tenían problemas de ansiedad, bien sea por consumir sustancias psicoactivas, o por sus síntomas psicóticos que le generan malestar. El pensamiento en todos los participantes estaba afectado; el 89% tenía una ideación delirante persecutoria, en donde involucra un familiar o su jefe anterior; el 77% tenía ideas intrusivas sobrevaloradas que le causaban ansiedad e incomodidad; seis tenían ideación delirante mística en donde pensaban que estaban poseídos por un espíritu o una bruja que se apoderaba de sus

pensamientos. Ocho de ellos tenían ideas obsesivas de limpieza y realizaban rituales diarios de autocuidado que terminaban por ocuparles gran parte de su vida cotidiana, y siete reportaron ideas suicidas con un plan establecido tal como ahorcarse, tirarse a un río o cortarse sus muñecas, si su situación llegaba al límite.

Simultáneamente a nivel de la conciencia, todos estaban alerta, y orientados en persona, lugar y tiempo; la memoria de trabajo, de largo y mediano plazo se conservaba, sin embargo, presentaban alteración en el 33% en la memoria semántica y la de corto plazo. Se considera que esta alteración tiene que ver con la falta de atención y concentración que se da cuando prima la ideación delirante.

En cuanto a la inteligencia, el 33% tenía problemas cognitivos leves, 5 de origen congénito con diagnóstico previo de retraso mental diagnosticado desde la niñez y una participante tenía un deterioro cognitivo asociado a la edad, enfermedad mental sin tratamiento por largo tiempo y a sus patologías metabólicas no controladas como la diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión e hipotiroidismo.

A nivel sensorio-perceptivo, el 67% presentaban alucinaciones auditivas donde ellos eran agredidos verbalmente y les ordenaban que hicieran cosas en contra de su familia o de las personas más cercanas. Dos personas tenían alucinaciones visuales y sensitivas donde veían brujas y espíritus que le impedían moverse y pedir ayuda principalmente en la noche. De tal forma que todos los participantes tenían alteraciones del juicio y el raciocinio, no tenían conciencia de enfermedad y su prospección de futuro era precaria o nula.

Al finalizar el periodo de los ocho meses de implementación del estudio, se observaron cambios en la esfera mental, lográndose mejorar la actitud y conducta en 16 personas, reflejada en su disposición a participar en la terapia, comunicación fluida con los otros miembros del

grupo, puntualidad, seguimiento de normas e instrucciones, preocupación por su presentación física; ocho personas continuaron con alteraciones del afecto, expresado en cambios en el estado de ánimo; eventos que eran detectados por ellos mismos o por su familia y tomaban medidas al respecto; como crear espacios de autorreflexión o acudir a ayuda profesional.

En la terapia de grupo se evidenció que en esfera del pensamiento seis recuperaron su funcionamiento mental y los otros doce pasaron de la ideación delirante a ideas sobrevaloradas con respecto a la incursión en su pensamiento de entes externos, ideas mágicas y sueños vividos, donde eran perseguidos por brujas y fantasmas. Sin embargo, ellos mismos en comparación con el inicio dudan siempre de la veracidad de sus pensamientos y los sometían al consenso de sus compañeros, los cuales en grupo invalidaban los pensamientos psicóticos de los otros participantes.

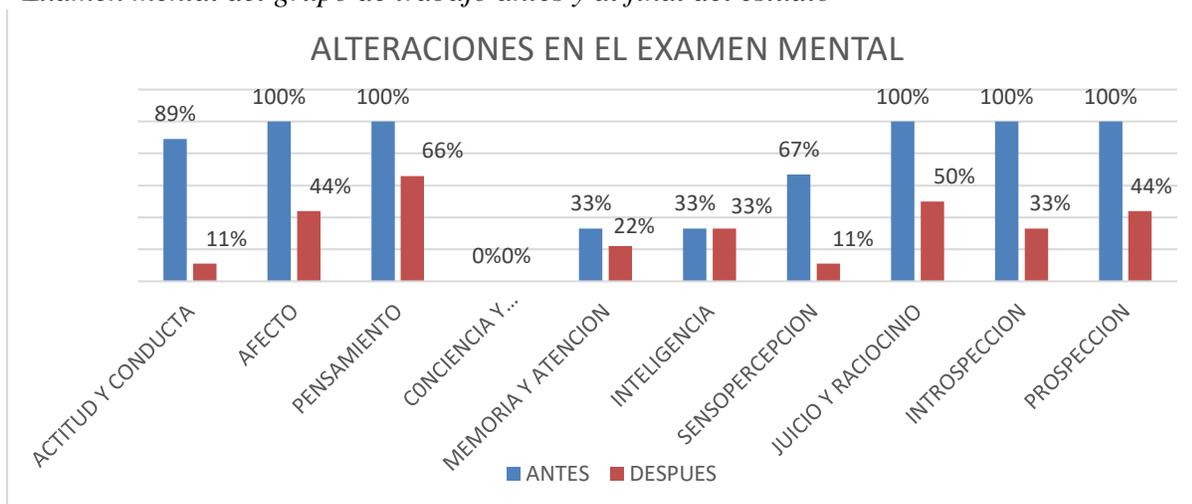
Desde el inicio, la conciencia y orientación de los participantes no presentaba alteraciones, lo cual se mantuvo durante el estudio; sin embargo, procesos superiores como memoria, atención e inteligencia estaban alterados en el 33% de los participantes al inicio y se obtuvo una pequeña mejoría al final del estudio en la memoria y atención de las personas disminuyendo al 22%.

En la sensopercepción, dos mujeres participantes presentaban al final del estudio alucinaciones auditivas que disminuyeron en agresividad, pero continuaban, sobre todo en la noche; una escuchaba al diablo que le predecía su muerte y la otra, durante el consumo de sustancias psicoactivas, presentaba alucinaciones auditivas que le informaban acerca de las personas que la iban a matar.

En cuanto al juicio, raciocinio, introspección y prospección de los participantes al inicio del estudio, todos tenían alteración; al final, nueve continuaron teniendo alteraciones del juicio y raciocinio, pues consideraban que su enfermedad era producto de un bebedizo o hechizo, pero que necesitaba tratamiento por un tiempo prolongado; en la introspección tan solo seis estaban con dudas con respecto a su alteración mental, pero reconocían la mejoría en la calidad de vida después de asistir al programa y participar en la estrategia sanológica de tratamiento en el “Hospital Día”. En la prospección, doce personas tenían planes para su futuro, en donde retomaban sus antiguos trabajos o iniciaban un proyecto de emprendimiento pequeño con ayuda de sus familiares; las otras ocho, no tenían claras sus acciones inmediatas (Figura 11).

**Figura 11**

*Examen mental del grupo de trabajo antes y al final del estudio*



Fuente: Elaboración propia.

Se considera que el proceso sanológico implementado con el grupo de trabajo del “Hospital Día” durante la terapia grupal, permitió cambios positivos en los procesos mentales de estas personas, tales como en la esfera del pensamiento que se trasladó del pensamiento psicótico a ideas

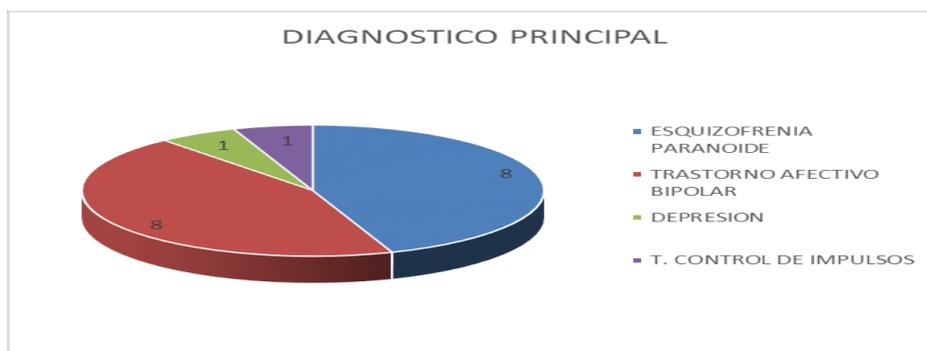
sobrevaloradas; en cuanto a las alucinaciones, se afirma que éstas, cuando se daban, eran mucho menos agresivas, y a medida que adquirieron confianza con sus compañeros y el terapeuta, las personas expresaban sus pensamientos y emociones en dicho espacio, y escuchaban atentamente las opiniones de sus compañeros que los llevaban a reorientar sus formas de pensar. Ese aspecto puede ser considerado como una posición flexible y cercana a la sanidad.

Situación similar se dio con respecto al juicio, raciocinio, introspección y prospección que cambiaron drásticamente en todos los participantes, logrando conseguir insight y por consiguiente ser más responsables de su vida y bienestar [Hallazgos positivos, similares a los reportados por el tratamiento homólogo de la Dra. Reina C. Rodríguez Mesa (2016) en su trabajo de psicoterapia con grandes grupos en la ciudad de La Habana].

En cuanto al diagnóstico utilizando el sistema de clasificación DSM5 y sus equivalencias en el CIE10, se encontró que el 44% presentan esquizofrenia paranoide, el 44% Trastorno Afectivo bipolar, el 6% Trastorno Depresivo recidivante y una persona, que equivale al 6%, presenta Trastorno del control de los impulsos (Figura 12).

### Figura 12

#### *Diagnóstico principal del grupo de trabajo*



Fuente: Elaboración propia.

En relación a los trastornos cognitivos y de los rasgos de personalidad, el 33% presentan alteraciones cognitivas, siendo cinco personas diagnosticadas con retraso mental leve o limítrofe desde su infancia y una con deterioro cognitivo leve. En cuanto a la personalidad, el 33% presentan problemas de personalidad tipo esquizoide, limítrofe y dependiente.

Asimismo, dentro de las comorbilidades se encontró obesidad en el 67% de las personas, los problemas hipertensivos y metabólicos como diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo e hipercolesterolemia en el 39%, asociados con hábitos alimenticios inadecuados y sedentarismo. Cuatro de las 18 personas presentaban gastritis y colon irritable, que fueron atribuidos por los participantes al uso de medicamentos gastrolesivos y estrés; tres personas reportaron problemas de orden osteomuscular que atribuyeron a sus largas jornadas laborales y sobreesfuerzo que hacían en su trabajo; presentándose secuelas, limitaciones funcionales y despidos laborales. Una mujer presenta secuelas de quemaduras de más del 70% de su cuerpo realizadas por ella misma en su primer episodio psicótico y otra presenta epilepsia desde la infancia.

Al finalizar el estudio, los diagnósticos se ratificaron; sin embargo, las alteraciones fueron más llevaderas y hubo mejoría considerable de las enfermedades metabólicas debido al cambio en los estilos de vida, percepción de sí mismos y de su entorno, así como la inclusión en de hábitos saludables como buena convivencia familiar, creación de grupos de apoyo, fomento de la espiritualidad, alimentación sana y actividad física.

## **5.2. Establecimiento de la ruta de salud por parte de la persona con enfermedad mental**

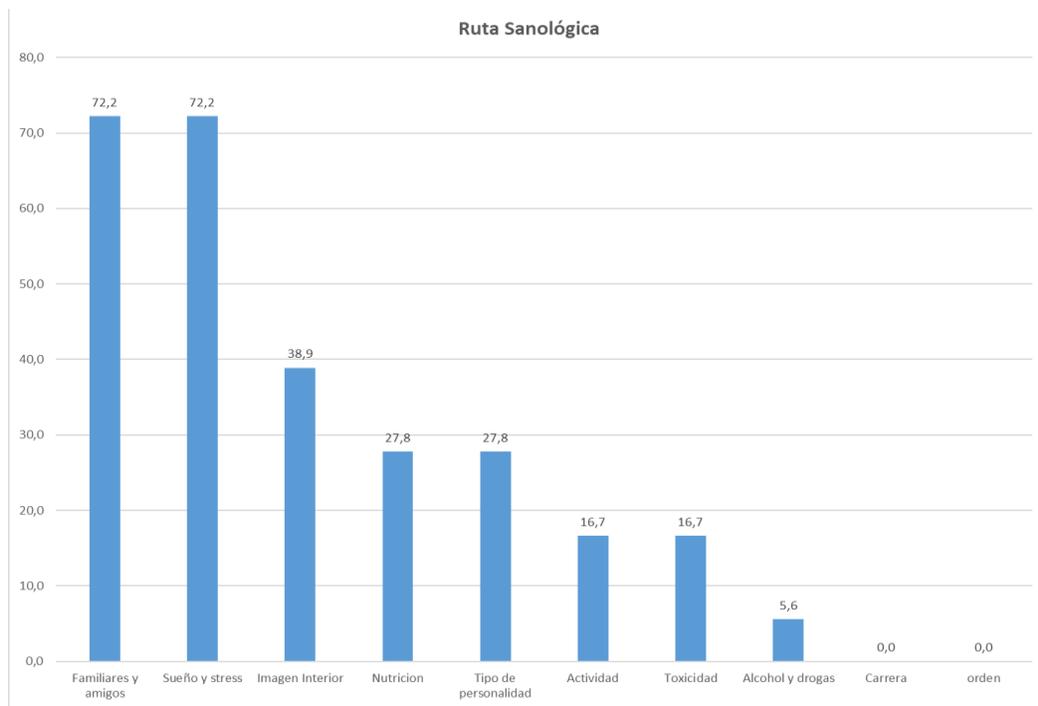
Se realizó un trabajo consensuado entre la persona con enfermedad mental y la autora (sanólogo) en el contexto del programa “Hospital Día”. Fue un evento dialógico, de respeto,

confianza y autorreflexión de la persona, que condujo a la priorización de las áreas de sanación que los participantes desean fortalecer y reformar para obtener mejor estado de salud.

El 26% del grupo seleccionaron el área “familiares y amigos” que se relaciona con la red de apoyo familiar y su grupo de personas cercanas. Los participantes eran conscientes de haberlos agredido tanto física como verbalmente cuando estaban en la fase psicótica, creando distanciamiento y prevención hacia ellos de las personas más queridas. Sentían que sus familiares estaban prevenidos, les tenían miedo y los consideraban una desgracia para la familia; por lo que decidieron permanecer distantes; con respecto a los amigos, los participantes referían temor a exponerse a situaciones sociales, pues tenían la sensación de ser criticados, juzgados y ser víctimas de burlas o humillaciones, por lo que preferían ser personas solitarias, hurañas y prevenidas con pocas interacciones y limitaciones para hacer nuevos amigos y vínculos afectivos (Figura 13).

**Figura 13**

*Porcentaje de Personas que seleccionan ruta sanológica, Hospital Día.*



Fuente: Elaboración propia.

El 26% de los participantes también seleccionó “sueño y estrés”, área descrita por los participantes como la imposibilidad de tener un ciclo de sueño normal, reparador que es propio del inicio y el transcurso de las alteraciones mentales si no se trata. Asimismo, la vida cotidiana se asocia con estrés generado en el ámbito interpersonal, familiar y laboral, que difícilmente puede ser manejado cuando se presentan asociaciones y pensamientos abrumadores que son patognomónicos de las alteraciones mentales, en donde las preocupaciones más pequeñas y cotidianas se vuelven inmanejables y difíciles de resolver. Cada una de las personas desea tener la capacidad de manejar el devenir de la vida cotidiana, gozar el tiempo libre, ser feliz y productiva.

En esa medida, el 14% seleccionaron el área de “Imagen Interior” que precisamente se relaciona con sentirse feliz y acompañado consigo mismo, aceptarse y aceptar su propia realidad, pero también tener optimismo a lo largo del día y esperanza de un mejor futuro, superar la tensión y la tristeza del pasado.

El 10% de las personas participantes seleccionó el área de “Nutrición”, preocupación tanto del sanólogo como del grupo de trabajo, ya que el 67% de la población presenta sobrepeso y se tenía que concientizar para que las personas tuvieran interés en mejorar sus hábitos alimentarios y realizar mayor actividad física. La historia natural de las alteraciones mentales está asociada con alteración de los patrones de alimentación, por exceso o defecto; algunos de los medicamentos que utilizan en forma continua se asocian a hiperinsulinemia lo que genera un aumento de peso y por el consumo de alimentos con altos niveles de sal, azúcares refinados, grasas saturadas y carnes procesadas, que a su vez la literatura los correlaciona con el proceso inflamatorio crónico corporal.

Otro 10% seleccionaron el área de “Personalidad”, correlacionada con el diagnóstico clínico realizado en la historia sanológica, la cual clasificó el 33% de los participantes con alteración en sus rasgos de personalidad; es decir, presentan un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas sociales, la manera de percibir e interpretarse a sí mismo, a otras personas y a los acontecimientos. O en la forma inapropiada como expresa la respuesta emocional con respecto a su contexto, funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos. Las personas que manifestaron tener interés en esta ruta se sentían incómodos con su forma de ser, querían mejorar sus comportamientos impulsivos que los llevaban a consumir sustancias psicoactivas y relacionarse inadecuadamente con sus amigos y familia.

El 6% de las personas seleccionaron el área de “Actividad física”, que se relaciona con mantener en movimiento el cuerpo, disminuir el sedentarismo y el exceso de peso, para fortalecer la salud y la calidad de vida; asimismo el 6% eligieron el área de “Toxicidad”, para el control de la conducta compulsiva a consumir alcohol, sustancias psicoactivas y medicamentos no prescritos por el médico. Situación que es más frecuente en las personas que tienen problemas emocionales y de convivencia familiar. No fueron seleccionadas las áreas de carrera y orden en el grupo de trabajo.

Estas áreas priorizadas de sano-acción determinaron la construcción de las rutas individuales y colectivas que se realizaron durante los meses de consejería y trabajo en equipo. Inicialmente los compromisos fueron descritos y se realizaron consejerías semanales junto a terapia de grupo diaria que se dedicó a reforzar los cambios en la forma del ver el mundo, los comportamientos y la percepción del estado de salud tanto individual como colectiva ; también se diseñaron los diversos talleres con los que se responde a las principales necesidades que reportaron los participantes.

### **5.3. Categoría: Ruta salud Individual**

Las rutas individuales seleccionadas por las personas que asisten al “Hospital Día” y que participaron en la estrategia Sanológica, se pudieron agrupar y definir a través de las categorías siguientes:

#### ***5.3.1. Creación de relaciones con sus familiares y amigos***

En los datos se detectan posturas surgidas generalmente frente a experiencias vividas a nivel personal, con respecto a las relaciones con sus familiares y amigos, develando la necesidad de que estas sean amables, respetuosas, con muestras de confianza mutua, comunicación asertiva y evidenciándose la necesidad de fortalecer habilidades de

afrontamiento y resolución de problemas, de habilidades sociales para la construcción de nuevas relaciones interpersonales, así como la de identificar los estados emocionales y utilizar técnicas de autocontrol.

La persona con alteración mental asumió una ruta a través de la cual se puso en marcha el fortalecimiento de la convivencia social mediante construcción de una autoimagen que fomenta el autocuidado, la autoestima, para llegar a una autonomía y empoderamiento. Teniendo esta base, la persona pudo establecer relaciones interpersonales honestas, cálidas, afectuosas y transparentes.

Las personas del grupo de trabajo se orientaron hacía el reconocimiento y la verbalización de las emociones, así como la identificación de los síntomas psicóticos, en las áreas de sensopercepción, pensamiento, juicio y raciocinio, introspección, prospección y disturbios en el ciclo del sueño. Estas acciones son una herramienta para incidir directamente en el ciclo de la enfermedad. El psiquiatra sanólogo coadyuva a tomar medidas acertadas y oportunas por parte de la persona frente a los síntomas asociados a la enfermedad mental.

En un inicio, el psiquiatra sanólogo realizó intervenciones psicoterapéuticas breves de catarsis y confrontación, en las cuales fue fundamental analizar la transferencia y contratransferencia que se genera durante los procesos psicoterapéuticos; siete de las 18 personas usaron expresiones como : “usted esto ya lo sabía, volvieron a jugar conmigo, me llevan en la mala, usted se parece a la bruja de mi mamá (...)”; verbalizaciones que fueron trabajadas y posteriormente las personas asumieron un aspecto sumiso con respecto a las intervenciones, siendo poco terapéutico este camino, pues no tuvieron una posición crítica autorreflexiva que permitiera un cambio consciente y productivo, por el contrario, seguían las recomendaciones que fácilmente eran olvidadas y se volvían a repetir.

En el presente estudio, se asocia esta posición con el coeficiente intelectual de las personas que participaban y el deterioro cognitivo que se presenta con las enfermedades mentales de larga data. Por el contrario, las personas que tenían un mayor funcionamiento cognitivo y que, al inicio de la enfermedad tenían una buena capacidad intelectual, eran capaces de reconocer sus dificultades de convivencia y de comunicación con sus familiares.

Corroborando estudios al respecto, que enuncian la manera como en personas con discapacidad mental, se procesa parcialmente la realidad y fácilmente olvidan ellas sus propios compromisos actuando impulsivamente sin pensar en las consecuencias de sus actos.

Para lograr que las personas con trastornos cognitivos logren tener independencia y autogestión de sus asuntos cotidianos se necesita acompañamiento por un tiempo prolongado mayor de 18 meses; periodo con entrenamiento psicoterapéutico, trabajadores sociales y un equipo multidisciplinario que trabaje en función de propiciar una mejor calidad de vida y productividad (Croot, Rimmer, Salway, Hatton, Dowse, Lavin, Bennett, Harris, Cathain, 2018; (Sandjojo, Aglaia, Zedlitz, Gebhardt, Hoekman, Den Haan, Evers, 2019).

Los otros participantes en la terapia de grupo que sostenían buen funcionamiento cognitivo, durante las cuatro sesiones obtuvieron como principal logro el reconocimiento de sus dificultades previas con los preconceptos errados que daban como ciertos; en ocasiones, la mayoría de ellos se sentían atacados por su familia, y no verificaban estas afirmaciones, por lo que continuaban siendo ciertas para ellos, expresiones como: “(..) anoche volví a sentir que mi mamá estaba en mi contra, luego me di cuenta que ella estaba reclamando por la llegada tarde, pero pensé que nuevamente me tenía entre ceja y ceja”. “La señora que hace el aseo me trató mal porque creía que yo le había ensuciado el baño, me dieron muchas ganas de pegarle, pero mejor pensé que le iba a decir a usted para que la regañara, porque yo no he hecho nada y ella

ya está en mi contra”. “Los fines de semana son difíciles porque tengo una hermana que quiere hacer lo que ella quiere conmigo y con mi vida; yo tengo una platica que me llega de un arriendo y ella quiere que se la dé toda y no comparta con mi sobrino y con mi hermano; eso me molesta, pero no le he dicho nada porque termina en pelea y hospitalizados como siempre (...)”.

En el caso de las personas que tenían problemas con el consumo de sustancias psicoactivas indican: “Cuando consumía y estaba loco, mi familia me dio la espalda y me tocó vivir debajo de un puente y el diablo me hablaba, me decía que robara y que me matara. Cuando estaba en la mala, mi familia me trajo amarrado al hospital y me recuperé, pero todavía sueño con el diablo, él me persigue, pero ahora es en las noches, no todo el tiempo, como cuando estaba en la calle, también sueño consumiendo (...)”.

Durante las siguientes sesiones, cada participante reconoció sus propios pensamientos automáticos que los llevaban a actuar de forma impulsiva; aprendieron a acudir a la autorreflexión y la verificación de sus supuestos, para poder tomar decisiones sensatas, que condujeran al empoderamiento y el control de sus vidas.

Cada persona realizó acuerdos de comunicación con los familiares y amigos, entender las explicaciones y circunstancias tanto de las otras personas como lo que tenían el participante, y al confrontar las dos posiciones tomaron decisiones que favoreció el relacionamiento posterior con las personas cercanas; entre los acuerdos están: “(...) de ahora en adelante voy a verificar mis pensamientos con mi madre antes de tomar la decisión de irme de la casa”. “Cada vez que pienso que mi hermano me quiere matar, le pregunto y le hago saber mi temor”. Cuando tenga muchas ganas de consumir, no voy a la olla, sino que me pongo a hablar con mi novia, la pinto o le hago una poesía y con eso me distraigo”. “Si creo que me van a envenenar con la comida,

le pregunto a la persona que me da la comida y le hago saber mis pensamientos”. Al compartir sus pensamientos y discutirlos con las personas antes de tomar decisiones o realizar acciones de las cuales se pueda arrepentir los empodera.

Durante las terapias de grupo del “Hospital Día”, los participantes intercambian pensamientos automáticos y reflexiones, esto permitió que observadores externos dieran opiniones acerca de los pensamientos y además se identificaran con situaciones propias que los llevó a tener conflictos familiares y que no ameritaba reacciones violentas y necesitaban la comprobación y verificación; El 80% de los participantes reconocieron haber sentido que sus padres los vigilaban y los querían matar cuando estaban enfermos; luego del tratamiento se dieron cuenta que sus síntomas eran tan fuertes que la familia solo querían contenerlos para evitar tragedias, por lo que los mantenían encerrados en sus casas, los supervisan y en ocasiones les sujetaron para poderlos traer a los servicios de urgencias; todo estas conductas tenían como propósito contener la enfermedad y no con el ánimo de hacer daño.

En esta ruta sanológica se realizaron varios acercamientos con las familias, tanto en forma individual como colectiva, donde se confrontaban las versiones de sucesos previos tanto del participante como de las familias, y finalmente se hicieron acuerdos de conciliación, aceptación y verbalización ante circunstancias futuras para poder detener el inicio de la psicosis.

Se considera a la altura de la presente investigación, que los logros en esta área fueron bastante significativos, en términos de comprensión y aceptación de la enfermedad tanto por parte de los participantes, como de la familia y las personas cercanas. Al incorporar la autorreflexión dentro su actuar, los participantes adquirieron habilidades de relacionamiento

con sus familiares y con las personas más cercanas inicialmente, y luego con el resto de su universo lo que condujo a una mejoría en la calidad de vida (Brannen, 2015).

### ***5.3.2. Ruta de sano acción relacionada con el sueño y el estrés***

La Ruta de sano acción relacionada con el sueño y el estrés, como una dimensión dentro de la categoría Ruta salud Individual, se activó dentro del grupo de trabajo, en razón a que la persona con enfermedad mental desea tener la capacidad de manejar el devenir de la vida cotidiana, fortalecer la confianza en sí mismo para manejar las relaciones interpersonales de forma asertiva, gozar el tiempo libre, con deseo de ser feliz y productivo.

El trabajo en la *ruta individual* permitió a cada participante considerar la importancia de tener un sueño reparador nocturno para un amanecer tranquilo; inicialmente, cada participante describió su sitio de descanso, descubriéndose que muchos tenían aparatos eléctricos y de entretenimiento en su cuarto que los distraía a la hora de dormir; el sanólogo, dentro de las recomendaciones del higiene del sueño, les sugirió retirar de la habitación televisores, consolas de juego, radios y demás distractores; además que mantuvieran su dormitorio limpio, ordenado, aireado, con poca luz y ruido a la hora de dormir, posibilitando una temperatura cómoda.

También se hicieron acuerdos con cada participante para conseguir unos horarios habituales de ir a la cama y de despertar; se sugirió no consumir bebidas oscuras o con alcohol cuatro horas antes de dormir; igualmente, recomendó tener una cena liviana sin exceso de azúcares. Finalmente, se enseñó la importancia de respirar adecuadamente y hacer ejercicio físico en horas de la mañana.

Una parte esencial en esta ruta fue el reconocimiento de las alteraciones en los neurotransmisores que imposibilitan el ciclo del sueño y la necesidad de recurrir a los medicamentos que equilibren el sistema nervioso central para poder tener un sueño reparador.

El descansar da la posibilidad de estar lúcidos en el día y tener tranquilidad a la hora de asumir situaciones que podrían generar estrés.

Cada persona junto con el sanólogo, detectó las propias fuentes de estrés y el posible manejo; estrategias como: pedir la opinión de un amigo o de un familiar que conozca la situación, acudir a la ayuda de un experto como un psicólogo o un psiquiatra, verificar pensamientos que sientan como amenazantes con su fuente principal. A propósito, expresa un participante: “sí creo que mi mamá me está dando veneno, yo tengo que preguntarle y ver que todos coman de lo mismo; o también sí creo que le caigo mal a alguien; me le acerco y le hablé algo, para conocer realmente sus pensamientos hacia mí; sí creo que no tengo que ser prevenido, ni tomar todos mis pensamientos como ciertos, porque sí, muchas veces me equivoco”.

Las rutas de “familiares y amigos” y “sueño y estrés” fueron las dimensiones más seleccionadas dentro de la categoría denominada *Ruta salud Individual* y tienen relación directa con la búsqueda de la salud y del buen vivir del grupo de personas que asisten al “Hospital Día”, mediante la superación del aislamiento, patrones adecuados de sueño, control del estrés y sentir de nuevo felicidad y bienestar en la vida cotidiana.

El equipo interdisciplinario ratificó, a esta altura de la investigación, que la sanología aporta una herramienta importante en el tratamiento psicoterapéutico de las personas con alteraciones mentales, especialmente en el campo de la psiquiatría, acudiendo al proceso autorreflexivo y a la autogestión para que las personas no se sientan sujetas a atender órdenes sistemáticas de un experto propio del pensamiento positivista e instaurado en el actual sistema de salud colombiano, sino que bajo su propio criterio y convencimiento decide apostarle a su

propia ruta para obtener resultados positivos en su salud (Hernández, Moreno, & Barragán, 2014).

El entender las alteraciones de los neurotransmisores en la enfermedad mental y la necesidad de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico fue parte importante en el proceso sanológico; así como aprender a detectar las emociones que le generan determinadas circunstancias, sumado a la tarea de dedicar tiempo a descubrir la veracidad de sus supuestos para tomar una decisión sin apresurarse y evitar realizar acciones que transgredan la tranquilidad de las otras personas.

Este ejercicio se dio en forma progresiva y particular en cada participante, según su nivel de introspección y capacidad de descubrir sus limitaciones; se inició con expresiones como: “yo no sé qué es lo que tengo y por qué tengo que tomar tanto medicamento” o “yo duermo naturalmente tres horas en la noche desde que nací; porqué ahora tengo que tomar medicamentos para dormir”; actos de habla que en la misma persona cambian a: “lo que más valoro ahora es descansar tranquilo cuando duermo”; y al finalizar el programa llegó a manifestar: “Desde hace mucho tiempo no me sentía tan bien y es porque tengo un sueño reparador y un amanecer tranquilo”.

### ***5.3.3. Ruta de imagen interior***

Dentro de la categoría *Ruta salud Individual*, se confirmó la dimensión Ruta de imagen interior, en razón a que las personas del equipo de trabajo se creían inútiles, incapaces de realizar algunas de las tareas de autocuidado y por su historia de vida eran infantilizados y vistos por su familia como una carga difícil de llevar, refiriendo que ellos estaban cansados de su actitud frente a la vida y nada era suficiente.

Las personas que eligieron esta ruta tenían sensación de vacío, falta de identidad, ansiedad y depresión que afectaba la capacidad de disfrute y gozo del devenir de la vida cotidiana; en cuatro de los 18 participantes, que durante su evaluación inicial puntuaron con niveles altos de depresión y ansiedad, se realizaron dos sesiones de terapia semanal individuales durante 12 semanas, en donde se dieron varios logros que les permitió mejorar su estado de ánimo; las cuatro personas reportaron progresos en su calidad de vida a pesar de que su entorno continuaba siendo igual.

El primero logro de los participantes fue aceptar su propia realidad: se reconocieron como personas valiosas para sí mismos y para su familia; descubrieron sus fortalezas y potencialidades, concluyeron que su mejor compañía debe ser ellos mismos, y que el paso para cambiar es aceptar su propio ser, aceptar su propia historia, su niñez, su relación con sus padres y familiares cercanos, los caminos equivocados recorridos y los aciertos, retomar los sueños y las expectativas de futuro, sabiendo que el ahora, es el momento de actual y de hacer una nueva historia, tranquila, sosegada y consciente de la realidad, fortalecido por su nueva visión del mundo y de las oportunidades que ofrece.

El segundo logro se dio cuando los participantes aprendieron a vivir en el presente, sin atormentarse por el pasado caótico y el futuro incierto; el vivir con optimismo sin prevenciones y esperanza de un mejor futuro superó la tensión y la tristeza que se manejaba previamente.

Durante el proceso de reconstrucción de la imagen interior de las personas emergieron los deseos de superación y se observaron sus potenciales laborales y educacionales para obtener un futuro digno, donde prime la autonomía y la independencia económica de las personas; situación que fue significativa para los participantes y su motivación fue apoyada por el

equipo del programa “Hospital Día”, especialmente por terapia ocupacional y trabajo social, que se encargaron de encaminarnos para lograr que sus aspiraciones se materializaron.

Desde la sanología, y al momento de seguir esta ruta dentro del presente estudio, se llegó a ratificar que la construcción de la autoimagen empodera a las personas y las llena de fuerza interior que les permite disfrutar su vida actual y preparar su futuro de forma asertiva sin temor y dispuestos a asumir retos que antes eran inimaginables (Cardona, Ardila, Cañas, & Vasquez, 2017; Tenório, 2016; Friedman, Alfonso, & Downey, 2015).

#### ***5.3.4. Ruta de Nutrición y de actividad física***

Siguiendo con la categoría que se denominó *Ruta salud Individual*, se encontró necesario atender la dimensión que se distinguió con el nombre de Ruta de Nutrición y de actividad física. Esta fue motivada a raíz de que el 67% de los participantes presentaban sobrepeso. La ruta se compuso de actividades colectivas, con dedicación especial a cada una de las personas que en el grupo manifestaron el interés en mejorar sus hábitos alimentarios y realizar actividad física; al escoger esta faceta de la ruta de salud individual, los participantes eran conscientes de las dificultades que tenían para controlar la voracidad con la que comían, los alimentos que escojan y también las cantidades administradas y la falta de ejercicio físico (Zuluaga, Osorno, Lozano, & Villada, 2020).

Varios estudios a nivel internacional afirman que los hábitos alimenticios son aprendidos desde la niñez, así como él los rasgos genéticos y los estilos de vida sedentarios; esto hace que las personas tengan alteraciones tanto en peso como a nivel metabólico y sean presa fácil de las enfermedades cardiovasculares (López, Madrona-Marcos, Panisello-Royo, Carbayo-Herencia, Rosich, Tarraga-Marcos, Castell, Alins, 2020; Aschbrenner, Naslund, Gorin, Mueser, Scherer, Viron, Kinney, Bartels, 2018; Teles, Resegue, & Puccini, 2016).

Según lo descrito en la Guía de entornos y estilos de vida saludables (OPS & OMS, 2016), cada quien posee una exigencia nutricional según la edad, el sexo, su talla y en relación a su desgaste de energía, ligado ello a su actividad física; igualmente el estudioso en el tema, enfatiza que existen diferencias entre alimentarse y nutrirse. Por lo que es necesario individualizar las actividades físicas y la dieta según las preferencias y condiciones de cada participante.

A cada persona se le calculó el Índice de Masa Corporal y se tomaron los niveles sanguíneos de glucosa, colesterol y triglicéridos, reportando en las personas que escogieron esta ruta, contaban con obesidad grado I y II, así como niveles de glucemia por encima de 200 mg/dl, triglicéridos superiores a 250 mg/dl y colesterol superiores a 250 mg/dl.

Una persona reconoció comer en exceso azúcares y grasas, sobre todo cuando tenía angustia o preocupación; comer le calmaba un poco su ansiedad; también los otros participantes comentaban que se sentían mal por permanecer obeso a lo largo de su vida, y especialmente cuando niños; aseguraban que en su infancia habían sido objeto de burlas y de apodos incómodos, incluso ahora en la adultez, como refirió una persona: “cuando uno va pasando los vecinos le dicen a mi mamá que estoy como un barril y que no tengo saciedad y me da mucha rabia, me dan ganas de devolverme y pegarles un pastorejo (...)”.

Lo que a las personas solían recordar durante el estudio, como los comentarios de los demás hacia ellos, les bajaba la autoestima, de modo que aún, en su vida adulta, han dejado de preocuparse por su autocuidado y apariencia física, de modo que ese abandono no les ha ayudado a evitar problemas metabólicos que necesitan ser intervenidos.

Los procesos individuales en esta dimensión, también se concentraron en técnicas de manejo de la ansiedad, en las cuales cada persona detectó cómo utilizaba la comida

para disminuir el estrés que le ocasiona la vida diaria, por lo que se le enseñaron técnicas de respiración y de relajación/contracción muscular. Luego se guiaron técnicas de autocontrol y autoconocimiento que fomentan el comer alimentos específicos para su talla y edad, logrando fijarse metas realistas a corto, mediano y largo plazo. Los participantes trabajaron la idea de que la persona puede controlar sus propios impulsos e introducir en su alimentación hábitos saludables, así como comer sentado, a una velocidad razonable y ojalá en compañía de personas queridas (Potesa, Souzaa, Nikolitch, Penheiro, Moussa, Jarvis, Looper, Rej, 2018; (Gomes, Bastos, Probst, Ribeiro, Silva, Corredeira, 2016).

Durante la psicoterapia individual se detectaron las creencias o suposiciones autodestructivas e injustificadas que tenían las personas, las que se cuestionaron, analizaron y se cambiaron por pensamientos apropiados; por ejemplo, una mujer que asistía al programa durante la psicoterapia comentó que en su niñez fue víctima de abuso sexual por parte de un familiar cercano que vivía en su casa, por lo que decidió comer en forma exagerada para no ser atractiva hacia él, ni hacia el sexo opuesto y no volver a ser agredida. Allí fue importante destruir esta creencia y cambiarla por pensamientos de empoderamiento y autocuidado, logrando conductas alimenticias saludables.

A la par se realizaba evaluación por parte del entrenador físico quien, junto con los participantes, diseñó una rutina de actividad física acorde a las condiciones de salud de cada persona; este trabajo fue dispendioso, en razón a que inicialmente las mujeres participantes se rehusaban a realizar actividad física; ellas consideraban esta actividad compleja y no adecuada, pero en el transcurso de la ruta se vieron cambios positivos y el entrenador se encargó de motivar las actividades grupales con incentivos lúdicos y premios que alentaron a todos los

participantes, especialmente los que escogieron esta dimensión dentro de la categoría de las Rutas individuales de salud.

Al finalizar el proceso, las personas que escogieron esta dimensión dentro de la ruta, se sentían más saludables y habían logrado bajar su Índice de Masa Corporal en más de dos percentiles. También habían logrado tener actividad física habitual, ya sea dentro de la institución o caminaban de vuelta a casa o cuando llegaban al hogar salían a un parque a hacer ejercicio. El resto del grupo presentó cambios importantes en su salud física.

### ***5.3.5. Ruta de la personalidad, toxicidad, alcohol y drogas***

La dimensión denominada *Ruta de la personalidad, toxicidad, alcohol y drogas*, fue tomada en conjunto por unanimidad; todos los participantes la acogieron, de manera que se decidió asertivamente manejarla como una unidad. De los 18 participantes, cuatro personas reportaron una sensación de vacío interior, dificultad para relacionarse con las demás personas, irritabilidad, conflictos con su familia, especialmente con la figura materna, dificultad para encontrar pareja, como lo refería una participante: “nada ni nadie es suficiente, y cuando hay alguien que valga la pena me encargo de dañar todo”. El sanólogo, después de varias entrevistas y pruebas, ratificando con el equipo transdisciplinario, detectó en ellos falta de cohesión del yo, ansiedad flotante y depresión, afectando así la capacidad de disfrute y gozo de su propia existencia. La sensación de carencia era disminuida cuando consumían alcohol, abusaban del uso de medicamentos o drogas psicoactivas.

Las personas participantes refieren que sus vidas eran caóticas y muchos de ellos ratificaron que habían estado en condición de indigencia antes de ser hospitalizados en la institución para ser desintoxicados; dos fueron enviados al proceso de rehabilitación y regresaban a retomar su vida e ingresaron al programa “Hospital Día” y dos ya habían hecho

varios procesos de rehabilitación y al ser hospitalizados y desintoxicados, eran remitidos a “Hospital Día”.

Durante el proceso autorreflexivo al inicio del programa, la psiquiatra exploró la percepción que tenían las personas sobre las consecuencias negativas y positivas del consumo de sustancias psicoactivas; todos coincidieron en que eran mayores las consecuencias negativas que las positivas y se relacionaban con los conflictos intrafamiliares, las dificultades económicas que les ocasiona sostener el consumo, la pérdida de la autoestima y desinterés en el autocuidado hasta llegar a la indigencia.

Un hombre refería: “No podía parar, me fumaba una vicha y tenía que ir por dinero para más, primero iba a pedirle a mi mamá, si no me daba la robaba, y luego no podía volver; terminaba robando celulares en la calle, me perdía y terminaba vuelto nada”; otra mujer refería: “cada vez que me iba bien en la universidad o en el trabajo sentía que merecía un premio, y eso era una cerveza o un buen ron, y luego quería más; y para no emborracharme me hacía un pase de coca, y luego seguía la rumba duraba 3 o 4 días haciendo lo mismo, hasta que me quedaba sola porque nadie aguantaba mi ritmo; cuando llegaba a la casa mi mamá lo que hacía era insultarme y me sacaba de la casa; lo que me daba más razones para seguir consumiendo y me iba donde los amigos debajo del puente hasta que mi mamá iba y me recogía con la policía”. Otra persona también expresaba: “Cuando consumo me da el susto, pienso que todo el mundo se da cuenta que estoy consumiendo y me están señalando, escucho voces que me generan culpa y me dicen que soy una mala persona, el diablo me atormenta y algunos muertos que andan en la calle (...)”.

La última persona habló de la sensación de vacío y de desesperanza, pequeñez y culpa que se le genera en la resaca, después de consumir alcohol; además, presenta síntomas físicos

como ansiedad flotante, cefalea, náuseas y dificultad para ingerir los alimentos por los siguientes tres días: “Es horrible sentirse así, como si no valiera nada, me da vergüenza de lo que hago consumiendo, me dan ganas de morirme”. Por otro lado, el sanólogo alertó en cuanto la coexistencia de alteraciones mentales y el uso de sustancias psicoactivas que es alrededor de un cuarto de la población consumidora, situación que empeora el pronóstico de la enfermedad (Karpov, Joffe, Aaltonen, Suvisaari, Baryshnikov, Koivisto, Melartin, Oksanen, Isometsä, 2017).

En cuanto a las consecuencias positivas de consumir, todos las personas participantes referían estar de acuerdo que toman este camino, bien sea para escapar de la realidad o para festejar algo bueno que le había sucedido, y allí se involucraron personas con las que se ríe, disfrutaban, bailando y que denominan amigos de diversión; también hablaban de la adrenalina que produce la calle, el salir corriendo y escapar de la policía o de otras personas y poderlo hacer, la sensación de triunfo y de alegría era emocionante. También comentaban que al haberse vuelto un hábito, les resultaba difícil conciliar el sueño o permanecer tranquilos en la noche si no consumían cannabinoides, que ha sido reportado en varios estudios a nivel internacional (Carr, Oranu, & Khungar, 2016).

Luego se hizo un balance entre lo positivo y lo negativo del consumo, descubriendo que las cosas positivas eran efímeras, y además los denominados amigos de diversión, no eran realmente amigos, porque cuando estaban malheridos en la calle o en el hospital, se desaparecen; en cambio, la familia y los amigos que no consumían, siempre estaban allí dispuestos a acompañarlos y a protegerlos. Además, se puso en consideración que un tercio de las muertes prevenibles en Estados Unidos se produce en personas que consumen sustancias psicoactivas o abusan del alcohol, lo que alertó a los participantes (Karpov et al., 2017).

Al elegir esta dimensión de la ruta individual de salud, se comprometieron a luchar a diario por estar sobrios, además a encontrar dentro de sí sus propias estrategias para detectar y hacer frente a los deseos de consumo, así como establecer sus límites y reglas de vida.

En las siguientes sesiones individuales las personas fueron capaces de detectar sus signos de alarma o situaciones que los llevaban a tener deseo de consumir, Algunos relacionaban lugares, personas y situaciones que recreaban el consumo: “pasar por el parque y saludar al jíbaro (persona que le suministra la droga), me da mucha ansiedad, por lo que he dado una vuelta grande para no pasar por allá cuando voy para mi casa”. Otra persona refería: “siempre que tengo clase de Artes me encuentro con la amiga con la que consumo, yo empiezo diciéndole que no voy a irme de rumba, pero siempre me convencía”.

Esta área, más que otras (Tabla 5), pudo ser reforzada con el ejercicio de autorreflexión, la autonomía y la capacidad de cuidar de sí mismo, centrarse en el aquí y el ahora, formando habilidades para estar presente tanto física como como emocionalmente en todas las áreas de la cotidianidad, buscando el placer en actividades que excluyen el consumo, sin desconocer el pasado pero logrando escribir una nueva historia actual y reparadora que construya bienestar integral de las personas en todas las dimensiones de la naturaleza humana y la espiritualidad (Carr et al., 2016).

**Tabla 5.***Ruta Individual para cada persona que participa en la Estrategia Sanológica*

Área o dimensión	Actividad
Familiares y Amigos	<p>Construcción de autoimagen, autocuidado y autoestima</p> <p>Identificación de los estados emocionales y autocontrol responsabilizándose de su actuar en el momento y a futuro.</p> <p>Evaluación de su situación familiar, manejo de conflictos y resolución de problemas.</p> <p>Fortalecimiento de las habilidades sociales, escucha activa y gestión de nuevas amistades.</p>
Sueño y estrés	<p>Reconocimiento de la importancia del sueño y del descanso nocturno</p> <p>Adecuación del lugar de descanso, haciéndolo un sitio cómodo, acogedor y libre de distracciones</p> <p>Construcción de hábitos que fomenten la higiene del sueño</p> <p>Aceptación de alteraciones en neurotransmisores que necesitan tratamiento psicofarmacológico</p> <p>Estrategias para detectar y manejar fuentes de estrés individuales</p>
Imagen Interior	<p>Aceptación de su propia realidad y fortalecer mecanismos de autocuidado y autoimagen.</p> <p>Reconocer los errores previos, repararlos si se puede y hacer un pacto interno de no repetición.</p> <p>Catarsis a cerca de situaciones emocionales, que generan hostilidad, irritabilidad, depresión, ansiedad e ira; afrontamiento asertivo.</p> <p>Vivir el hoy sin prejuicios con esperanza de un futuro mejor.</p> <p>Emergen deseos de superación y potencialidades laborales con adquiriendo independencia económica.</p>

**Tabla 5. (Continuación)**

*Ruta Individual para cada persona que participa en la Estrategia Sanológica*

Área o dimensión	Actividad
Nutrición y Actividad Física	<p>Reconocimiento de estado de salud con el Índice de Masa Corporal, Pruebas de laboratorio (Glicemia, colesterol, triglicéridos)</p> <p>Reconocimiento de hábitos alimenticios y causas de comer en exceso.</p> <p>Evaluación por parte de nutricionista y diseño de una dieta saludable acorde a las necesidades nutricionales, condición física y socioeconómica de la persona.</p> <p>Evaluación por parte del entrenador físico y diseño de una rutina de actividad física acorde a las condiciones de salud de cada participante</p> <p>Formación de la autodisciplina en el manejo de los alimentos y realizar actividad física creando metas realistas a corto, mediano y largo plazo.</p>
Personalidad, toxicidad, alcohol y drogas	<p>Proceso auto reflexivo donde se identifican consecuencias positivas y negativas del consumo.</p> <p>Sesiones individuales donde cada persona identifica situaciones que llevan al deseo de consumir para poder parar el ciclo.</p> <p>Reconstrucción de su imagen interior, autonomía y capacidad de cuidar de sí mismo, fortalecido por el compromiso de no consumo “solo por hoy”</p> <p>Nueva actitud frente a la vida, estando en el presente y actuando en el aquí y el ahora.</p> <p>Fomento de la vida interior y la espiritualidad.</p>

Fuente: Elaboración propia.

#### **5.4. Categoría: Rutas de salud Colectivas**

Durante el proceso, se realizaron cuatro talleres en forma transversal simultáneos con las rutas individuales. Lo realizado dentro de la estrategia sanológica tras esta ruta, y lo referido por las personas en el desarrollo de los talleres (Anexo D), se describe a continuación:

#### ***5.4.1. Taller de concepto de salud***

Dentro de la categoría de las *Rutas de salud colectivas*, un primer taller que se trazó como un introductorio, fue el paso dado con el fin de generar el debate colectivo acerca de los conceptos de salud que manejaban los participantes y en medio de ello cimentar con las personas participantes la comprensión alrededor de apreciar cómo el saber sanológico realiza una construcción que parte de la presunción de salud y sanidad con la que nacen los seres humanos y que se puede mantener en el transcurso del desarrollo o, por el contrario, destruir con malos hábitos higiénicos, alimentarios o cambios ambientales abruptos (Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto, & Cervantes, 2014).

Cada participante inicialmente hablaba de su propio concepto de salud preconcebido, a través de expresiones como: “no tener enfermedad; poder trabajar y vivir fuerte, no sentirse limitado a nivel físico, poder vivir sin dolor, no tomar medicamentos, no estar atormentado por pensamientos”. Todos los participantes asociaban la salud con ausencia de enfermedad, construcción realizada desde la infancia y fortalecida por el pensamiento positivista con el que funciona el sistema de salud sostenido por parte del Estado en Colombia.

Sin embargo, al encontrar en la sanología una explicación que parte del pensamiento complejo en donde las personas son gestoras de su propia salud, se amplía la construcción del concepto de salud al desarrollo armónico, autónomo, libre y responsable de todas las capacidades y potencialidades que tienen los seres humanos y que conforman la propia naturaleza tanto física como biológica, psicológica, espiritual, ambiental, social y cultural.

Luego de debatir este concepto se concluye que todas las personas son artífices de su salud, y que la vida es un espiral de acontecimientos en donde cada quien fluctúa entre

situaciones que lo llevan a enfermar y otras en donde se impone la propia vitalidad que le permite estar fuerte y en armonía con su propio ser y con su entorno. También en la discusión se afirmó que las propias creencias y comportamientos pueden atar a las personas a la enfermedad o, por el contrario, la pueden empoderar para el alcance de la anhelada felicidad y bienestar.

Junto a los participantes, se afirma que dentro de la interpretación del paradigma de la sanología, no se excluye la enfermedad como parte del ciclo vital y como rastros innegables de la carga genética con la que se nace, estilos de vida no saludables, ambientes hostiles y circunstancias adversas no previstas, como accidentes o catástrofes propias del caos del mundo complejo, es allí donde la vitalidad, junto con el ingenio del hombre se une para restituir la armonía y la estabilidad que debe reinar en el interior de cada persona (Amable, 2016).

Al finalizar el ciclo de talleres sobre salud, se les propuso a los participantes expresar en forma lúdica a través del psicodrama, cómo eran tratados por los diferentes actores en salud con los que habían tenido contacto y cómo querían ser tratados, así como también la manera como ellos asumen sus tratamientos previamente y cómo lo habían empezado a hacer después de conocer la estratégica sanológica. Esta actividad fue divertida y pedagógica tanto para el personal de salud como para los participantes.

#### ***5.4.2. Taller de habilidades de comunicación asertiva***

Continuando con esta categoría de las Rutas colectivas, se dio el segundo taller. Éste, estuvo enfocado en la comunicación asertiva, reconociéndose como la capacidad de expresar sentimientos, emociones, ideas y opiniones de manera confiada, reduciendo la posibilidad de generar conflicto; implica la habilidad para expresarse sin que intervengan juicios de valor o preconcepciones sobre las personas o hechos sucedidos o a suceder y requiere

de un profundo respeto tanto por las personas con las que se comunican, como del comunicador. Por otro lado, elimina las generalizaciones y los supuestos y mejora considerablemente las relaciones interpersonales como la calidad de vida de las personas con alteraciones mentales, según varias experiencias expresadas en revisiones sistemáticas (Crettenden, Lam, & Denson, 2017; Bylund, Peterson, & Cameron, 2012).

El taller de comunicación asertiva ha sido productivo para los participantes en la medida en que se dieron cuenta de varios errores que cometen en la vida diaria; situaciones referenciadas por las personas participantes lo confirmaron: “Me siento sola y no voy donde mi hija porque mi nieto me odia, cuando me ve me dice ‘Me gustaría ser como mi abuela, y hacerme el loco’ (...)”;

Rosario no había verificado a que se refería su nieto, cuando logró hablar con él se dio cuenta que su nieto era una persona asustadiza con la vida, y le tocaba enfrentar situaciones que a nivel académico en sus estudios universitarios, le costaban mucho, como hacer exposiciones en público; cuando ella le preguntaba sobre cómo estaba él, para evadir la respuesta le decía eso, indicando con ello que su abuela estaba pensionada y que no tenía que preocuparse por su sustento económico, ni por labores académicas; esto permitió que mutuamente se entendieran y se fortaleciera su vínculo afectivo.

También entre los participantes y el equipo interdisciplinario de “Hospital Día”, especialmente con el servicio de enfermería, se lograron comunicaciones fluidas y claras: expresaban sus opiniones con respecto a la alimentación o al trato, logrando ser oídos y tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones. Situación que no pasa cuando alguien se comunica con rabia y agresividad; o, por el contrario, calla ante circunstancias adversas por miedo a la retaliación.

Entre los propios participantes al tener una comunicación diaria de este tipo, lograron tener unos vínculos afectivos y camaradería especial, se sentían escuchados por sus compañeros y su opinión era valiosa para lograr cambios en los comportamientos propios y de sus compañeros, pues al conocer las historias individuales y conocer sus familias, tenían elementos suficientes para opinar sobre apreciaciones que hacían sus compañeros acerca de sus propias vidas y no se sentían juzgados ni intimidados cuando cada uno daba su opinión acerca del proceder del otro; lo que fomenta una postura crítica y constructiva.

#### ***5.4.3. Nutrición y comida saludable***

En el marco de la categoría *Rutas de salud colectivas*, se ofreció el taller Nutrición y comida saludable. En él intervino la nutricionista del Hospital que tenía entre sus propósitos orientar sobre la clasificación de los alimentos y su valor nutricional, así como el de reconocer los alimentos que tienen mayor carga energética y la posibilidad de acumularse en grasa; al igual se propuso dar recomendaciones a cerca de la mejor forma de comer y de tener una vida saludable libre de excesos a nivel alimenticio.

Luego se realizaron dos talleres más con un ingeniero de alimentos que les enseñaba a preparar y aprovechar las verduras y los cereales como fuentes importantes de nutrientes. Este taller fue especial, pues se realizó una distribución entre los participantes de los ingredientes que se iban a utilizar, fue interesante ver cómo, tanto las personas con escasos recursos como las que vivían cómodamente con un buen nivel económico, no dudaron en traer un ingrediente de la receta; algunos trajeron mucho más que lo indicado, y las recetas fueron tan exitosas, que después de la actividad cada miércoles se hacía una colecta para hacer otra nueva receta entre las personas y la terapeuta ocupacional sin la intervención del ingeniero.

Algunos alimentos fueron tan célebres que, incluso en la terapia ocupacional, las personas interesadas en desarrollar sus habilidades culinarias preparaban varias recetas para ser vendidas dentro del hospital; eran famosos los panes integrales realizados por los pacientes del “Hospital Día”, o las hamburguesas con poca grasa realizadas los jueves por la mañana. Dos de los participantes, al egreso del programa, realizaron su propio emprendimiento en casa, creando un puesto ambulante de hamburguesas con gran acogida en la actualidad.

#### ***5.4.4. Taller de la actividad física***

Dentro de las *Rutas de salud colectivas* no podía faltar el taller destinado a apoyar la actividad física del grupo de trabajo. El objetivo de este último de los talleres (Tabla 6) fue fomentar la actividad física de los participantes según sus condiciones de salud; se realizaron tres sesiones de actividad física semanal, cada uno con una duración que oscilaba entre 20 a 45 minutos, dirigida por un profesor de educación física que evaluó a cada persona y le realizó de manera mancomunada una rutina específica, según su condición, necesidades y preferencias (Gomes et al., 2016).

Inicialmente, cuatro de los participantes refirieron nunca haber practicado actividad física dirigida y estaban desmotivados, argumentando tal razón; consideraban que era una pérdida de tiempo y se sentían impedidos para realizar algún ejercicio corporal; pacientemente el entrenador los motivó de forma individual y colectiva hasta lograr tener acogida por todas la personas con alegría; el entrenador asistía tres veces por semana y hacía las clases amenas e individualizadas.

Es de anotar, además, que el profesor de educación física siempre presentaba motivaciones externas para lograr que las personas realizaran el ejercicio, como la rifa de un termo o la adjudicación de premios como camisetas o pantalones para realizar deporte, por lo

que esta actividad era esperada por todos los participantes; al final se logró tener actividad física habitual, ya sea dentro de la institución o fuera de ella; algunos manifestaron caminar de vuelta a casa o cuando llegaban al hogar salían a un parque a hacer ejercicio.

Esta dimensión denominada taller de educación física, dentro de las rutas colectivas (Tabla 6), fue bastante gratificante, observando la oportunidad de generar y observarse por todas las personas participantes y el equipo transdisciplinario, los cambios a corto plazo.

**Tabla 6.**

*Ruta Colectiva para quienes participan en la Estrategia sanológica*

Actividad Grupal	Descripción
Taller de arte y Salud	Desarrollar potencialidades y recursos de la personalidad del participante, fortaleciendo su autoestima, sentido de responsabilidad y autonomía en la relación con los otros. Facilitar la organización de su estado mental. Conceptualizar y verbalizar las emociones. Recuperación del aprendizaje y la capacidad de crítica mediante El acceso a funciones simbólicas.
Terapia de grupo sobre comunicación asertiva	Crear habilidades sociales en las personas para que logren expresar de manera consciente ideas, deseos, opiniones, sentimientos o derechos; expresiones congruentes, claras, directas, equilibradas, honestas y respetuosas, sin la intención de herir o perjudicar, y actuando desde una perspectiva de autoconfianza.
Taller de Nutrición	Afianzar el concepto de alimentación saludable. Actividad: Enseñar los principales grupos alimenticios y su función, así como diseñar para cada persona una dieta que cubra sus necesidades nutricionales . Valoración: control del IMC y los valores de glicemia, colesterol y triglicéridos
Taller de actividad física	Realización de 3 sesiones de actividad física semanal de 45 minutos, dirigida por un profesor de educación física, que evaluó cada persona y le realizó una rutina específica según su condición y necesidades. Valoración: Percepción subjetiva de salud de cada participante junto con el IMC y paraclínicos.

Fuente: Elaboración propia.

#### ***5.4.5. Construcción de grupos de familiares y de autoayuda***

Por otra parte, simultáneo a los talleres de Rutas en salud activadas a nivel colectivo, e n el transcurso del programa se contactaron las familias de las personas que asistían al “Hospital Día” por parte de la trabajadora social. Se les explicó el proceso y los cambios que se iban a realizar según el saber sanológico con el proceso autorreflexivo y se socializó con ellas la necesidad de involucrarse en las actividades que estarían dispuestas desde esta estrategia; se escucharon a los familiares y sus quejas con respecto a los comportamientos de las personas participantes, pero también sus expectativas.

Durante el proceso de cambio, varios familiares protestaron, no estaban de acuerdo con la nueva posición que tenían los participantes con respecto a la vida y al manejo de sus relaciones y finanzas; los familiares no estaban acostumbrados a ser interrogados sobre el manejo del dinero o las relaciones con familiares con los que no tienen contacto; luego entendieron que era parte del empoderamiento y la autonomía que tanto reclamaban los familiares, ahora era una realidad y tenían que ayudarles a asumir su nuevo rol.

Dos personas no tuvieron apoyo de su familia, y por el contrario, fueron familias que manifestaron descontento con el programa, señalando que éste les aumentaban los síntomas paranoides, ya que los participantes se preocuparon por el dinero que tenían guardado o habían prestado a un familiar y no se les había devuelto. De tal forma que fue difícil asumir una posición neutral y uno de ellos encontró que sus familiares habían tomado su dinero abusivamente por lo que acudió a otro hermano para poder realizar la intermediación y el otro fue auxiliado por su familia pues creía poseer una herencia que nunca había tenido y se lo demostraron con las finanzas familiares. En ambos procesos que inicialmente parecían difíciles,

al final los participantes lograron la autonomía, conocer su propia realidad y asumir una posición crítica acerca de la vida actual y futura.

Finalizando esta faceta de los hallazgos desde la investigación cualitativa, se pudo considerar que con el programa se logró tener un grupo fuerte, con cambios significativos tanto individuales como grupales. Por otra parte, para no romper el vínculo de forma abrupta al terminar el programa se constituyó una red de apoyo: se mantuvieron en contacto las personas intervenidas con el grupo de “Hospital Día” y los familiares, de tal forma que cada preocupación o problema era consultado con sus compañeros o con los terapeutas, además cada mes se continuaron las reuniones presenciales en el salón de encuentro del “Hospital Día”, solo interrumpidas por la declaratoria de emergencia sanitaria y de confinamiento por la pandemia del Covid-19. Desde entonces, se sostiene la comunicación telefónica o vía WhatsApp.

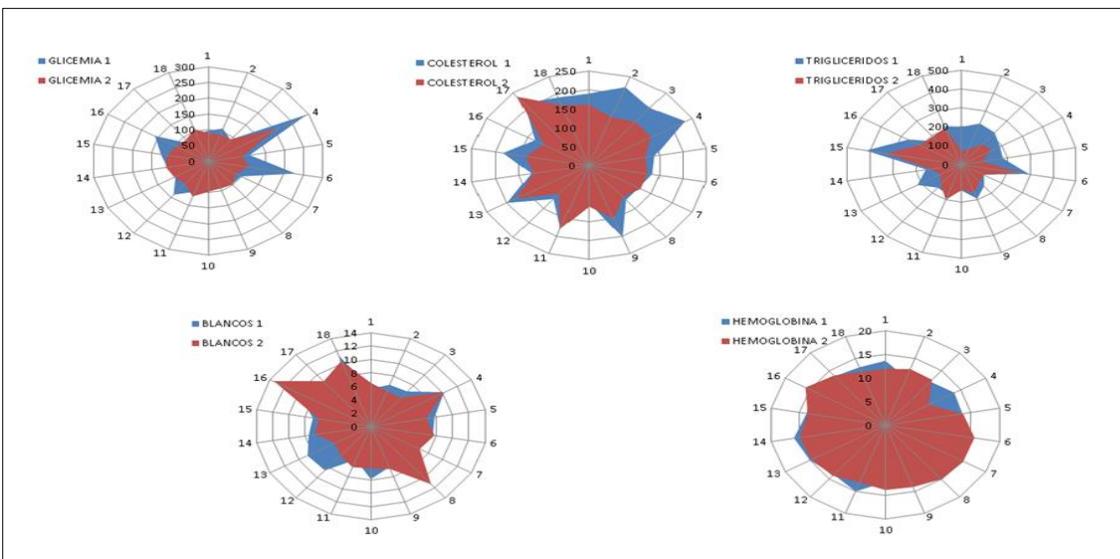
## **5.5. Variable sanóloga**

### ***5.5.1. Pruebas de Laboratorio***

Los niveles de glucosa en sangre en las pruebas antes y después (participación estrategia sanológica) disminuyeron y se encuentran dentro de valores normales; en prueba realizada en ayunas, se encontró que el promedio de la medición antes de la estrategia se hallaba en 122.57 y después de la implementación de la estrategia, la media fue de 103.90 mg/dl. Se descartó que los valores medios, fueran diferentes y menores, con una confiabilidad del 95%. Se evidenció que las personas numeradas 4, 6, 12 y 14 disminuyeron significativamente los valores de glucosa en sangre en el periodo enunciado (Figura 14).

**Figura 14**

*Pruebas de laboratorio por persona del Grupo de trabajo antes después*



Fuente: Elaboración propia

Los niveles de colesterol total en las dos mediciones, antes y después de participar en la estrategia sanológica disminuyeron y se encuentra dentro de valores normales, al inicio en 166.65 y después disminuyó a 142.55 mg/dl en hombres y mujeres mayores de 20 años. Se halló que los valores medios, antes y después de participar en la estrategia sanológicas son menores, con una confiabilidad del 95%. Sin embargo, en la Figura 14 se evidencia que las personas enumeradas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 14 y 15 disminuyeron significativamente los valores de colesterol en sangre.

Los niveles de triglicéridos esperados en las dos mediciones, antes y después de participar en la estrategia sanológica disminuyeron de 203,96 a 157,77 mg/dl, dentro de valores normales, menos de 150 mg/dl para hombres y mujeres. Se halló que los valores medios, antes y después de participar en la estrategia sanológicas son menores, con una

confiabilidad del 95%. La Figura 14 expone que las personas enumeradas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13 y 15 disminuyeron significativamente los valores triglicéridos en sangre.

El recuento de glóbulos blancos esperados en las dos mediciones, antes y después de participar en la estrategia sanológica disminuyeron de 7.71 a 7.60  $\text{gb}/\mu\text{l}$ , dentro de valores normales, 5 a 10  $\text{gb}/\mu\text{l}$ . Por ello se acepta la hipótesis, de modo que los valores medios, antes y después de participar en la estrategia sanológica son homólogos, con una confiabilidad del 95%. Sin embargo, en la Figura 14, se evidencia que las personas enumeradas 6, 10 y 18 aumentaron significativamente los valores de recuento de glóbulos blancos en sangre. Un recuento de glóbulos blancos bajo (leucocitopenia) es una disminución de las células que combaten enfermedades (leucocitos) en la sangre.

Los valores de la Hemoglobina en las dos mediciones, antes y después de participar en la estrategia sanológica, disminuyeron de 13,78 a 13.62  $\text{g}/\text{dl}$ , dentro de valores normales, para hombres 13.8 17.2  $\text{g}/\text{dl}$  y mujeres 12.1 – 15.1  $\text{g}/\text{dl}$ . Por ello se acepta la hipótesis, pues los valores medios, antes y después de participar en la estrategia sanológicas son homólogos, con una confiabilidad del 95% (Tabla 7).

### Tabla 7.

#### *Pruebas de laboratorio Grupo de trabajo antes después*

Pruebas de laboratorio	Medición 1		Medición 2		Valor (t)	P. Valor	Prueba Ho
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación Estándar			
Glicemia	122,57	28,99	103,90	24,53	2.0858	0,0445	Rechazo Ho
Colesterol total	166,65	22,33	142,55	21,97	32640	0,0025	Rechazo Ho
Triglicéridos	203,96	55,01	157,77	45,73	2, 7394	0,0097	Rechazo Ho
Recuento de blancos	7,71	1,89	7,60	2,31	0,8818	0,3840	Acepto Ho
Hemoglobina	13,78	1,34	13,62	1,74	0,7495	0,4587	Acepto Ho

Fuente: Elaboración propia.

### 5.5.2. Medicamentos

Con respecto a la relación de medicamentos que, habiendo sido prescritos previamente a las personas participantes, pudo corroborarse cambios (Tabla 8); en la medida en que ellas evolucionaban en el proceso reflexivo, de autoconocimiento y empoderamiento de su propio existir, dejaban de necesitar aquellos medicamentos formulados para la ansiedad; de igual forma, se iban disminuyendo los antidepresivos y los antipsicóticos.

**Tabla 8.**

*Medicamentos Grupo de trabajo antes después*

Medicamento	Cambio de Dosis de inicio al final		
	Igual	Aumenta	Disminuye
<i>Estabilizador del estado del ánimo</i>			
Ácido valproílico 250 mg tab	4	0	7
Carbamazepina 200 mg tab	0	0	1
Carbonato litio 300mg tab	2	0	1

**Tabla 8. (Continuación)**

*Medicamentos Grupo de trabajo antes después*

Medicamento	Cambio de Dosis de inicio al final		
	Igual	Aumenta	Disminuye
<i>Benzodiazepina</i>			
Alprazolam 0.50 mg tab	0	0	3
Clonazepam (coquan) 2.5 mg	0	0	2
Lorazepan 2mg	0	0	1
Midazolam (dormicum) 5mg	0	0	1
<i>Amina terciaria antimuscarínica</i>			
Biperideno 2mg tab	4	0	6
<i>Antipsicótico atípico</i>			
Clozapina 100mg	5	0	4
Quetiapina 200 mg	3	0	3
Risperidona 2 mg tab	5	0	7
<i>Antipsicótico típico</i>			
Haloperidol 5mg	0	0	1
<i>Antidepresivo IRSS</i>			
Escitalopram oxalato 10 mg tab	2	0	1
Fluoxetina 20mg	2	1	0
Sertralina 50 mg tab	2	5	2
Total / 100%	29 / 38,6%	6 / 8.0%	40 / 53,4%

Fuente: Elaboración propia.

### 5.5.3. Calidad de Vida

El estudio estadístico reveló un aumento significativo de la percepción subjetiva de “Salud General” según la participación en la estrategia de sanología en un “Hospital Día”. El promedio en la prueba SF36 en “Salud General” después de la intervención aumentó de 31,7 a 65,8 con un P Valor de 0.000; el inicio fue una percepción de mala salud con posibilidad de empeorar y en el post test se valoró como buena o excelente.

La “Salud General” se compuso por las sub escalas relacionadas con limitaciones de roles debido a la salud física, dolor y funcionamiento físico (Tabla 9). La prueba de hipótesis estadística de las sub escalas pasaron de puntajes bajos a superiores con un  $p\_valor=0,000$  en la medición del pre test y del post test.

**Tabla 9.**

*Comparación pre test- post test SF36, Personas en el Hospital Día*

SF36	Pre Test		Post Test		Estadística de Contraste	
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación Estándar	t()	P_Valor
Salud General	31.7	29.9	65.8	17.8	-4.157	0.000
Limitaciones de roles debido a la salud física.	12.5	33.3	77.8	41.9	-5.229	0.000
Dolor	62.2	29.6	89.4	14.6	-3.496	0.000
Funcionamiento físico	68.3	35.8	88.6	24.7	-2.058	0.023
Salud Mental.	13.0	33.9	83.3	37.6	-5.891	0.000
Funcionamiento social	31.9	26.5	89.4	19.5	-7.414	0.000
Bienestar emocional	35.3	29.8	65.6	18.5	-3.665	0.000
Energía / fatiga	36.7	26.9	61.4	17.5	-3.265	0.001
Cambios de Salud con respecto al último año	45.8	38.6	79.2	23.1	-3.150	0.001

Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo con la descripción de esta variable, se encontró que la diferencia entre las dos medidas en limitaciones de la subescala “Roles debido a la salud física” aumentó en un 65,3/100 puntos, es decir, la persona pudo al final del proceso sanológico realizar todo tipo de actividad física, incluyendo las de esfuerzo sin mayores limitaciones. En relación al “Dolor” este mejoró en 27,2/100 puntos indicando ausencia del dolor o pocas limitaciones debida al mismo. El funcionamiento físico aumentó el 20,3/100 puntos, indicando la inexistencia del problema relacionado con la actividad diaria o laboral.

Del mismo modo, la prueba de hipótesis demostró el aumento significativo de la percepción subjetiva de “Salud Mental”. La media en la prueba de salud mental después de la intervención aumentó de 13,0 a 83,3 con un P Valor de 0.000; indicando el paso al inicio de una percepción de sensación de nerviosismo y depresión a una sensación de paz, felicidad y calma.

La salud mental, por su parte, se compuso por las subescalas relacionadas con el “Funcionamiento Social”, el “Bienestar Emocional” y la “Energía / fatiga”. La prueba de hipótesis en estas subescalas pasaron de puntajes bajos a superiores entre la medición del pre test y la del post test, con un p valor=0,000 y 0,001 en la última escala.

En cuanto a la diferencia entre pre test y post test en “Funcionamiento Social”, pudo establecerse que este factor aumentó en 57,5/100 puntos, de manera que la persona pudo al final de los ocho meses de la implementación de la estrategia sanológica, realizar actividades sociales normales sin interferencia de problemas físicos o emocionales. En relación al bienestar emocional, pudo corroborarse que éste mejoró en 30,3/100 puntos, entendido como no tener dificultades para realizar las actividades diarias o de trabajo a causa de problemas

emocionales. La relación a la “Energía o Fatiga” aumentó en 24,7/100 puntos, confirmándose que la persona se mostró llena de energía y entusiasmo todo el tiempo.

En cuanto al factor Cambios positivos de salud, las personas que participaron en el estudio, reportaron sentir en 33,4/100 puntos con respecto a meses anteriores, señalando cómo la salud ha mejorado significativamente en los ocho últimos meses, tiempo durante el cual participó en la estrategia sanológica en el servicio de un “Hospital Día”.

La participación en la estrategia sanológica evidenció los cambios significativos en la calidad de vida medidos en las variables Salud física, Salud mental y Cambio de la percepción de salud en los ocho meses últimos, notificándose lo que Vásquez y Hora (2018), concluyeron, en cuanto a que la calidad de vida de la persona se afecta por las enfermedades crónicas, en particular la mental, teniendo esta un impacto sobre las dimensiones física y emocional; sin embargo, al mismo tiempo esta se convierte en determinante de la posibilidad de superar la enfermedad o disminuir los efectos secundarios.

La calidad de vida en salud es un concepto multidimensional sobre el bienestar subjetivo, la capacidad funcional y la realización de actividades sociales relacionadas o afectadas por la presencia de una enfermedad o un tratamiento, en este caso particular, la “estrategia sanológica” (Yang, Lin, Wang, & Lu, 2017).

La valoración de la calidad de vida en salud con el test SF36 indicaron cambios positivos después de participar activamente en la estrategia sanológica, teniendo en cuenta los cambios en la conductas de salud, hábitos alimenticios, ejercicio, relaciones familiares, manejo del estrés y por ello los participantes consideraron sentirse más saludables (Sánchez-Piedrahita, Castañeda- Avilés, & Núñez-Gómez, 2018).

Thadani, Pérez-García, y Bermúdez (2018) usando el SF36, encontraron en 138 personas deterioro físico, funcional y calidad de vida; se trataba de personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite con respecto a grupo de personas diagnosticadas con enfermedad física.

Arias-Torres (2008) resalta al enfoque sanológico en promoción de la salud como coadyuva en la ruta de fortalecer la calidad de vida en salud de las poblaciones. Otro estudio también ha develado modificaciones positivas en el estilo de vida de las mujeres adultas jóvenes asociadas a la implementación de una estrategia de sanología (Pardo-Torres & Núñez, 2007).

El cambio positivo en la calidad de vida en salud logrado con el programa dispuesto para las personas asistentes al servicio de un “Hospital Día”, implementando la estrategia durante ocho meses con el equipo interdisciplinario y de manera sistematizada, consiguió resultados similares que los logrados tras la ejecución del programa durante nueve meses, tras los cu se buscó la evaluación de los impactos en la satisfacción del paciente, la angustia psicológica y el estado de salud mental en una sala de psiquiatría (Marcussen, Nørgaard, Borgnakke, & Arnfred, 2020). Por su parte, Yang et al. ( 2017) hallaron mejoría en el estado de salud de personas con depresión y medicadas con fluoxetina; se valoraron factores asociados a calidad de vida en salud, tras asistir a un programa con lineamientos sanológicos ofrecido durante seis semanas (Yang et al. 2017). A través de intervenciones favorables y de tipo multidisciplinar realizadas con personas diagnosticadas con lesión de la médula espinal y sus familias, develó interesantes resultados a las seis semanas de haberlas extendido (Flores, Lehan, Segura, Olivera, & Arango- Lasprilla, 2015).

La estrategia sanológica permitió el cambio en la calidad de vida en salud de las personas con trastorno mental en etapa sub aguda generado por las actividades de autorreflexión, examen

mental y físico basado en la clínica semiológica, la presunción de la salud mental y la construcción de la ruta de salud.

Las rutas sanológicas son un proceso dialógico entre el psiquiatra sanólogo y la persona. Se plantea a través de actividades de adherencia al tratamiento farmacológico, cuidado de enfermería, ejercicio físico, nutrición, psicoterapia, recreación y habilidades laborales. Las personas con trastorno mental son motivadas a asumir con responsabilidad su propio tratamiento, superando el concepto donde solo el profesional de salud es el responsable de éste.

En el escenario en el que se desarrolló el presente estudio, la calidad de vida en salud en la implementación de la estrategia sanológica permitió identificar su impacto positivo a lo largo de ocho meses y clarificar los resultados de cada persona en el compromiso con las acciones propuestas en la ruta; es decir, señalando el compromiso personal, familiar e institucional en el alcance de las metas en salud dentro del contexto biopsicosocial. Vásquez y Horta (2018) propusieron que entender la enfermedad no transmisible implica conocer los efectos sobre la percepción de la salud, la enfermedad y la calidad de vida de quien la padece, eventos orientadores de la estrategia sanológica.

Este estudio de la calidad de vida en salud de personas con trastornos mentales sub agudo indica la necesidad de realizar trabajos sistemáticos en poblaciones de acuerdo a la tipología del trastorno como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión. La muestra estudiada tiene un rango amplio, razón por la cual en futuros estudios es necesario realizar estudios segmentados por esta variable.

A propósito, Cardona, Castañeda, y Cardona (2018) dedujeron con su estudio en el cual participaron 230 mujeres adolescentes vulnerables, que la relación entre calidad de vida y sintomatología depresiva debe ser estudiada por grupos etarios. La necesidad de realizar

trabajos de calidad de vida en salud desde la promoción de la salud, el diseño, ejecución y valoración de intervenciones y políticas públicas en salud, sigue cobrando vigencia.

#### ***5.5.4. Ansiedad y depresión***

La prueba de hipótesis demostró disminución significativa de los síntomas de ansiedad y depresión en las personas participantes de la estrategia de sanología en el “Hospital Día” en salud mental.

La media en la prueba de ansiedad de Beck después de la intervención disminuyó de 37,4 a 17,6 con un P Valor de 0.000; se pasó de ansiedad severa a ansiedad muy baja. La media de depresión, prueba de Beck, disminuyó de 35,4 a 9,6 con un P Valor de 0.000; se conmutó de depresión severa a no depresión. La media en el test de PHQ9 de depresión disminuyó de 16,0 a 4,0 con un P Valor de 0.000; se pasó de necesitar tratamiento a no necesitar tratamiento por depresión.

En cuanto al cuestionario Fantástico, puede corroborarse que permitió valorar la percepción de los cambios en los hábitos y concepto de salud, pasándose de una media de 44,4 a 81,6 con P- valor de 0,000. Esta prueba de hipótesis indica los cambios significativos, en relación a que se pasó de malo a excelente estilo de vida, cambio logrado en las personas luego de participar en la estrategia sanológica (Tabla 10).

**Tabla 10.**

*Comparación Pre test post test ansiedad y depresión, Personas “Hospital Día”*

Trastorno Mental	Pre Test		Post Test		Estadística de Contraste	
	Promedio	Des Estándar	Promedio	Des Estándar	t ()	P_Valor
Ansiedad Beck	37,44	22,1	15,31	17,67	14,884	0,000
Depresión Beck	36,44	16,42	9,625	45	14,515	0,000
PHQ-9	16,0	6,7	4,0	3,7	6,651	0,000
Fantástico	44,4	13,4	81,6	11,3	-9,0040	0,0000

Fuente: Elaboración propia.

La disminución significativa de los síntomas de ansiedad y depresión lograda por la participación en una estrategia de sanología en el “Hospital Día” en personas con trastorno mental en etapa subaguda, aumenta las posibilidades de obtener beneficios del tratamiento farmacológico y cambios significativos en hábitos en salud y estilos de vida (Díaz-Zuluaga, Vargas, Duica, Richard, Palacio, Berruecos, Ospina, López-Jaramillo, 2017).

#### ***5.5.5. Fantástico y Estilo de Vida***

De la misma manera, el análisis de la prueba de hipótesis indica que el estilo de vida medido por el cuestionario Fantástico pasó de un promedio de 44,4 a 81,6 (Tabla 11); esto se debe haber leído como un cambio en el estilo de vida de malo a bueno. La explicación de este cambio se relaciona con la implementación de la Estrategia sanológica en personas que asisten al “Hospital

Día”. El efecto se ha considerado positivo en términos de haber fortalecido el estilo de vida en salud del grupo de trabajo, en las diferentes áreas sanológicas seleccionadas por las personas que asisten al “Hospital Día”.

**Tabla 11.***Comparación Pretest postest Fantástico, Personas “Hospital Día”*

Fantástico	Pretest		Postest		Estadística de Contraste		Delta*
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar	t ()	P_Valor	
Familiares y amigos	9,0	12,2	42,4	13,1	- 7,9159	0,0000	33,37
Tipo de personalidad	6,8	17,4	34,7	15,0	- 5,1526	0,0109	27,93
Imagen Interior	6,8	24,3	33,3	34,3	- 2,6747	0,0114	26,54
Carrera	16,7	14,3	42,4	34,3	- 2,9341	0,0059	25,69
Sueño y stress	7,4	9,5	27,5	8,7	- 6,6200	0,0001	20,06
Orden	20,1	20,5	39,6	15,1	- 3,2494	0,0026	19,44
Nutrición	25,5	16,1	38,4	14,3	- 2,5416	0,0157	12,96
Actividad	5,6	9,8	18,1	12,2	- 3,3890	0,0017	12,50
Alcohol y drogas	29,3	8,5	32,4	3,9	- 1,4064	0,1687	3,09
Toxicidad	22,0	6,8	23,6	4,5	- 0,8325	0,4109	1,56
Cuestionario Fantástico	44,4	13,4	81,6	11,3	- 8,9708	0,0000	37,11

Fuente: Elaboración propia.

El cambio más significativo, con un delta de 33,3 puntos fue en área familiares y amigos; esta dimensión es esencial para la persona con trastorno mental debido a que se relaciona con los determinantes de los recursos primarios y secundarios. Las áreas de tipo de personalidad, imagen interior, carrera y sueño y stress cambiaron más de 20. Las áreas de orden, nutrición y actividad cambiaron entre 10 y 19 puntos. Las áreas de Toxicidad y Alcohol y drogas no presentan cambios, ya que el grupo de personas participantes desde el inicio no tenía ningún compromiso.

La valoración realizada con el cuestionario Fantástico sobre el estilo de vida de las personas con trastorno mental demostró los cambios positivos y significativos producidos por la estrategia sanológica sobre el estado de salud. En sí, la estructura central que determinaron los cambios en salud son las rutas sanológicas que se construyen a partir de la evaluación del estilo de vida en salud mediante el cuestionario Fantástico. La comparación del estilo de vida antes y después de la estrategia sanológica demostró que se pasó de un estilo de vida malo a uno bueno. Este cambio en el estilo de vida fortalece el tratamiento brindado a las personas con trastorno mental.

El cuestionario Fantástico mide diferentes tópicos. La familia y amigos indagan sobre el soporte primario y secundario de la persona con trastorno mental. Los recursos emocionales y económicos están asociados en estas dos estructuras. El cambio después de participar en una estrategia sanológica indica que estas dimensiones, aunque presentan el mayor cambio positivo, necesitan mayor trabajo.

Es decir, las personas con trastorno mental de larga data tienen alteraciones significativas con la familia y amigos asociados a algunos síntomas; por ejemplo, el marcado comportamiento disocial, la vivencia en el mundo psicótico y las conductas disruptivas. Devoe, Farris, Townes y Addington (2020), a partir de un meta análisis indican la necesidad de seguir investigando el efecto de las terapias de soporte y la terapia familiar para prevenir las recaídas en pacientes jóvenes con riesgo psicótico.

Asimismo, Asher, Patel y De Silva (2017), concluyen que en países de ingresos medios las intervenciones basadas trabajo comunitario y psicosocial impactan positivamente en el funcionamiento de la persona y disminuye el número de días de hospitalarios, caso observado con la implementación de la estrategia sanológica. Camacho-Gomez y Castellvi (2020), en un

meta análisis ratifican la efectividad de la intervención en familia en pacientes con psicosis para prevenir las recaídas y fortalecer la funcionalidad.

El tipo de personalidad generalmente señala la urgencia en el manejo del tiempo y la sensación de estar molesto y hostil. Se observan personas con poca tolerancia a la frustración lo que conlleva a un estado de hostilidad constante con las demás. Las conductas de agresión y agitación se manejan habitualmente con haloperidol (Ostinelli, Brooke-Powney, Li y Adams, (2017), risperidona, según revisiones sistemáticas (Ostinelli, Hussein, Ahmed, Rehman, Miramontes, & Adams, 2019).

En ese ritmo de ideas, la estrategia sanológica logró que las personas participantes cambiaran su estilo de vida en un 27,9/100 puntos. Es de insistir que estos comportamientos son disruptivos y afectan las relaciones interpersonales; sin embargo, es necesario nuevos desarrollos investigativos para determinar las rutas de cambio y la relación con el uso de medicamentos para optimizar los efectos positivos de la estrategia sanológica.

La imagen interior indaga sobre el optimismo, positividad, tensión, tristeza y depresión. Estas personas cambiaron en 26,54/100 puntos, lo cual indica que cada vez se sienten más optimistas y menos deprimidos. Los pensamientos, sentimientos y comportamientos fueron centrados en las fortalezas actuales y no en la vida pasada, llena de complejidades y negativismo. Resultados que concuerdan con el meta análisis donde se concluyó que la resiliencia está asociada con fortalecer la salud mental y disminuir la enfermedad somática (Färber & Rosendahl, 2018).

Respecto al área que en la tabla 11 se aprecia como Carrera, debe entenderse como la dimensión a través de la cual se apreció la satisfacción con el trabajo; pero por el hecho de considerar las razones por las cuales la mitad estaban desempleados, se logró un cambio de 25,58/100 puntos.

El sueño y el estrés fue una dimensión que se valoró con base en hábitos de sueño, descanso, afrontamiento del estrés y disfrute del tiempo libre, lográndose un cambio de 20,06/100 puntos. El estrés y las alteraciones del sueño están asociados a enfermedad orgánica, pobre soporte social y riesgo de conductas suicida, que concuerdan con la revisión sistemática de Berardelli, Corigliano, Hawkins, Comparelli, Erbuto y Pompili (2018) donde encontraron que las intervenciones psicosociales disminuyen el riesgo suicida. Moberg, Niles y Beermann, (2019) validaron con su estudio el efecto de programas utilizando “app” por móvil control de depresión, ansiedad y estrés mediante el aumento de autoeficacia, lo cual indica que la búsqueda de metas saludables es significativa, tal y como sucede con la estrategia sanológica.

El orden es una dimensión que se relaciona al cumplimiento de horarios para llevar una vida ordenada, incluyendo incluso, la vida sexual con la pareja, consiguiendo en el presente estudio un cambio de 19,44/100.

La nutrición fue un área valorada con base al tipo de dieta, uso habitual de azúcar, sal, grasa animal, chucherías, y peso; se logró un cambio de 12,96/100 después de participar en la estrategia sanológica, lo cual confirma que llega a ser válida como ayuda en el control de conductas de riesgos, como se evidenció en el caso de trastorno bipolar asociada con un alto riesgo de comorbilidades médicas, discapacidad a largo plazo y muerte prematura; en una revisión sistemática, Bauer, Gálvez, Hamilton, Balanzá-Martínez, Zunta-Soares, Soares y

Meyer (2016) hallaron que lo dicho sobre la relación entre hábitos de comida y ejercicio, coincide con los hallazgos encontrados en el grupo de trabajo.

Firth, Solmi, Wootton, Vancampfort, Schuch, Hoare, Gilbody, Torous, Teasdale, Jackson, Eaton, Jacka, Wolfgang, Garcia y Stubbs (2020), a través de un meta análisis recomienda eliminar de la dieta las comidas con colorantes artificiales. Grajales y Villalobos (2018) consideraron en su investigación que la dieta inadecuada se asocia con sobrepeso, obesidad grado I y II, eventos similares en el grupo de estudio, lo cual ratificó la importancia expuesta en los cambios alimenticios durante la estrategia sanológica.

La estrategia también se valoró a través de la dimensión relacionada con la actividad física y ejercicio continuo, lográndose un cambio de 12,5/100 puntos en esta área. Gadais, Boulanger, Trudeau y Rivard (2018) realizaron una revisión en los programas de Canadá sobre estilos de vida saludables y encontraron que dietas saludables y ejercicio físico constante son partes de las conductas que previenen el desarrollo de enfermedad crónica obesidad y sus complicaciones.

Por su parte, Melo, Aguiar, De Francesco, Daher, Castor, Albuquerque y Sales De Bruin (2016) en un meta análisis encontraron que realizar ejercicio físico en persona con trastorno bipolar está asociado con mejor salud y ayuda a superar síntomas depresivos, funcionamiento y calidad de vida.

En lo relacionado con toxicidad, uso de tabaco, abuso de medicamentos, y cafeína, además del uso de Alcohol y drogas, número promedio de tragos semanales y manejo de vehículo motorizado después de ingerir licor no se encontraron cambios antes y después de la estrategia sanológica.

Si se recuerda, el cuestionario Fantástico pasó de un promedio de 44,4 a 81,6, con un valor de  $t=-8,9708$  a un  $P\_Valor= 0,0000$ , con un cambio total de 37,1/100, valorando un estilo de vida de malo a uno bueno. Dados los hallazgos del presente estudio, junto a las indicaciones de estudios previos, la estrategia sanológica mostró su eficacia como intervención no farmacológica que coadyuva a fortalecer los hábitos y estilo de vida saludable.

A propósito de lo expuesto hasta aquí, Deenik, Czosnek, Teasdale, Stubbs, Firth, Schuch, Tenback, Van Harten, Tak, Lederman, Ward, Hendriksen, Vancampfort y Rosenbaum (2021) proponen trasladar los hallazgos de investigación científica en las rutinas de atención clínica en servicios de psiquiatría. Según Firth et al. (2020), los trastornos mentales afectan al 30% de las personas en la vida y contribuyen a la carga de morbilidad en el mismo porcentaje, razón por la cual se hace visible la importancia de continuar aplicando la estrategia sanológica en el campo de la psiquiatría.

Tomados hasta aquí estos hallazgos y la discusión, la estrategia sanológica impacta positivamente el estilo de vida y por ende la salud en personas con trastorno mental. (Fratiglioni, Marseglia y Dekhtyar (2020) han formulado la hipótesis alrededor que los factores psicosociales y de estilo de vida, así como posiciones socioeconómicas, educación, ocupación, reducción del estrés y participación en actividades mentales, físicas y sociales, proporcionan resiliencia contra la demencia; pero además han considerado que se puede extrapolar a otros trastornos mentales como lo demuestra el actual trabajo. Lawrence, Mollborn y Hummer (2017) mostraron que el estilo de vida optado por la persona afecta el estado de salud, pero también es posible modificar las conductas sanas.

## **Capítulo Seis**

### **VI. Discusión y triangulación**

Los hallazgos de este estudio fueron en gran medida consistentes con la hipótesis planteada. En relación con la importancia del tratamiento integral a las personas con altos puntajes en ansiedad y depresión (Powell, Heslin, & Greenwood, 2002), estos datos indican que se evidencia la necesidad de implementar tratamientos de manera interdisciplinar y multimodal (Liu, Liu, Wang, Wang, Li, Li, 2015) con el respaldo de la psicología humanista y con la intención de fortalecer los logros entre la farmacoterapia, la estrategia sanológica y la salud.

Los resultados alcanzados no solo apoyan la hipótesis planteada, sino que también son consistentes con otros hallazgos recientes. En esa medida, se pudo reconocer que la ansiedad disminuyó la gravedad en las personas, después de participar en la estrategia sanológica. Se han evidenciado resultados parecidos en otras investigaciones y con otro tipo de intervenciones. Colich (2014) trazó su estudio a través del cual logró disminuir la ansiedad en una muestra de personas con trastorno afectivo bipolar; para ello abordó una intervención terapéutica individual por un periodo de siete meses tras los cuales utilizó las pruebas estadísticas.

Estudios como el de Versluis, Verkuil, Spinhoven, Van der Ploeg y Brosschot (2016) presentaron meta análisis logrado a través de revisar otros acercamientos; el de estos investigadores, tomó 33 trabajos tras los cuales se corroboraron pequeños cambios a mediano plazo sobre la gravedad de la ansiedad y la depresión en las intervenciones cortas y rápidas, utilizando teléfono móvil.

La Red Canadiense para Tratamientos del Estado de Ánimo y la Ansiedad y la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (2018) publicó la guía de tratamiento bipolar, donde se propone realizar intervenciones fármaco- terapéuticas acompañadas de intervenciones

psicosociales, evitando recaídas y elevando la calidad de vida individual y familiar (Yatham, Kennedy, Parikh, Schaffer, Bond, Frey, Sharma, Goldstein, Rej, Beaulieu, Alda, MacQueen, Milev, Ravindran, Donovan, McIntosh, Raymond, Vazquez, Kapczinski, McIntyre, 2018).

El enfoque sanológico demostró cambios significativos de ansiedad severa a ansiedad muy baja; efecto que permite pensar en la utilización de este enfoque en personas con trastorno mental. No se encontró un indicador de tiempo preciso para la aplicación de la estrategia con el cual garantizar efectos y logros positivos a mediano y largo plazo.

Los cambios medidos en depresión después de participar en una estrategia sanológica empleando la prueba de Beck pasaron de ansiedad severa a ansiedad muy baja; en la prueba de PHQ9 transitó de necesitar tratamiento a no necesitar tratamiento por depresión. Estos hallazgos se comparten con lo encontrado por Carpenter, Andrews, Witcraft, Powers, Jasper, y Hofmann, (2018) quienes presentaron un meta-análisis alrededor de 41 estudios donde se indica una fuerte evidencia de la efectividad de la terapia cognitivo conductual para reducir la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión, en comparación acogiendo el efecto placebo.

Williams y Mierzwinski-Urban (2017), en una revisión de guías de intervención de terapia cognitiva conductual, corroboraron que éstas disminuyen la gravedad de la depresión. Igualmente, Gunnarsson, Wagman, Hedin y Håkansson (2018) develaron resultados positivos significativos en casi todos los aspectos de las actividades de la vida cotidiana, síntomas psicológicos y aspectos relacionados con la salud debido a la intervención de la terapia ocupacional centrada en las personas en comparación del tratamiento regular de terapia ocupacional en diagnosticados con depresión o trastornos de ansiedad a corto tiempo.

Díaz-Zuluaga et al (2017) concluyeron frente a la depresión, que personas diagnosticadas con TAB I o esquizofrenia a quienes se les ofreció la intervención multimodal, no consiguieron cambios relacionados con variables psicológicas, como los obtenidos con la intervención tradicional. El resultado indicado por Díaz-Zuluaga et al (2017) es contradictorio con lo obtenido en la aplicación de la estrategia sanológica, donde se evidenciaron cambios significativos, razón por lo cual se hace necesario continuar con acercamientos académicos alrededor de esta temática, especialmente en la relación depresión y terapia multimodal, incluida la estrategia sanológica.

La estrategia sanológica incluyó la ruta en salud simultánea a actividades terapéuticas interdisciplinarias a escala individual y grupal en las dimensiones de Actividad física y lúdica, Familiares y amigos, Sueño y estrés, Imagen Interior y Nutrición. Las variaciones positivas logradas en estas áreas se asocian y explican a los cambios en el estilo de vida y afectación en los niveles de gravedad de la ansiedad y la depresión de las personas con trastorno mental subagudo.

Resultados parciales y homólogos del cambio en la gravedad de la ansiedad y la depresión de acuerdo a los estilos de vida y del ejercicio físico, fueron encontrados por Delgado et al (2019) en una revisión sistemática de casi medio centenar de acercamientos científicos con participaciones de diversas poblaciones. Del mismo modo, Saeed, Cunningham y Bloch (2019) determinaron la efectividad del tratamiento de la depresión y la ansiedad mediante el Mindfulness basada en meditación, pero indican la necesidad de usar medicamentos. Aalbers, Fusar-Poli, Freeman, Spreen, Ket, Vink, Maratos, Crawford, Chen y Gold (2017) a través de un meta-análisis de 441 artículos científicos, encontraron evidencia de los efectos beneficiosos a

corto plazo que la musicoterapia proporciona a las personas con depresión, reduciendo en ellas los niveles de ansiedad.

Seabrook, (Stolkiner & Ardila, 2012) Kern y Rickard (2016), en una revisión sistemática de 70 artículos, encontraron interacciones positivas en el apoyo social y la conexión social en los sitios de redes sociales, tales como familia y amigos, relacionadas consistentemente con niveles más bajos de depresión y ansiedad; caso contrario cuando la interacción es negativa, razón por la cual se insiste en incluir a la familia u amigos en la estrategia sanológica.

La estrategia sanológica descrita en este estudio, modificó positivamente el estrés, el cual conlleva al insomnio crónico y dificultades cognitivas, ansiedad, depresión, bajo rendimiento laboral y disminución de la calidad de vida. Trayendo a Colvonen, Straus, Stepnowsky, McCarthy, Goldstein, Norman (2019), y su revisión sistemática sobre intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas en trastornos del sueño, trastorno de estrés post traumático , se corrobora la efectividad de la Terapia Cognitivo conductual aplicada en grupo o de manera individual, hasta en periodos de 18 semanas.

Marx, Moseley, Berk y Jacka (2017), por su parte, igualmente encontraron en su revisión sistemática, una respuesta parcial al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, pero al incluir una dieta alimenticia de calidad se aseguran mejoras en la respuesta a la Terapia Cognitivo conductual.

Tyrer, Evans, Gandhi, Lamont, Harrison-Read y Johnson (1998) concluyeron que el post tratamiento realizado por equipos comunitarios en personas con diagnósticos psiquiátricos así como en aquellas con enfermedades mentales graves se consigue un resultado similar al post tratamiento hospitalario, pero con menos reingresos al hospital, resultado parcialmente contradictorio, pero apoya la búsqueda de nuevas alternativas de programas de intervención

interdisciplinarios en población con trastorno mental en etapa subaguda, y en personas en quienes se pretende disminuir la gravedad de la ansiedad y la depresión.

Estos hallazgos proporcionan evidencia de que la ansiedad y la depresión son trastornos asociados al continuo salud-enfermedad, aunque también se consideran como las dos caras de una única afectación emocional, la positiva y la negativa (Agudelo et al., 2007).

Como pudo haberse reconocido, las implicaciones de los resultados obtenidos en médicos tratantes se relacionan con tener a su disposición un tratamiento de enfoque no farmacológico para tratar la ansiedad y la depresión en personas con trastorno mental en estado subagudo. Los investigadores tienen un campo de trabajo en los temas del tratamiento farmacológico y no farmacológico en ansiedad y depresión acogiendo la estrategia sanológica.

Hasta esta parte del análisis y de la respectiva discusión, la Estrategia sanológica con personas que asisten al “Hospital Día” tuvo un efecto positivo para fortalecer la salud del grupo de trabajo, en las diferentes áreas sanológicas seleccionadas por las personas que asisten a este programa. Al realizar la triangulación de los datos obtenidos a nivel cualitativo y lo reportado a nivel cuantitativo se confirman los datos, y se robustece la hipótesis de mejoría significativa en todas las áreas al realizar este tipo de intervenciones, asumiendo la capacidad volitiva de las personas y el trabajo educativo del sanólogo, trabajo personalizado pero centrado en la autonomía, el respeto a la diferencia y el trabajo en conjunto con la familia, la comunidad y el entorno.

Dado que el análisis de los resultados de la aplicación de la estrategia sanológica, que inicia con la valoración sanoclínica, la toma de la decisión de la persona de seleccionar las áreas para confeccionar una ruta sanológica individual, personalizada y activa, se destaca

que el compromiso en el fortalecimiento de la salud es de la persona; el médico sanólogo solo conforma con la persona las acciones individuales y colectiva.

Al comparar los resultados cualitativos con el índice de calidad de vida en salud, el cual es un concepto multidimensional que incluye el bienestar subjetivo, se resalta que es la capacidad funcional y la realización de actividades sociales las que están relacionadas o afectadas por la presencia de una enfermedad o un tratamiento, en este caso particular, alteraciones mentales (Yang et al., 2017).

La calidad de vida en salud de las personas que asisten al servicio de “Hospital Día” fue medida con el test SF36, previamente validado con población colombiana (Cáceres-Manrique, Parra-Prada, & Pico-Espinosa, 2018), se compone por tres elementos: Primero, la salud General que incluye las limitaciones de roles debido a la salud física, dolor y funcionamiento físico; segundo, la salud mental que contiene funcionamiento social, bienestar emocional y energía o fatiga, y tercero los cambios de salud con respecto al último año.

La valoración de la calidad de vida en salud con el test SF36 aplicado en el presente estudio encontró que en las personas participantes se presentaron cambios positivos después de involucrarse activamente en la estrategia sanológica, teniendo en cuenta que ellas lograron cambios significativos en sus conductas de salud, hábitos alimenticios, ejercicio, relaciones familiares, manejo del estrés y por ello se consideraron sentirse saludables (Sánchez-Piedrahita et al., 2018).

Resultados similares a los expuestos con el presente estudio, pero para diferentes poblaciones y enfermedades se han encontrado (Arias-Torres, 2008). De este modo, se propone que el enfoque sanológico por su característica de promoción de la salud puede ser coadyuvante a la calidad de vida en salud de las poblaciones (Arias-Torres, 2008). A propósito, Pardo y

Núñez (2008) encontraron modificaciones positivas en el estilo de vida de las mujeres adultas jóvenes asociadas a la implementación de una estrategia de sanología.

Los cambios positivos en la calidad de vida en salud para las personas que asisten al servicio de “Hospital Día” fueron explicados por la realización de la estrategia sanológica por un lapso de ocho meses. Resultados similares se lograron en un programa de nueve meses, donde se buscó la evaluación de los impactos en la satisfacción del paciente, la angustia psicológica autoinformada y el estado de salud mental en una sala psiquiátrica (Marcussen et al., 2020). Asimismo, se encontró un programa para pacientes con depresión que mejoraron su estado de salud con una implementación de la estrategia de seis semanas, teniendo en cuenta la fluoxetina y factores asociados a calidad de vida en salud (Yang et al., 2017).

La estrategia sanológica descrita en este trabajo, permitió el cambio en la calidad de vida en salud de las 18 personas con trastorno mental en etapa sub aguda debido a las actividades de autorreflexión, examen de salud basado en la clínica semiológica, la presunción de la Salud y el consenso, construcción y aplicación de las rutas de sanológicas tanto individuales como colectivas.

Las rutas sanológicas son el resultado de procesos dialógicos donde el sanólogo y la persona buscan mejorar la salud focalizándose en las áreas que necesitan ser intervenidas o modificadas para alcanzar la salud; las rutas fueron definidas en este estudio como individuales y colectivas. Las rutas individuales fueron trabajadas de forma interdisciplinar por el sanólogo, el enfermero, la psicóloga, la trabajadora social, la terapeuta ocupacional y los diferentes talleristas junto con la nutricionista; se abordaron las relaciones familiares y la

autopercepción, la adherencia farmacológica, el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas autodestructivas como áreas prioritarias de cambio hacia la mejoría.

En las rutas colectivas se desarrollaron talleres, psicodramas y actividades lúdicas en donde se fortalecieron hábitos saludables en alimentación, actividad física, adecuado uso del tiempo libre y actividades de ocio y esparcimiento. Al final, se realizaron compromisos y acciones para que estas modificaciones fueran comportamientos de vida a largo tiempo, se crearon grupos de ayuda externos en donde terminado el proceso, los participantes pudieran acudir para seguir reforzando sus cambios y pudieran expresar sus nuevos sentimientos, con el ánimo de garantizar la estabilización del cambio hacia una salud mental.

Las personas que participaron en la Estrategia Sanológica en el servicio “Hospital Día” disminuyeron los signos y síntomas de ansiedad y depresión. Estos signos en algunos casos son parte integral o en otros casos efectos colaterales de la enfermedad mental, tales como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos por estrés posttraumático o abuso de Sustancia Psicoactivas (American Psychiatric Publishing, 2014). Se presenta disminución de la ansiedad y depresión, pero siguen presentes; solo disminuyen su frecuencia y gravedad asociado a los trastornos mentales (De Venter, Demyttenaere, & Bruffaerts, 2013).

La Estrategia Sanológica coadyuvó a decrecer significativamente síntomas tales como ansiedad, expresados en inquietud, sensación de estar atrapado, fatigado, dificultad para concentrarse, irritabilidad, problemas de sueño. Igualmente, con los síntomas depresivos como alteración del apetito, insomnio o hipersomnia, sentimiento de fatiga, baja autoestima, dificultades para tomar decisiones, concentración, alteración de la atención, sentimientos de desesperanza que afectan directamente la salud de la persona, asociado a la alteración del

sistema inmunológico y hábitos saludables (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, & Oblitas, 2008). Por lo expresado hasta aquí, aumentan las posibilidades de que las personas interactúen en ambientes sanos que incluyan a la familia, lo social y lo laboral, en consonancia con el entorno.

Los resultados de esta investigación apoyan la idea de que la ansiedad y la depresión son trastornos que están asociadas al continuo salud-enfermedad, aunque también se consideran como las dos caras de una única afectación emocional, la positiva y la negativa (Agudelo et al., 2007). La sanología desde la perspectiva multidimensional, la psicología humanista y la comprensión desde la teoría de la complejidad logra impactar positivamente a las personas con trastornos mentales, que se motivan para asumir hábitos de comportamiento sano, a través de las rutas sanológicas en periodos cercanos a un año, para el logro de las metas propuestas por ellos mismos.

La disminución de los síntomas de la ansiedad y la depresión encontrados se asocia a una limitación de síntomas psicósomáticos (González, Landero, & García-Campayo, 2009), expresados en la posibilidad de poder iniciar procesos de comunicación con el otro, que pueden ser los miembros de su familia, vecinos o incluso, los relacionados con la búsqueda laboral.

Las principales estrategias psicoterapéuticas de afrontamiento a la ansiedad y la depresión tales como farmacoterapia (Huhn, Nikolakopoulou, Schneider-Thoma, Krause, Myrto, Peter, Arndt, Bäckers, Rothe, Cipriani, Salanti, & Leucht, 2019; Cipriani, Furukawa, Salanti, Chaimani, Atkinson, Ogawa, Leucht, Ruhe, Turner, Higgins, Egger, Takeshima, Hayasaka, Imai, Shinohara, Tajika, Loannidis, & Geddes, 2018), programas de ejercicio físico (Andermo, Nguyen, Jonsson, & Petersen, 2020), el área de intervenciones ecológicas (Versluis, Verkuil,

Spinhoven, Van Der Ploeg, & Brosschot, 2016), terapia cognitivo conductual y *Mindfulness* (Moberg, Niles, & Beermann, 2019), así como medicina herbal (Liu et al., 2015), presentan respuestas parciales; sin embargo, la estrategia sanológica en el “Hospital Día” demostró efectos positivos en la salud mental porque disminuyó significativamente síntomas de ansiedad y depresión; se pasó de ansiedad severa a ansiedad muy baja, y de depresión severa a no depresión en las personas valoradas.

Las rutas sanológicas acordadas entre el sanólogo y la persona coadyuvan a fortalecer el compromiso de tener hábitos de salud y por ello se logra la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión. La experiencia clínica observada cuando se aplicó la estrategia sanológica en el programa de “Hospital Día” mostró la disminución de los episodios mixtos de ansiedad y depresión que se expresaban en la búsqueda de nuevas vías de confrontación de sus propios pensamientos y actos automáticos.

Frente a ello, se observó que antes la persona daba por sentado que le estaban envenenando con la comida, al finalizar el periodo de los ocho meses, decidió observar que las otras personas cuando comían no morían, y optó por aceptar así la comida en su casa. En otra persona se encontró que empezó a controlar la comida y a realizar ejercicio físico, porque comprendió que no necesitaba vivir bajo el miedo, ansiedad y depresión por el riesgo de ser abusada sexualmente, sino que decidió buscar mejorar su estado de salud física, lo cual le ayudaba a mejorar el efecto de los medicamentos.

Los psiquiatras que laboran en los servicios de “Hospital Día” cuentan con una herramienta terapéutica: la Sanología (Amable, 2018; Amable, 2016; Amable, 2011); ella permite minimizar la ansiedad y la depresión en las personas que ingresan al programa; pero asumiendo como resultados clínicamente modestos, se considera un enfoque que puede

seguirse profundizando a nivel investigativo, especialmente en relación con la utilidad en aspectos tales como calidad de vida, uso y abusos de medicamentos, disminución de síntomas en cada uno de los diagnósticos de las personas con trastorno mental.

## Capítulo Siete

### VII. Conclusiones

Los resultados de esta investigación destacan el potencial de la sanología como tratamiento complementario para la salud mental. La integración entre las categorías analíticas y los datos cuantitativos permitió un tránsito dialéctico entre el cual y el cuanto, siguiéndole durante ocho meses, la implementación de la estrategia sanológica con personas que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo ubicado en la capital del departamento del Huila, Colombia. Es importante considerar la combinación de los dos enfoques investigativos desde los cuales corroborar los logros de este enfoque como una útil estrategia basada en evidencia para la respuesta a la salud mental.

La autoevaluación del estado de salud antes y después de la implementación de la estrategia sanológica permitió observar la movilidad y fluctuación de la categoría Salud en el rango visión negativa y positiva de la salud. Estos cambios cualitativos, también se evidenciaron en la comparación de medias en test de calidad de vida, SF36; se comprobó con un 95% de confiabilidad de cambios positivos en salud general relacionada con funcionamiento físico, disminución de dolor y cambios en roles por superación de limitaciones físicas.

La comprensión cualitativa de salud, diagnóstico clínico a escala física y mental y el consenso con las rutas sanológicas son consistentes con los resultados cuantitativos; muestran una confiabilidad del 95% los cambios en las medias de mediciones antes y después sobre la variable categórica Calidad de vida medida por el SF36, pruebas de laboratorio en glicemia, colesterol total y triglicéridos, reducción de dosis y medicamentos usados habitualmente en psiquiatría, y cambios de hábitos y conceptos de salud medidos mediante el cuestionario Fantástico.

Asimismo, se evidenciaron cambios significativos en el área emocional en relación a presentar mayor vitalidad, menor fatiga, bienestar emocional, funcionamiento social y cambios significativos entre el inicio del periodo observado, y el final. Pero como se enunció, se continúa en una movilidad entre vivencia de la salud desde la arista positiva y la negativa ; desde luego, identificar estas prácticas es solo un primer paso para mejorar la calidad de la atención en psiquiatría.

El enfoque sanológico o presunción de salud, en el examen físico mostró alteraciones significativas en tensión arterial, índice de masa corporal, pruebas de laboratorio de glicemia, colesterol total y triglicéridos, donde se observaron cambios significativos hacia la mejoría en las personas con trastorno mental después de la implementación de la estrategia sanológica; el rango de confiabilidad fue del 95% en las dimensiones positiva y negativa.

En el examen mental se encontraron los diagnósticos de esquizofrenia paranoide, trastorno afectivo bipolar y depresión acompañado con síntomas de ansiedad y depresión. Los datos cuantitativos indican la reducción en medicamento o dosis utilizado por cada uno de las personas; al igual que en los resultados obtenidos con los test de ansiedad y depresión de Beck, donde se indica un 95% de confiabilidad, existe diferencia significativa en la media de la muestra.

Las rutas sanológicas consensuadas por las personas con enfermedad mental y la sanóloga incluyeron el trabajo con factores como familia y amigos, sueños y estrés, imagen interior, nutrición, personalidad y actividad física. En el análisis del test Fantástico para comparar medias con un 95% de confiabilidad antes y después de la implementación de la estrategia sanológica con personas que asisten al “Hospital Día”, encontrándose cambios

significativos en las áreas familiares y amigos, sueño y estrés, imagen interior, tipo de personalidad y actividad física.

Las personas con alteraciones mentales que asisten al “Hospital Día” del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo después de participar libre y activamente en una Estrategia sanológica fortalecieron su capacidad física y mental; disminuyeron la sensación de ansiedad y depresión y fortalecieron la calidad de vida que le permite tener la posibilidad de reintegrarse a las áreas familiar, social y laboral.

Así, la sanología se muestra como un área prometedora para el futuro la investigación psiquiátrica en caso de tratamiento para personas con enfermedad mental en etapa no aguda. A pesar de estos resultados y sus desafíos, existe un imperativo a seguir profundizando en trabajos futuros, especialmente alrededor de la utilidad de la sanología sobre factores como calidad de vida, uso y abusos de medicamentos, y disminución de síntomas en cada una de las personas diagnosticadas con trastorno mental, recomendando observar su impacto a mediano y largo plazo.

## **Capítulo Ocho**

### **VIII. Recomendaciones y Limitaciones**

Si bien, el número de estudios alrededor de las estrategias en salud mental viene en aumento, puede considerarse que esta es un área de creciente interés. En ese sentido, el análisis más extenso del enfoque sanológico consensuado permitirá una mejor comprensión de las formas de practicar intervención con personas que presentan alteraciones mentales y conseguir cambios en el estado y comportamientos de salud. Este apartado se permite dejar expreso como recomendaciones, tres acciones:

- Continuar con los acercamientos investigativos sistemáticos y de corte mixto, en poblaciones que se ubiquen en alguna tipología del trastorno; trastorno que puede oscilar entre la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la depresión y la ansiedad.
- Considerar posibles acercamientos investigativos en torno a la calidad de vida en salud desde la promoción, el diseño, ejecución y valoración de intervenciones y políticas públicas en salud.
- Sugerir la estrategia sanológica en campos diferentes a la psiquiatría, en razón a que la sanología puede conseguir resultados en otras disciplinas en donde la práctica del humanismo es un compromiso inherente, apoyando factores asociados al estilo de vida de diversos grupos poblacionales.

Siendo conscientes de las limitaciones presentadas en este estudio en relación al número de personas que compusieron la muestra, donde su rango impedía abordar sobre ella las dos facetas de la metodología mixta en función de la tipología del trastorno (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión), sí se recomienda a los investigadores, diseñar estudios futuros de corte mixto, pero sosteniendo un universo y actores poblacionales que permitan segmentar a los participantes según esta variable.

## Referencias

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R., Spreen, M., Ket, J., Vink, A., . . . Gold, C. (2017). Music Therapy for Depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*.  
doi:10.1002/14651858.CD004517.pub3
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud mental*, *30*(2), 33-41.
- Agüero, M., & Correa, G. (2018). Salud mental y ciudadanía: Una aproximación genealógica. *Revista de Historia de la Psicología*, *39*(1), 40-46.
- Alazraqui, H. (2017). Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica de UCES*, *22*(2), 32-47. Obtenido de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/43>
- 33
- Aldereguia, J. (2010). *Sanología, Paradigma alternativo. 1st ed.* La Habana: Universidad de La Habana. Obtenido de <https://www.yumpu.com/es/document/view/15986001/sanologia- universidad-de-la-habana>
- Aldereguía, J., Núñez, J., & Fernández, F. (1995). Marco conceptual. En J. Aldereguía, J. Núñez, & F. Fernández, *Salud, Mujer y Desarrollo* (pág. 14). La Habana: Ciencias Médicas.
- Altemeyer, B., & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, religious fundamentalism, quest, and prejudice. *The international journal for the psychology of religion*, *2*(2), 113-133.
- Álvarez-Icaza, D., & Medina-Mora, M. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017

en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Álvarez-Icaza, D., & Medina-Mora, M. E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de Salud pública de México, 60, 52-58.*

Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Koval, P., Rice, S., Cagliarini, D., Valentine, L., . . .

Herrman, H. (2019). HORYZONS Trial: Protocol for a Randomised Controlled Trial of a Moderated Online Social Therapy to Maintain Treatment Effects from First-Episode Psychosis Services. *BMJ Open 9(2):e024104*. doi:BMJ Open 9(2):e024104.  
doi:

10.1136/bmjopen-2018-024104

Amable, Z. (2011). El enfoque sanológico: Nuevo pensar y accionar en salud. En *Aspectos Sociales de la vinculación entre la academia y la sociedad* (págs. 10-11).

Amable, Z. (2016). Sanología Pensamiento y Acción. *I Jornada internacional sobre complejidad, bioética y sanología* (pág. 19). Neiva, Huila. Colombia: Universidad Surcolombiana.

Amable, Z. (2018). Sanología: Expresión del saber bioético en salud. *Bioética*, 12-14.

American Psychiatric Publishing. (2014). *Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos*.

Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM-5. Washinton.

Andermo, S., Nguyen, T., Jonsson, S., & Petersen, S. (2020). School-Related Physical Activity Interventions and Mental Health among Children : A Systematic Review and Meta- Analysis. *Sports Medicine, 6(25)*. doi:10.1186/s40798-020-00254-x

Andersén, Å., L. K., Lytsy, P., Berglund, E., Kristiansson, P., & Anderzén, I. (2018).

Strengthened general self-efficacy with Multidisciplinary vocational rehabilitation in women on long-term sick leave: a randomised controlled trial. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(4), 691-700.

Aparecida, S., Ferreira, A., & Ferreira, J. (2010). Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Re-Hospitalizations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(4), 800–808.

Arango-Dávila, C., Fernández, J., & 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.

Ardon, N., & Cubillos, A. (2012). La Salud Mental: Una Mirada Desde Su evolución En La Normatividad Colombiana: 1960-2012. *Gerenc. Políticas Salud*, 11(23), 12-38.

Arias-Torres, D. (2008). *Estrategia de Intervención En Promoción de Salud En Neiva, Huila- Colombia*. La Habana: Universidad de La Habana.

Asamblea Mundial de la Salud. (2016). arco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. *Organización Mundial de la Salud.*, Informe de la Secretaría (No. A69/39).

Aschbrenner, K., Naslund, J., Gorin, A., Mueser, K., Scherer, E., Viron, M., . . . Bartels, S. (2018). Peer Support and Mobile Health Technology Targeting Obesity-Related Cardiovascular Risk in Young Adults with Serious Mental Illness: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Contemp Clin Trials*, 74, 97–106. doi:10.1016/j.cct.2018.10.005

Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. (2017). Community-Based Psychosocial Interventions for People with Schizophrenia in Low and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–15. doi:10.1186/s12888-017-

- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Centro de Documentación en Bioética
2013. Obtenido de <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Bauer, I., Gálvez, J., Hamilton, J., Balanzá-Martínez, V., Zunta-Soares, G., Soares, J., & Meyer, T. (2016). Lifestyle interventions targeting dietary habits and exercise in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of psychiatric research*, 74, 1-7. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.12.006
- Bautista-Rodríguez, L., E, P.-C., Arias-Torres, K., K., P.-O., K., A.-M., M., V.-C., & Y., H.-P. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Ciencia y Cuidado*, 12(1), 105-118.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. Psychological Assessment. *Psychological Assessment*. doi:<https://doi.org/10.1037/t00742-000>

- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13.
- Berardelli, I., Corigliano, V., Hawkins, M., Comparelli, A., Erbuto, D., & Pompili, M. (2018). Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1–10. doi:10.3389/fpsyt.2018.00567
- Betancurth-Loaiza, D., Vélez-Álvarez, C., & Vargas, L. (2015). Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantastico por técnica Delphi. *Salud Uninorte*, 31(2).
- Bister, M. (2018). The concept of chronicity in action: everyday classification practices and the shaping of mental health care. *Sociology of health & illness*, 40(1), 38-52. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12623>
- Brannen, J. (2015). Mixing methods: The entry of qualitative and quantitative approaches into the research process. *International journal of social research methodology*, 8(3), 173-184.
- Brendbekken, R., Harris, A., Ursin, H., Eriksen, H., & Tangen, T. (2016). Multidisciplinary intervention in patients with musculoskeletal pain: a randomized clinical trial. *International journal of behavioral medicine*, 23(1), 1-11. doi:10.1007/s12529-015-9486- y
- Brinkmann, S. (2017). Humanism after posthumanism: or qualitative psychology after the “posts”. *Qualitative Research in Psychology*, 14(2), 109-130.
- Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M., García, J., Montón, C., & Tizón, J. (2018).  
Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización

PAPPS 2018. *Atención primaria*, 50(Suppl 1), 83-108. doi:10.1016/S0212-6567(18)30364-0

Bylund, C., Peterson, E., & Cameron, K. (2012). Patient Education and Counseling A Practitioner ' s Guide to Interpersonal Communication Theory : An Overview and Exploration of Selected Theories. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 261-267. doi:10.1016/j.pec.2011.10.006

Cabrera, E., & Charry, S. (2019). I Jornada Internacional: Complejidad, Bioética y Sanología. *Revista Proyección Social*, 3(1), 33-39.

Cáceres-Manrique, F., Parra-Prada, L., & Pico-Espinosa, O. (2018). Calidad de Vida Relacionada Con La Salud En Población General de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 147.154. doi:10.15446/rsap.v20n2.4339

Caldas, J. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Psiquiatría del Uruguay*, 111-116.

Camacho-Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review with Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 98–109. doi:10.1093/schbul/sbz038

Cardona, J., Castañeda, A., & Cardona, D. (2018). Calidad de vida y sintomatología depresiva en mujeres adolescentes vulnerables. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(3), 563-580. doi:http://hdl.handle.net/20.500.12494/4531

- Cardona, Y., Ardila, W., Cañas, D., & Vasquez, D. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsicología*, *12*(2), 8- 13. doi:10.5839/rcnp.2017.12.02.02
- Carmona, E., Grande, I., & Blasco, T. (1988). Relación entre actividad física y depresión: un estudio piloto. *Apunts. Educación física y deportes*, *4*(14), 17-18.
- Carpenter, J., Andrews, L., Witcraft, S., Powers, M., Jasper, A., & Hofmann, S. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Related Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *Depress Anxiety*, *35*(6), 502–514. doi:10.1002/da.22728
- Carr, V., Oranu, R., & Khungar, A. (2016). 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiol Behav*, *176*(1), 139–148.
- Charry, S., & Cabrera, E. (2020). Promoción del autocuidado de la salud en estudiantes universitarios. *Revista Proyección Social*, *4*(1), 54-62.
- Chaskel, R., Gaviria, S., Espinel, Z., Taborda, E., Vanegas, R., & Shultz, J. (2015). Mental health in Colombia. *BJPsych international*, *12*(4), 95-97.
- Chow, W., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*, *13*(1), 1-14.
- Chow, W., & Priebe, S. (2013). Understanding Psychiatric Institutionalization: A Conceptual Review. *BMC Psychiatry*, 2-14. doi:https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169
- Cipriani, A., Furukawa, T., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L., Ogawa, Y., . . . Geddes, J. (2018). Comparative Efficacy and Acceptability of 21 Antidepressant Drugs for the Acute Treatment of Adults with Major Depressive Disorder: A Systematic Review and

Network Meta-Analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7

Colich, D. (2014). *Plan psicoterapéutico para disminuir la ansiedad asociada en el trastorno bipolar por medio del modelo integrativo focalizado en la personalidad*. Universidad del Azuay.

Colvonen, P., Straus, L., Stepnowsky, C., McCarthy, M., Goldstein, L., & Norman, S. (2019). Recent advancements in treating sleep disorders in co-occurring PTSD. *Current psychiatry reports*, 20(7), 1-13. doi:10.1007/s11920-018-0916-9

Comas-Diaz, L. (2012). Humanism and multiculturalism: An evolutionary alliance. *Psychotherapy*, 49(4), 437.

Congreso de la República de Colombia. (23 de 12 de 1993). *Ley 100 Del 93*. doi:doi:10.1017/CBO9781107415324.004.

Correa-Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., & Hernáez, Á. (2006). La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*(22), 47-69.

Crettenden, A., Lam, J., & Denson, L. (2017). Grandparent Support of Mothers Caring for a Child with a Disability: Impacts for Maternal Mental Health. *Research in Developmental Disabilities*, 76, 35–45. doi:10.1016/j.ridd.2018.02.0

Croot, L., Rimmer, M., Salway, S., Hatton, C., Dowse, E., Lavin, J., . . . Cathain, A. (2018).

Adjusting a Mainstream Weight Management Intervention for People with Intellectual Disabilities: A User Centred Approach 11 Medical and Health Sciences

1117 Public Health and Health Services. *International Journal for Equity in Health* 17(1):1–12. doi: 10.1186/s12939-018-0871-4, 17(1), 1–12. doi:10.1186/s12939-018-0871-4

Cruz, E., Cárdenas, M., Escobar, M., & González, A. (2010). *Regulación ética en investigación con seres humanos en Colombia*. Iniciativa Panamericana en Bioética (PABI), proyecto financiado por el grant 1R25TW008186-01 del Centro Internacional Fogarty, Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América.

Curth, N., Brinck-Claussen, U., Davidsen, A., Lau, M., Lundsteen, M., Mikkelsen, J., . . . Eplöv, L. (2017). Collaborative care for panic disorder, generalised anxiety disorder and social phobia in general practice: study protocol protocol for three cluster-randomised, superiority trials. *Trials*, 18, 382. doi:10.1186/s13063-017-2120-3

De Jaime, E., Vásquez, O., Rodríguez, M., Sevilla, E., Burcet, S., Huarte-Mendicoa, A., & Miralles, R. (2013). De Jaime, E., Vazquez, O., Rodriguez, M. L., Sevilla, E., Burcet, S., Huarte-MeGeriatric day hospital improves quality of life: a before and after study. *European Geriatric Medicine*, 4(5), De Jaime, E., Vazquez, O., Rodriguez, M. L., Sevilla, E., Burcet, S., Huarte-Mendicoa, A., ... & Miralles, R. (2013). Geriatric day ho304-309. doi:https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.06.004

De Venter, M., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2013). Het Verband Tussen Traumatische Gebeurtenissen in de Kindertijd En Angst , Depressie En Middelenmisbruik in de Volwassenheid ; Een Systematisch Literatuuroverzicht. *Tijdschr Psychiatr*, 55, 259–268. doi:10.2174/1570159x1304150831122734

Deenik, J., Czosnek, L., Teasdale, S., Stubbs, B., Firth, J., Schuch, F., . . . Rosenbaum, S. (2021).

From Impact Factors to Real Impact: Translating Evidence on Lifestyle Interventions into Routine Mental Health Care. *Translational Behavioral Medicine*, 10(4), 1070–1073. doi:10.1093/tbm/ibz067

Delgado, C., Rincón, L., Mateus, E., & Villamil, W. (2019). Efectos del ejercicio físico sobre la depresión y la ansiedad. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 18(2), 128-145. doi:https://doi.org/10.30788/RevColReh.v18.n2.2019.389

Devoe, D., Farris, M., Townes, P., & Addington, J. (2020). Interventions and Transition in Youth at Risk of Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 8(3). doi:https://doi.org/10.4088/JCP.17r1205

Díaz-Coronado, J., Rodríguez-Aroza, D., Quintero-Betancur, M., Soto-Osorio, M., & Pineda-Tamayo, R. (2018). Follow up to a multipurpose hospital day care model in Medellin city. *Díaz-Coronado, J. C., Rodríguez-Ariza, D. E., Quintero-Betancur, M., Soto-Osorio, M.*

*C., & Pineda-Tamayo, R. (2018). CES Medicina*, 32(2), 107-115. doi:https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.4

Díaz-Zuluaga, A., Vargas, C., Duica, K., Richard, S., Palacio, J., Berruecos, Y., . . . López-Jaramillo, C. (2017). Efecto de una intervención multimodal en el perfil psicológico de pacientes con Esquizofrenia y TAB tipo I: Estudio del Programa PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 56-64. doi:https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.003

- Doyle, L., Brady, A., & Byrne, G. (2009). An overview of mixed methods research. *Journal of research in nursing*, 14(2), 175-185.  
doi:<https://doi.org/10.1177/1744987108093962>
- Eikelmann, B. (2010). Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 81(3), 355-365.
- El Tiempo. (23 de 02 de 2017). La depresión es un mal que crece en el mundo. (R. E. Tiempo, Ed.) *El Tiempo*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16826965>
- Escalante, C. (2016). *Escalante Hernández, C. A. (2016). Propuesta para mejora de la atención al paciente, en medicina general: Centro Médico San Jorge (Tesis de maestría)*. Quito: Universidad de las Américas.
- Färber, F., & Rosendahl, J. (2018). The association between resilience and mental health in the somatically ill: a systematic review and meta-analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(38), 621. doi:10.3238/arztebl.2018.0621
- Fernández, B. (2009). Interfase epistemológica entre salud y reproducción social. *Latin American Social Medicine at UNM Digital Repository*. Obtenido de [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_cucs\\_es/](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/)
- Ferszt, G. G., J., R., Miller, J., E., J., Hickey, E., Maull, F., & Crisp, K. (2015). “The Impact of a Mindfulness Based Program on Perceived Stress, Anxiety, Depression and Sleep of Incarcerated Women. *International Journal of Environmental Research* .
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R., Vancampfort, D., Schuch, F., Hoare, E., . . . Stubbs, B. (2020).

A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19, 360–380. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.12.006

Flores, L., Lehan, T., Segura, M., Olivera, S., & Arango-Lasprilla, J. (2015). Pilot study of a newly developed intervention for families facing serious injury. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 22(1), 49-59. doi:https://doi.org/10.1310/sci2201-49

Fratiglioni, L., Marseglia, A., & Dekhtyar, S. (2020). Ageing without Dementia: Can Stimulating Psychosocial and Lifestyle Experiences Make a Difference? *The Lancet Neurology*, 19(6), 533-543. doi:10.1016/S1474-4422(20)30039-9

Frías, M., Fortuny, J., Guzmán, S., Santamaría, P., Martínez, M., & Pérez, V. (2018). Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. *Enfermería Clínica*, 28(2), 111-117. doi:https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.05.007

Friedman, R., Alfonso, C., & Downey, J. (2015). Psychodynamic Psychiatry and Psychoanalysis: Two Different Models. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(4), 513-522. doi:https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.4.513

Gadais, T., Boulanger, M., Trudeau, F., & Rivard, M. (2018). Environments Favorable to Healthy Lifestyles: A Systematic Review of Initiatives in Canada. *Journal of Sport and Health Science*, 7(1), 7–18. doi:10.1016/j.jshs.2017.09.005

Garcés, L., & Giraldo, C. (2014). Metodología para la deliberación en el modelo bioético personalista con fundamentación en la virtud. *Revista Lasallista de Investigación*, 1. doi:https://doi.org/10.22507/rli.v11n1a23

- Garrido, G., Montero, N., & Amable, Z. (2017). Método Clínico: Crisis y reflexiones desde el saber sanológico. *In Cuba Salud*.
- Gentili, P. (2011). *Pedagogía de la igualdad: Ensayos contra la educación excluyente*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J., Silva, G., & Corredeira, R. (2016). Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(2), 157-160. doi:10.1590/1516-4446-2015-1709
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo, N., Ayala, C., Carrasco, A., Padilla, A., Garzón, D., . . . Ahunca, L. (2014). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. *Repositorio Institucional - Pontificia Universidad Javeriana*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10554/49055>
- González, M., Landero, R., & García-Campayo, R. (2009). Relación Entre La Depresión, La Ansiedad y Los Síntomas Psicosomáticos En Una Muestra de Estudiantes Universitarios Del Norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 141-145. doi:10.1590/s1020-49892009000200007
- Goyal, M., & Singh, S. (s/f). Introducción - Programas de Meditación Para El Estrés Psicológico y El Bienestar. *Biblioteca NCBI*, 124.
- Grajales, O., & Villalobos, S. (2018). Estilo de Vida e Influencia En El Desorden Alimenticio Un Estudio de Caso En El Municipio de Malpaso, Chiapas, México. *RICSH Revista Iberoamericana de Las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 6(12), 317-350. doi:10.23913/ricsh.v6i12.136

- Gunnarsson, A., Wagman, P., Hedin, K., & Håkansson, C. (2018). Treatment of depression and/or anxiety—outcomes of a randomised controlled trial of the tree theme method® versus regular occupational therapy. *BMC psychology*, 6(1), 1-10.  
doi:10.1186/s40359-018-0237-0
- Gutiérrez, H., D., Y., Peraza, D., Santos, Y., Rivera, E., & Bello, R. (2017). Enfoque bioético a fomentar durante la especialización en Psiquiatría. *Revista Educación Médica del Centro*, 9(4), 81-97.
- Hernández, N., Moreno, C., & Barragán, J. (2014). Necesidades de cuidado de la diáda cuidador- persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista Cuidarte*, 5(2), 748-756. doi:10.15649/cuidarte.v5i2.87
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2008). El matrimonio cuantitativo cualitativo: el paradigma mixto. *6º Congreso de Investigación en Sexología. Congreso efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología*. Villahermosa, Tabasco, México: AC y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGrawHill.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Horne, S., Hay, K., Watson, S., & Anderson, K. (2018). An evaluation of sleep disturbance on in- patient psychiatric units in the UK. *BJPsych bulletin*, 42(5), 193-197.
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S., Gaccione, P., & Frank, R. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957–1997). *American Journal of Psychiatry*, 158(5), Horvitz-Lennon, M.,

Normand, S. L. T., Gaccione, P., & Frank, R. G. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a syst676-68.

doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.676>

Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Myrto, S., Peter, N., . . .

Leucht, S. (2019). Comparative Efficacy and Tolerability of 32 Oral Antipsychotics for the Acute Treatment of Adults with Multi-Episode Schizophrenia: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *The Lancet*, *394*(10202), 939–951.

doi:10.1016/S0140-6736(19)31135-3

Jongen, P., Heerings, M., Ruimschotel, R., Hussaarts, A., Evers, S., Duyverman, L., . . .

Visser, L. (2016). An intensive social cognitive program (can do treatment) in people with relapsing remitting multiple sclerosis and low disability: a randomized controlled trial protocol. *BMC neurology*, *16*, 1-9.

Kallert, T., Glöckner, M., Priebe, S., Briscoe, J., Rymaszewska, J., Adamowski, T., . . .

Schützwahl, M. (2004). A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *39*(10), 777-788.

Kallert, T., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., . . . Schützwahl,

M. (2007). Are Day Hospitals Effective for Acutely Ill Psychiatric Patients? A European Multicenter Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(2),

278–287.

Karpov, B., Joffe, G., Aaltonen, K., Suvisaari, J., Baryshnikov, I., Koivisto, M., . . . Isometsä,

E. (2017). Psychoactive substance use in specialized psychiatric care patients. *The*

*International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52((4-6)), 399-415.

doi:10.1177/0091217417738937

Khalangot, M. (2017). Recenzie. Sanocreatology or some new approaches for public health?

*Khalangot, M. (2017). Recenzie. SanocreatoBuletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științele vieții*, 333(3), 183-184.

Kohn, R., Levav, I., Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., . . . Benedetto, S. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-14.

Lawrence, E., Mollborn, S., & Hummer, R. (2017). Health Lifestyles across the Transition to Adulthood: Implications for Health. *Social Science and Medicine*, 193, 23-32.

doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.041

Libreros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 622-628.

Lisiecka-Biełanowicz, M., Biechowska, D., & Cianciara, D. (2013). Functioning of the Various Forms of Mental Health Care in Poland in the Years 2010-2013. Organizational, Economic and Financial Analysis. *Psychiatria Polska*, 52(1), 143–156. doi:10.12740/PP/68147

Liu, L., Liu, C., Wang, Y., Wang, P., Li, Y., & Li, B. (2015). Herbal medicine for anxiety, depression and insomnia. *Current neuropharmacology*, 13(4), 481-493.

López, P., Madrona-Marcos, F. P.-R., Carbayo-Herencia, J., Rosich, N., Tarraga-Marcos, L., Castell, E., & Alins, J. (2020). Evaluation of a motivational intervention of

physical activity program in the treatment of obesity and overweight. *Hipertension y riesgo vascular*, 37(1), 11-16. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2019.05.003>

Lugo, L., García, H., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.

Mainetti, J. (1947). Código De Núremberg. *Ética médica*, 1, 2.

Maldonado-Mera, B., Espinosa, K., & Cabrera, J. (2017). Análisis dimensional del concepto de estrategia. *Revista Ciencia UNEMI*, 10(25), 25-35.

Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Estudios experimentales 2 parte: estudios cuasi- experimentales. *International Journal of Morphology*, 33(1), 382-387. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022015000100060>

Mar, J., García, M., Cabasés, J., Puig, V., & Alonso, J. (2020). Los retos actuales de la salud mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit. 2020; 34 Suppl 1*, 1-2.

Marcussen, M., Nørgaard, B., Borgnakke, K., & Arnfred, S. (2020). Improved patient-reported outcomes after interprofessional training in mental health: a nonrandomized intervention study. *BMC psychiatry*(20), 1-9. doi:10.1186/s12888-020-02616-x

Marshall, M., Crowther, R., Hurt, W., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day Hospital versus Admission for Acute Psychiatric Disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12). doi:10.1002/14651858.cd004026.pub2.

Martínez, C. (2012). *Bencardino, C. M. (2012). Estadística y muestreo* (Décima tercera edición. ed.). Bogotá D.C.: Ecoe ediciones.

- Martínez, M., Aragoza, G., Martínez, C., Gobbo, M., & García-Vicuña, R. (2018). Barriers to and Facilitators of Implementing Quality Standards in Hospital Day Care Units in Rheumatology: Qualitative Approach to the VALORA Study. *Reumatología Clínica, 14*(4), 196-201. doi:<https://doi.org/10.1016/j.reumae.2016.12.005>
- Martínez-Mejía, V., Quiroga, M., Martínez, G., & Aguiar, E. (2017). Determinantes sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del Hospital Civil de Tepic. *Revista Salud Pública y Nutrición, 16*(1), 16-22.
- Marx, W., Moseley, G., Berk, M., & Jacka, F. (2017). Nutritional psychiatry: the present state of the evidence. *Proceedings of the Nutrition Society, 76*(4), 427-436.  
doi:10.1017/S0029665117002026
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes Revoluciones Terapia Familiar Crítica*. México: E-libro Red Américas.
- Melo, M., Aguiar, C., De Francesco, E., Daher, S., Castor, G., Albuquerque, C., & Sales De Bruin, M. (2016). Exercise in Bipolar Patients: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders, 190*, 32-38. doi:10.1016/j.jad.2016.08.020
- Mendoza, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista colombiana de psiquiatría, 36*(2), 307-319.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolucion 2378 De 2008: Por La Cual Se Adoptan Las Buenas Prácticas Clínicas Para Las Instituciones que conducen Investigación con medicamentos en seres humanos*. 1-93: junio 27 de 2008.
- Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social,

fundación FES-Social. Lineamientos de política de salud mental para Colombia.

Editado por Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. Colombia. 2003.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de salud mental, Conducta suicida*.

Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

MinSalud. (03 de 2018). *Análisis de indicadores de salud mental por territorio*. Obtenido de

Boletín de salud mental No. 5:

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

Moberg, C., Niles, A., & Beermann, D. (2019). Guided Self-Help Works: Randomized Waitlist Controlled Trial of Pacifica, a Mobile App Integrating Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness for Stress, Anxiety, and Depression. *J Med Internet Res*, 21(6), e12556. doi:10.2196/12556

Moberg, C., Niles, A., & Beermann, D. (2019). Guided Self-Help Works: Randomized Waitlist Controlled Trial of Pacifica, a Mobile App Integrating Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness for Stress, Anxiety, and Depression. *Journal of Medical Internet Research*, 21(6), e12556. doi:10.2196/12556

Moica, C. (2012). *Administración de servicios de salud mental en Colombia / Management of mental health services in Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.

Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10439>

Molina, J. (2020). Trabajo y salud mental en tiempos de pandemia. *Realidad Empresarial*, 9, 52- 55. doi:<https://doi.org/10.5377/reuca.v0i9.10071>

- Montenegro, A. (24 de 02 de 2017). *El Tiempo*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>
- Moorhead, S., Swanson, E., Jphnson, M., & Maas, M. (. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Barcelona, España: Elsevier.
- Morales, L. (2003). Los Pacientes Psiquiátricos En La Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social En Salud). *Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento N° 1 XXXII*, 13–20.
- Moya-Albiol, L., & Ruiz-Robledillo, N. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción, 1*, 22-30.
- Moyano-Moyano, M., & Colich-Moscoso, D. (2014). *Plan psicoterapéutico para disminuir la ansiedad asociada en el trastorno bipolar por medio del modelo integrativo focalizado en la personalidad (Master's thesis)*. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay.
- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción Del Concepto de Salud Mental Positiva: Revisión Sistemática. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health, 39(3)*, 166–73.
- Nebhinani, N., & Kuppili, P. (2018). Young People and Mental Health in a Changing World. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 14(4)*, 1–14.
- Nieminen, I., & Kaunonen, M. (2019). Mental health service users' experiences of an education intervention based on a European Union project: A comparison between nine European countries. *International journal of mental health nursing, 28(1)*, 128-139.

OPS, OMS. (2016). *Guía de Entornos y Estilos de Vida Saludables de la Comunidad Lenca del Municipio de Yamaranguila, Departamento de Intibucá*. Obtenido de

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2020). *Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/>

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2013). Atlas de Salud Mental 2014. 53(9). doi:doi: 10.1017/CBO9781107415324.004

Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). *Cuidar nuestra salud mental*. Obtenido de ([https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/))

Organización Mundial de la Salud, O. (2004). Invertir En: Salud Mental. doi:doi 10.17711/SM.0185-3325.2015.052.Sup11

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2020). Obtenido de <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smmaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>

Orozco, L. (2012). Teoría de enfermería desde la sanología. *Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012*.

Osma-Zambrano, S., Lozano-Osma, M., & Mojica-Perilla, M. (s.f.). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*, 22(2), 171-185. doi:10.29375/0123-7047.3586

- Ostinelli, E., Brooke-Powney, M., Li, X., & Adams, C. (2017). Haloperidol for Psychosis- Induced Aggression or Agitation. *Cochrane Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD009377.pub3
- Ostinelli, E., Hussein, M., Ahmed, U., Rehman, F., Miramontes, K., & Adams, C. (2019). Risperidone for Psychosis-Induced Aggression or Agitation. *Issues in Mental Health Nursing, 40*(11), 988–989. doi:10.1080/01612840.2019.1630535
- Palacio, C. (2018). Mental health situation in Colombia/Situación de salud mental en Colombia. *International Journal of Psychological Research. International Journal of Psychological Research, 11*(2), 6-8.
- Panagioti, M., Bower, P., Kontopantelis, E., Lovell, K., Gilbody, S., Waheed, W., . . . al., e. (2016). Association between chronic physical conditions and the effectiveness of collaborative care for depression: an individual participant data meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 73*(9), 978–89. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1794
- Parales-Quenza, C., Urrego-Mendoza, Z., & Herazo-Acevedo, E. (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). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ilpn>
- Pardo-Torres, M., & Núñez, N. (2007). La comprensión de la salud: punto de partida del enfoque sanológico en la promoción de la salud de la mujer adulta joven. *Avances en Enfermería, 25*(2), 36-49.

- Pardo-Torres, M., & Núñez-Gómez, N. (2007). La comprensión de la salud: punto de partida del enfoque sanológico en la promoción de la salud de la mujer adulta joven. *Avances en enfermería. Universidad Nacional de Colombia*, 36-49.
- Pardo-Torres, M., & Núñez-Gómez, N. (2008). Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. *Aquichan*, 8(2), 266-284.
- Pedersen, P., & Kolstad, A. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation-changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *International journal of mental health systems*, 3(1), 1-20.
- Pessoa, J., De Medeiros, V., & Nunez, F. (2011). Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercursões na atenção à saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(3), 578-584. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v10i3.13071
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma psicológica*, 15(1), 43-63.
- Piqueras-Rodríguez, J., Martínez-González, A., Ramos-Linares, V., Rivero-Burón, R., García- López, L., & Oblitas-Guadalupe, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicol*, 15(1), 43-74. doi:ID: lil-494446
- Potesa, A., Souzaa, G., Nikolitch, K., Penheiro, R., Moussa, Y., Jarvis, E., . . . Rej, S. (2018). Mindfulness in severe and persistent mental illness: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 253-261. doi:10.1080/13651501.2018.1433857

- Powell, J., Heslin, J., & Greenwood, R. (2002). Community Based Rehabilitation after Severe Traumatic Brain Injury: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 72(2), 193–202.  
doi:10.1136/jnnp.72.2.193
- Pozas, P. B., Zimmermann, P., Da Silva, A., Macagnan, F., Pandolfo, A., & Da Silva, M. (2017). Lifestyle intervention on metabolic syndrome and its impact on quality of life: A randomized controlled trial. *Arquivos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 108(1), 60-69. doi:<https://doi.org/10.5935/abc.20160186>
- Puentes, A., Puentes, D., Puentes, E., & Chávez, E. (2018). Objetividad en la triangulación del diagnóstico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 109-115.
- Quijano, M., Aponte, M., & Salazar, C. (2008). Cambios cognoscitivos en la enfermedad mental de pacientes que asisten al Programa de Hospital Día del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(1), 113-121.
- Ramírez, S., & Colina, S. (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central. *Revista Med*, 17(1), 26-33.
- Ramírez-Vélez, R., & Agredo, R. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento " Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Revista de salud pública*, 14(2), 226-237.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. (1998). *Resolución N° 2358 DE 1998*. (D. O. 43338(43):61, Ed.)
- Reyes, P. (2015). *Estrategia Para La Promoción Del Autocuidado de La Salud En Estudiantes de*

- Medicina: Universidad Surcolombiana 2010 - 2011*. Escuela Nacional de Salud Pública. Reyes, R. (2015). Introducción general al pensamiento complejo desde los planteamiento de Edgar Morín. *Pontifica Universidad Javeriana*.
- Rodríguez-Mesa, R. (2016). *Psicoterapia de grandes grupo Origen y Desarrollo En Cuba*. La Habana: Primera. edited by E. C.- Técnica.
- Rodríguez, A., & Antolín, L. (2020). Estigma social hacia la enfermedad mental: factores relacionados y propiedades psicométricas del Cuestionario de Atribuciones- revisado. *Universitas Psychologica, 19*, 1-13.
- Rodríguez, Á., & Rihuete, I. (2009). Valoración de La Sobrecarga Del Cuidador Principal. 5.
- Rodríguez, J., Zas, V., Silva, E., Sanchoyerto, R., & Cervantes, M. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. (E. L. Medicina, Ed.) *Panorama Cuba y Salud, 9*, 35-41. doi:10.1016/j.jep.2015.11.048
- Rojas-Bernal, L., Castaño-Pérez, G., & Restrepo-Bernal, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina, 32*(2), 129-140. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Romero-Massa, E. (2010). Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes postinfarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología, 17*(2), 41-46.
- Rosa-Guillamón, A., García-Cantó, E., & Carrillo-López, P. (2018). Percepción de salud, actividad física y ondición física en escolares. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 18*(3), 179-189. Obtenido de <https://revistas.um.es/cpd/article/view>

- Ruedas, M., Ríos, M., & Nieves, F. (2009). Epistemología de la investigación cualitativa. *Educere, 13*(46), 627-635.
- Runge, A., Garcés, J., & Muñoz, D. (2015). La pedagogía como campo profesional y disciplinar •Ž œ'Ž . En J. Echeverry, & e. al, *Paradigmas y conceptos en educación y pedagogía*. Bogotá: Siglo del Hombre.
- Rusu, M. (2019). The process of self-realization—From the humanist psychology perspective. *Psychology, 10*(8), 1095.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco, 16*(45), 163-188.
- Saeed, S., Cunningham, K., & Bloch, R. (2019). Depression and anxiety disorders: Benefits of exercise, yoga, and meditation. *American family physician, 99*(10), 620-627.
- Samaja, J. (2018). La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). *Revista cubana de salud pública, 44*, 431-443.
- Sánchez, J. (2017). Diagnóstico y Medicación : La Práctica Médica En El Hospital Psiquiátrico Del Del Valle Entre 1956-1970. *Universitas Humanística*. doi:doi: 10.11144/Javeriana.uh83.dmpm.
- Sánchez, J., Castro, L., Palacios, J., & Verbel, M. (2016). La Ley de Salud Mental colombiana en el contexto latinoamericano. Una apuesta por el respeto a los derechos humanos. *Carta Comunitaria, 24*(138), 40-48.
- Sánchez-Piedrahita, L., Castañeda-Avilés, E., & Núñez-Gómez, N. (2018). Quality of life in patients subjected to bariatric surgery. *Revista Salud Uninorte, 34*(3), 625-632.

- Sánchez-Turcios, R. (2015). t-Student: Usos y abusos. *Revista mexicana de cardiología*, 26(1), 59-61.
- Sandjojo, J., Aglaia, E., Zedlitz, G. W., Hoekman, J., Den Haan, J., & Evers, A. (2019). Effects of a Self-Management Training for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 390–400. doi:10.1111/jar.12536
- Santos-Sánchez, G. (2017). *Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con Lupus, Puebla (Doctoral dissertation, tesis Licenciatura)*. Puebla, México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318. Obtenido de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7467>
- Sanz, J., García-Vera, M., & Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck"(BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3), 563-583.
- Seabrook, E., Kern, M., & Rickard, N. (2016). Social networking sites, depression, and anxiety: a systematic review. *JMIR mental health*, 3(4), e50. doi:10.2196/mental.5842
- Seidler, K., Garlipp, P., Machleidt, W., & Haltenhof, H. (2006). Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. *European psychiatry*, 21(2), 110-117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.001>

Sistema Integrado de Información de la Protección Social. (15 de 05 de 2020). *Indicadores de Salud Mental*. Obtenido de Indicadores territoriales:

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

Stolkiner, A., & Ardila, S. (2012). Conceptualizando La Salud Mental En Las Prácticas:

Consideraciones Desde El Pensamiento de La Medicina Social / Salud Colectiva Latinoamericanas. *Revista Argentina de Psiquiatria*, Stolkiner, Alicia, and Sara Ardila.

2012. "Conceptualizando La Salud Mental En Las Prácticas: Consideraciones Desde El Pensamiento 1–30.

Taube-Schiff, M., El Morr, C., Counsell, A., Mehak, A., & Gollan, J. (2018). The Checklist

of Unit Behaviours (CUB): Validation within a Canadian outpatient day hospital programme. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(4), 217-227.

Teles, F., Resegue, R., & Puccini, R. (2016). Care needs of children with disabilities-Use of the

Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(4), 447-453. doi:10.1016/j.rppede.2016.02.015

Tenório, F. (2016). Psychosis and schizophrenia: effects of changes in psychiatric

classifications on clinical and theoretical approaches to mental illness. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 23(4), 941-963. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000018>

Thadani, B., Pérez-García, A., & Bermúdez, J. (2018). Quality of Life in Patients with Borderline

Personality Disorder: The Mediating Role of Life Satisfaction. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 23(2), 89–98. doi:10.5944/rppc.vol.

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The Outbreak of COVID-19 Coronavirus and Its Impact on Global Mental Health. *International Journal of Social Psychiatry* 66(4):317–20. doi:doi: 10.1177/002076402

Tyrer, P., Evans, K., Gandhi, N., Lamont, A., Harrison-Read, P., & Johnson, T. (1998). Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *Bmj*, 316, 106-109. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7125.106>

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigacion cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.

Vásquez, A., & Luisa, H. (2018). Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida.

Revisión

narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 20(1), 33-40.

Velásquez, V., Sanz, A., Arango, Y., & Salazar, M. (2020). *Informe Final: Mapeo de actores institucionales y/o Organizaciones no Gubernamentales que intervienen en el tema de la salud mental en Cali*. Cali, Colombia: Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Versluis, A., Verkuil, B., Spinhoven, P., Van Der Ploeg, M., & Brosschot, J. (2016). Changing Mental Health and Positive Psychological Well-Being Using Ecological Momentary Interventions : A Systematic Review. *Journal of medical internet research*, 18(6), e152. doi:10.2196/jmir.5642

Versluis, A., Verkuil, B., Spinhoven, P., Van der Ploeg, M., & Brosschot, J. (2016). Changing mental health and positive psychological well-being using ecological

momentary interventions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet Research*, 18(6), e152. doi:doi: 10.2196/jmir.5642

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., . . .

Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150.

Vivas, D., Vivas, P., & Álvarez, M. (2014). *Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas*. Obtenido de Ministerio de protección social.

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.  
doi:<https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Williams, D., & Mierzwinski-Urban, M. (2017). Adapted or Tailored Psychological Interventions for Treating Women with Mental Illness: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. *CADTH Rapid Response Report: Summary with Critical Appraisal*, 1–26.

Yang, W., Lin, C., Wang, F., & Lu, M. (2017). Factors related to the improvement in quality of life for depressed inpatients treated with fluoxetine. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-9.

Yatham, L., Kennedy, S., Parikh, S., Schaffer, A., Bond, D., Frey, B., . . . McIntyre, R. (2018).

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20, 97-170.  
doi:10.1111/bdi.12609

Zuluaga, N., Osorno, A., Lozano, A., & Villada, Ó. (2020). Efecto clínico y metabólico de una intervención multidisciplinaria en el marco de un programa de atención integral para niños y adolescentes con obesidad. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 40(1), 166–184. doi:10.7705/biomedica.4593

## Anexos

### Anexo A. Matriz DOFA para análisis estratégico Programa Hospital Día- HUHMP\*

FACTORES INTERNOS DE LA EMPRESA		FACTORES EXTERNOS A LA EMPRESA	
<b>DEBILIDADES (-)</b>		<b>AMENAZAS (-)</b>	
1	Tratamiento unidisciplinar y sintomático	1	Que la EPS no renueve las ordenes para continuar en el programa "Hospital día"
2	Falta de adherencia al tratamiento y poca autonomía por parte de las personas con alteraciones mentales	2	El núcleo familiar se siente amenazado con el paciente en casa por lo que solicitan hospitalización de larga estancia
3	Escasa interacción con el medio socio-familiar de la persona	3	Reingresos a la Hospitalización 24 horas por franca psicosis
4	Falta de acompañamiento en procesos realizados con la EPS	4	Ausencia en el suministro de medicamentos por parte de la EPS
5	Escaso seguimiento a la persona del programa Hospital día posterior al egreso de la institución	5	Dificultad para adquirir oportunidades laborales una vez egrese de la institución
<b>FORTALEZAS (+)</b>		<b>OPORTUNIDADES (+)</b>	
1	Trato humanizado de los pacientes	1	Aprendizaje de nuevas interacciones sociales y habilidades laborales por parte de las personas con alteraciones mentales
2	Equipo interdisciplinar con conocimientos y experiencia en este tipo de pacientes	2	Educación del núcleo familiar y social a acerca de las alteraciones mentales.
3	Pocas ofertas de este tipo de programas en la región	3	Fortalecimiento de la calidad de atención a las personas con alteraciones mentales
4	Conocimiento de las guías de atención en Hospital día	4	Desarrollar nuevas alternativas en la atención de las personas con alteraciones mentales para las personal de salud
5	Entrenamiento del equipo multidisciplinario en alternativas de intervención en personas con alteraciones mentales	5	Convenios adquiridos con Instituciones del sector solidario como el SENA, proyección social de la USCO, coldeportes
6	Conocimientos a cerca de la estrategia Sanológica con énfasis humanista	6	
10		10	

\*Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (Neiva, Huila-Colombia)

**Anexo B.** Formato de consentimiento informado.

**PROTOCOLO SANOLOGÍA EN HOSPITAL DÍA**

**CONSENTIMIENTO DIALOGADO ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, he sido invitado a participar en la presente investigación, la cual se realiza bajo la dirección de la Dra. Lina María Sánchez Piedrahita.

**PROPÓSITO:** Desarrollar una estrategia sanológica en personas que asisten al programa Hospital día **DURACIÓN:** Mi participación en este estudio será en dos sesiones de evaluación, y una de seguimiento cada una de aproximadamente de 45 minutos a una hora. Participación en los talleres de sano-acción enfocados a las necesidades de los participantes.

**PROCEDIMIENTOS:** He sido informado que durante el transcurso del presente estudio se realizará lo siguiente:

Inicialmente haré parte de valoración médica especializada en la que se me harán preguntas respecto a la historia y situación actual de salud.

Luego, haré parte de una entrevista en la que se me harán preguntas generales respecto a mis datos sociodemográficos, problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales al igual participaré en una evaluación psicológica la cual consistirá en una serie de test que evalúan diferentes aspectos psicosociales, funcionales y la calidad de vida.

**PARTICIPANTES:** yo seré una de las 20 personas que harán parte del presente estudio.

**RIESGOS/INCOMODIDADES:** es posible que durante la realización de la evaluación sano clínica me sienta un poco cansado o sienta un poco de frustración, debido a que algunas de las tareas que se me solicitarán realizar pueden requerir de un gran esfuerzo. Por tal motivo, durante el transcurso de la evaluación podré tomar uno o varios descansos con el objetivo de que estos me ayuden a sentirme mejor y a realizar los test lo mejor posible.

**BENEFICIOS:** el participar en esta investigación tendrá un beneficio directo para mí salud, y los resultados que se desprendan del presente estudio pudieran servir al futuro entendimiento de los problemas psicológicos, psicosociales y de salud que suelen presentarse en personas con que padecen enfermedades mentales. No tendré remuneración económica por participar en este estudio.

**CONFIDENCIALIDAD:** he sido informado de que se hará todo el esfuerzo posible por mantener la confidencialidad de mis resultados en el presente estudio. Solamente personas autorizadas podrán tener acceso a mi historia médica y a los resultados del presente estudio. Si los resultados del presente estudio son publicados en ningún momento mi nombre será incluido. En todo momento mi identidad y mis datos personales permanecerán de forma confidencial.

**DERECHO A NO PARTICIPAR:** yo entiendo que mi participación en el presente estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto conlleve ningún tipo de penalidad. También entiendo que los investigadores tienen todo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Si tuviera alguna pregunta respecto a la presente investigación, debo ponerme en contacto con la Dra. Lina María Sánchez Piedrahita. Estudiante del segundo año del

doctorado en Ciencias de la Salud de Universidad Surcolombiana, al celular: 3106187381, o al e-mail: linamariasp@yahoo.com

**FIRMA DEL PARTICIPANTE:** he leído completamente el presente consentimiento y doy fe de que entiendo este completamente. Todas las preguntas respecto al presente consentimiento y al estudio han sido respondidas de manera satisfactoria. Estoy de acuerdo en participar en el presente estudio de investigación.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ -

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ he participado

voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio

Fecha: (día / mes / año)

CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo (si aplica)

Fecha: (día / mes / año)

CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los investigadores

Fecha: (día / mes / año)

CC. \_\_\_\_\_

## Anexo C. Formato Historia sanológica

Fecha:	DD	MM	AAAA		Código:	
	01	01	2019			

DATOS PERSONALES				
Nombres y Apellidos: Juan Camilo Monje		Sexo:	M X	F
Fecha de Nacimiento: 14-11-1992	Edad: 26 años	Estrato: 5		
Lugar de Nacimiento: Neiva	Procedencia: Neiva			
Dirección: Calle 8 #100 - 102	Teléfono: 1257054580			
Estado Civil: Soltero	Nº de Hijos: 0	Correo Electrónico:		
Seguridad Social: Nueva EPS	Religión: Católica			
Actividad Laboral: Ninguna				

CARACTERISTICAS DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA
¿Qué es salud para usted? Pues cuando uno está bien de todo, en la parte física y mental en la vida diaria y tiene mujer, trabajo e hijos.
¿Cómo considera su estado de salud? ¿Por qué? Pues buena, solo que no tengo trabajo y mi mama me cohibe mucho y mi hermana vive peleando y haciendo ruido
¿Qué hábitos saludables practica diariamente? Pues vestirme, bañarme y salir a caminar con mi perro
¿Qué hábitos higiénicos practica diariamente? (Cepillado de dientes, lavado de manos, cambio de ropa, etc) Si todos los días lo hago, claro que mi mama me cantaleta porque normalmente lo hago despacio y a ella le da afán de que nos vengamos rápido para acá.
¿En que emplea su tiempo libre? ¿Pasatiempos? En ver televisión y escuchar música, me gusta también tocar la guitarra

<p>¿Está satisfecho/a con su estadía en "Hospital Día"?</p> <p>Si a veces sí, otras veces quisiera quedarme en la casa ayudándole a mi mama, aunque ella no me paga.</p>						
<p>¿Considera que en el "Hospital Día" existen espacios que favorecen la adopción y desarrollo de comportamientos saludables?</p> <p>Completamente de acuerdo ( )                      Completamente en desacuerdo ( )</p> <p>Medianamente de acuerdo ( x)                      Medianamente en desacuerdo ( )</p> <p>¿Por qué?</p> <p>Si porque me presiona a que me levante todos los días de la cama y esté en el hospital</p>						
<p>¿Considera que en el "Hospital Día" existen Actividades que favorecen la adopción y desarrollo de comportamientos saludables?</p> <p>Completamente de acuerdo ( )                      Completamente en desacuerdo ( )</p> <p>Medianamente de acuerdo ( x)                      Medianamente en desacuerdo ( )</p> <p>¿Por qué?</p> <p>Nos relajan y nos ponen a pensar, también son aburridores, pero el karaoke me gusta mucho</p>						
<p>¿Cuál es su proyecto de vida?</p> <p>Quiero trabajar, tener una esposa que me lave la ropa, me tenga comida, cuide de mí y la casa.</p>						
PUNTUACION INSTRUMENTO FANTASTICO:		0-39	40-59	60-69	70-84	85-100

<b>ANTECEDENTES PERSONALES:</b>					
Patológicos:			Quirúrgicos:		
--			--		
Traumáticos			Toxico-Farmacológico		
--			---		
Alérgicos			Inmunológicos		
--			---		
Ginecológicos	Menarca:	Ciclos Menstruales	G: P: A: C: M:	FUM:	Ultima Citología

¿Conoce Métodos de Planificación?	¿Planifica?	¿Qué método usa?	Autoexamen de Seno - Testículo
si	no		
Inicio Relaciones	Uso Preservativo	Venéreas y TTO	Actividad Homosexual
No tengo con nadie			

ANTECEDENTES FAMILIARES					
Diabetes	Obesidad	HTA	IAM	ACV	Cáncer
-	-	-			
Tabaquismo	Suicidio	Enf. Psiquiátricas	Alérgicas	Cardiopatías	Otros
		Hema con RM		-	

VALORACION SOCIOFAMILIAR					
Núcleo Familiar Conviviente (Tipología Familiar)			Nuclear Compuesta ( ) Extensa ( ) Reconstituida ( )		
Relaciones con los miembros de la familia conviviente:					
Armónicas:	SI	NO	Yo vivo con mis padres y mi hermana que estudia veterinaria		
Sobreprotectoras:	SI	NO	Ella me pelea mucho, me pega y yo no me dejo y es cuando		
Distantes:	SI	NO	Mis papas me castigan pero siempre están para mi		
Conflictivas:	SI	NO			
Eventos estresantes Familiares:					
Muerte reciente Familiar			Conflicto Conyugal:		
Separación – Divorcio:			Fracaso Económico:		
Enfermedad Crónica:		+RM hermana+ EP primo.	Abuso de Sustancias		
Embarazo Adolescente:			Otros		
APGAR FAMILIAR	BUENO	LEVE	MODERADO	SEVERO	

EXAMEN FISICO							
Signos vitales	FC:	FR:	TA:	T <sup>o</sup> <del>36</del>	Peso:	Talla:	IMC:
	82	18	120/8	37.5	80	1.75	26.1
Cabeza y cuello				Neurológico			
Normal				Normal			
Tórax				Abdomen			
Normal				Normal			
Extremidades				Genitourinario			
Normal				Normal			
Osteomuscular				Tegumentario			
Normal				Normal			
Resumen de Hallazgos Positivos: No hay alteraciones							

EXAMEN MENTAL	
Actitud y Conducta	Afecto
Amable, algo suspicaz con las preguntas, pero responde fácilmente y con sinceridad	Modulado, resonante, acorde con el discurso, fondo ansioso
Pensamiento	Conciencia Y orientación
Ilógico. Incoherente con ideación delirante persecutoria referencial con el padre y con la hermana.	Alerta, orientado en las 3 esferas
Memoria, Atención y Concentración	Sensopercepción
Memoria sin alteraciones, atención: distraído fácilmente, concentración: dificultad para mantener una conversación por un espacio de tiempo.	Niega en el momento
Juicio y Raciocinio	Introspección y Prospección
Comprometido	Parcial

<b>Resumen de Hallazgos Positivos:</b> Síntomas psicóticos activos Poca conciencia de enfermedad Dificultad para su autocuidado					
<b>DIAGNOSTICO:</b> 1. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE 2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE 3. RETRASO MENTAL LEVE 4. CONFLICTO INTRAFAMILIA					
<b>RUTA DE SALUD PERSONAL</b>					
FECHA	AREA DE SANOACCION	EXPLICACION	OBJETIVOS	ACCIONAR	CAMBIO
04-01-2019	Familiar y amigos	-conflicto con su familia -hostilidad con el padre y la hermana	Mejorar las relaciones familiares	Intervención familiar en donde se explica la patología de Camilo y se hacen actividades que mejoren la convivencia	Mejora en la relación familiar
	Estrés, sueño y tratamiento	Dificultad para conciliar el sueño -No adherencia al tratamiento	-mejorar ciclo de sueño -conciencia de enfermedad	Intervención individual y grupal acerca de la patología y entender la necesidad de tomarlos y los efectos adversos de los medicamentos	-mejoría en la adherencia al tratamiento. -Mejoría del ciclo del sueño.
	Autopercepción personalidad	Dificultad para entablar relaciones interpersonales adecuadas y gratificantes.	-mejorar su actitud y la posibilidad de tener buenos vínculos con amigos	-intervención individual donde se fomenta la autoconfianza y su autogestión. -Intervención grupal de comunicaciones asertivas	Mejoría en su autopercepción y autonomía. Apertura a tener nuevos amigos, y relaciones gratificantes.

<b>Accionar Sanológico</b>	
Actividad Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención individual donde se realiza confrontación a cerca de su estado mental y como estaría sin su enfermedad.</li> <li>- Intervención individual donde se fortalece la autocrítica y se logran reconocer los episodios de crisis psicóticas y la necesidad de tratamiento.</li> <li>- Intervención familiar en donde se habla de las alteraciones en el pensamiento y las emociones y afrontamiento familiar.</li> <li>- Reforzamiento de la autonomía, la capacidad de autogestión y buscar nuevas amistades.</li> </ul>
Actividad Grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia de grupo sobre salud</li> <li>- Terapia de grupo sobre comunicación asertiva</li> <li>- Taller de actividad física para la vida</li> <li>- Taller de comidas saludables</li> </ul>

FIRMA ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

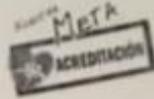
Fecha de toma:	11-01-2019	01-08-2019
Nombre de estudio	Resultado ANTES	DESPUES
GLICEMIA	98	102
COLESTEROL TOTAL	200	177.45
TRIGLICERIDOS	220	104.92
RECuento DE BLANCOS	8.8	5
HEMOGLOBINA	15	14.7

MEDICAMENTOS	ANTES	DESPUES
ACIDO VALPROICO 250MG	750 MG	0
BIPERIDENO 2MG	4 MG	2 MG
CLOZAPINA 100MG	200 MG	100 MG
RISPERIDONA 2MG	4 MG	0
LORAZEPAN 2MG	6 MG	2 MG
RISPERIDONA 37.5 MG		UNA CADA MES

## Anexo D. Acta de aprobación del comité de Ética del HUHMP



**HOSPITAL**  
UNIVERSITARIO  
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO  
Empresa Social del Estado



META  
ACREDITACIÓN

**COMITÉ DE ÉTICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA**

**ACTA DE APROBACIÓN.**

**ACTA DE APROBACIÓN N°: 002-005**

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 22 de Febrero del 2018.

**Nombre completo del Proyecto:** "IDENTIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN EL PROGRAMA HOSPITAL DÍA Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO A SU CONTEXTO VIVENCIAL"

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigadora Lina María Sánchez Piedrahita y Co-investigadora Carolina Paredes Vargas.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación de cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
  - a.  Resumen del proyecto
  - b.  Protocolo de Investigación
  - c.  Formato de Consentimiento Informado
  - d.  Protocolo de Evento Adverso
  - e.  Formato de recolección de datos
  - f.  Folleto del Investigador (si aplica)
  - g.  Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
  - h.  Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores
  
2. El comité consideró que el presente estudio: Es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

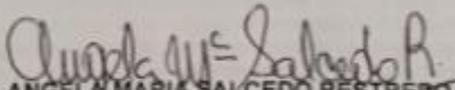
¡Corazón para servir!

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425  
 Correo Institucional: hospital.universitario@huhmp.gov.co  
 Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co)  
 Neiva - Huila

3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
  - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
  - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
  - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
  - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
  - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
  - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
  - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
  - h. El Investigador se compromete con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
  - i. Si este proyecto avalado va participar en evento académico, informar de manera escrita al Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital UHMP.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigadora: Lina María Sánchez Piedrahita

  
Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO  
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación

**Anexo E. Cuestionario de Calidad de vida SF-36**

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36: VERSIÓN COLOMBIANA**

**MARQUE UN SOLO NÚMERO**

1. En general. Diría usted que su salud es:

1. ___ Excelente	2. ___ Muy buena
3. ___ Buena	4. ___ Regular
5. ___ Mala	

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

- |  |   |
|--|---|
| 1. ___ Mucho mejor ahora que hace un año | 2. ___ Algo mejor ahora que hace un año |
| 3. ___ Más o menos igual que hace un año | 4. ___ Algo peor ahora que hace un año  |
| 5. ___ Mucho peor ahora que hace un año  |   |

**PAR ATODOS LOS ÍTEMS MARQUE UN NÚMERO EN CADA LÍNEA**

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades (o cosas) que usted podría hacer **durante** un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita (para hacer) en esas actividades (o cosas)? Sí es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de las compras	1	2	3
d. subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro (10 cuadras)	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro (5 cuadras)	1	2	3
i. Caminar cien metros (1 cuadra)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse (por sí mismo)	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas. ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	SI	NO
a. Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba a su trabajo u otras actividades	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2

## Anexo F. Cuestionario de Ansiedad de Beck

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

#	Ítems	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	0	1	2	3
2	Acalorado.	0	1	2	3
3	Con temblor en las piernas.	0	1	2	3
4	Incapaz de relajarse	0	1	2	3
5	Con temor a que ocurra lo peor.	0	1	2	3
6	Mareado, o que se le va la cabe	0	1	2	3
7	Con latidos del corazón fuertes	0	1	2	3
8	Inestable.	0	1	2	3
9	Atemorizado o asustado.	0	1	2	3
10	Nervioso.	0	1	2	3
11	Con sensación de bloqueo.	0	1	2	3
12	Con temblores en las manos.	0	1	2	3
13	Inquieto, inseguro.	0	1	2	3
14	Con miedo a perder el control.	0	1	2	3
15	Con sensación de ahogo.	0	1	2	3
16	Con temor a morir.	0	1	2	3
17	Con miedo.	0	1	2	3
18	Con problemas digestivos.	0	1	2	3
19	Con desvanecimientos.	0	1	2	3
20	Con rubor facial.	0	1	2	3
21	Con sudores, fríos o calientes	0	1	2	3

## Anexo G: Cuestionario de Depresion de Beck



### **CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)**

Nombre.....Fecha.....

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - a. Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
6.
  - a. No creo que este siendo castigado.
  - b. Creo que puedo ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
  - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
  - b. Me he decepcionado a mi mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



Centro Internacional de Medicina Avanzada – Servicio de Reumatología  
 Manuel Girona, 33 08034-BARCELONA Tf. 935 522 700  
 Sabino de Arana, 12 08028-BARCELONA Tf. 93 330 51 40  
[www.institutferran.org](http://www.institutferran.org) [www.cimaclinic.com](http://www.cimaclinic.com)

## Anexo H. Cuestionario Fantástico

<b>F</b>	<b>A</b>	<b>N</b>	<b>T</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>T</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<p><b>Familia y Amigos</b></p> <p>Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>Yo doy y recibo cariño:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p> 	<p><b>Asociatividad. Actividad Física</b></p> <p>Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros). Yo participo:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>Yo realizo actividad física (caminar, subir escalas, trabajo de casa, jardinería) o deporte durante 30 min. cotidianas:</p> <p>2 3 o mas veces por semana 1 1 vez x semana 0 No hago nada</p> <p>Yo camino al menos 30 minutos diariamente.</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p><b>Nutrición</b></p> <p>Como 2 porciones de verduras y 3 frutas:</p> <p>2 Todos los días 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>Amenudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa:</p> <p>2 Ninguna de éstas 1 Algunas de éstas 0 Todas éstas</p>  <p>Estoy pasado(a) en mi peso ideal en:</p> <p>2 0 a 4 kilos de mas 1 5 a 9 kilos de mas 0 Mas de 9 kilos</p> 	<p><b>Tabaco</b></p> <p>Yo fumo cigarrillos</p> <p>2 No, los últimos 5 años 1 No, el último año 0 Si, este año</p>  <p>Generalmente fumo cigarrillos por día:</p> <p>2 Ninguno 1 de 0 a 10 0 Mas de 10</p> 	<p><b>Alcohol. Otras Drogas</b></p> <p>Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copito trago fuerte) por semana es de:</p> <p>2 0 a 7 tragos 1 8 a 12 tragos 0 Mas de 12 tragos</p>  <p>Bebéis más de cuatro tragos en una misma ocasión:</p> <p>2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo</p>  <p>Warejo el auto después de beber alcohol:</p> <p>2 Nunca 1 Sólo rara vez 0 A menudo</p>  <p>Bebó café, té o bebidas calas que tienen cafeína:</p> <p>2 Menos de 3 al día 1 De 3 a 6 al día 0 Mas de 6 al día</p> 	<p><b>Sueño. Estrés</b></p> <p>Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Ocasionalmente 0 A menudo</p>  <p>Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:</p> <p>2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo</p>  <p>Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>Yo me relajoy disfruto mi tiempo libre:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p> 	<p><b>Trabajo. Tipo de Personalidad</b></p> <p>Paseo que ando acelerado /a:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>  <p>Me siento enojado/a o agresivo/a:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>  <p>Yo me siento contento(a) con mi trabajo o mis actividades:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p> 	<p><b>Introspección</b></p> <p>Yo soy un pensador positivo u optimista:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>Me siento tenso/a o apretado/a:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>  <p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p> 	<p><b>Control de Salud. Conducta Sexual</b></p> <p>Me realizo controles de salud en forma periódica:</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad:</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p> 	<p><b>Otras conductas</b></p> <p>Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de las ordenanzas del tránsito.</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>  <p>Uso cinturón de seguridad:</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p> 

## Anexo I. Evidencias fotográficas -Implementación de Talleres

### Terapia de cocina



*Terapia de grupo sobre salud*



*Taller sobre huertas y cultivos pequeños*



*Taller de psicodrama, lúdica y esparcimiento*



*Taller de comunicación asertiva*



*Taller de Deporte*



*Taller de emprendimiento*

