

# ORIENTACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA TELEORIENTACION EN SALUD MENTAL

## Orientaciones para el Fortalecimiento de la Teleorientación en Salud Mental

### *Ministerio de Salud y Protección Social*

---

**Guillermo Alfonso Jaramillo**

*Ministro de Salud y Protección Social.*

**Jaime Hernán Urrego Rodríguez**

*Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios*

**Luis Alberto Martínez Saldarriaga**

*Viceministro de Protección Social*

**Gonzalo Parra González**

*Secretario General*

**Gina Rosa Rojas Fernández**

*Directora de Promoción y Prevención*

**Yuliana Andrea Valbuena Bedoya**

*Subdirectora de Enfermedades no Transmisibles*

*Programa Comunidades Saludables de USAID*

*En colaboración con el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad  
Javeriana*

**2023**

## **Equipo Técnico**

### **Ministerio de Salud y Protección Social**

**Bibian Yiseth Moreno Mayorga**

**Diana María Rodríguez Araujo**

**Grupo Gestión Integrada para la Salud mental**

**Agradecimientos al equipo de supervisores de la Línea 192 - Opción 4 de Teleorientación en Salud Mental que realizaron aportes a la construcción del primer borrador de este protocolo de teleorientación.**

**Adriana Lucia Mayorga Rueda**

**María Isabel Gaitán Camelo**

**Nelly María Numpaque López**

**Yudy Amanda Quintero Pulgar**

**Helena Johanna Vélez Botero**

**Juan Camilo Martínez Urrego**

**Oscar Alejandro Marín Quintero**

### **Programa Comunidades Saludables de USAID**

**Emily Ruiz Varón Juanita Corral Castillo**

**Jaqueline Acosta de la Hoz Kimberly Jiménez Gil**

**María Isabel Gaitán Camelo**

### **Equipo Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana**

**Angélica María Vargas Monroy**

**Edna Aurora Sandoval Castaño**

**Carlos Felipe Buitrago Panader**

**Diana Paola Ortiz Cárdenas**

**Diego Felipe Ordúz López**

**Laura Vanessa García Gualdrón**

**Luis Guillermo Narváez Rodríguez**

**Oscar Hernán Franco Suárez**

**Paula Andrea García Sandoval**

---

***Este documento es posible gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Las opiniones de los autores expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente las de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del gobierno de los Estados Unidos.***

---

## Contenido

ORIENTACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA TELEORIENTACION EN SALUD MENTAL .....	1
1. Introducción y antecedentes .....	6
2. Proceso de implementación de líneas de teleorientación en salud mental .....	10
<b>Marco normativo y consideraciones éticas.</b> .....	10
<b>Alcances del ejercicio de teleorientación.</b> .....	10
<b>Alcances éticos y regulatorios.</b> .....	11
Proceso de implementación y puesta en marcha de líneas de teleorientación en salud mental: planeación, funcionamiento, seguimiento y mejoramiento. .	12
Proceso de alistamiento y fortalecimiento de la línea.....	13
Tabla 1. Posibles fuentes de financiación de las líneas de teleorientación en salud mental.....	14
Recomendaciones técnicas de las líneas de teleorientación en salud mental. ....	15
Como requisitos tecnológicos mínimos de operación se sugiere que las líneas cuenten con al menos los siguientes elementos:.....	16
<b>Gráfica 1.</b> .....	17
<b>Proceso de recepción de una llamada en una línea de teleorientación</b> .....	17
Esta tecnología permite gestionar y monitorear, entre otros, los siguientes procesos:.....	18
<b>Proceso de coordinación sectorial e intersectorial.</b> .....	21
Lanzamiento de la línea.....	21
Desarrollo del proceso de teleorientación (descripción general).....	21
Sistematización, evaluación y mejoramiento.....	22
3. Alcance de la teleorientación en salud mental.....	23
<b>Intervención en crisis</b> .....	23
Tabla 2. Recomendaciones de actuación durante los PAP adaptadas para la teleorientación.....	31
Activación de rutas, canalización y gestión con EAPB.....	33
4. Teleorientación según riesgos identificados .....	37
<b>Algoritmo A.</b> .....	37

Gráfica 2. Flujograma de Algoritmo A. ....	38
<b>Tabla 1. Explicación detallada de las acciones del Algoritmo A.....</b>	<b>39</b>
<b>Algoritmo B .....</b>	<b>43</b>
Gráfica 3. Flujograma del Algoritmo B. ....	44
Tabla 2. Explicación detallada de las acciones del Algoritmo B.....	45
<b>Recomendaciones para todas las interacciones en el marco de la teleorientación en salud mental.....</b>	<b>51</b>
<b>Recomendaciones para la teleorientación con enfoque diferencial. ....</b>	<b>51</b>
<b>Recomendaciones para el abordaje de las situaciones de salud mental más frecuentes en el marco de la teleorientación .....</b>	<b>58</b>
5. Caja de herramientas .....	83
6. Referencias.....	84
7. Anexos .....	93

## 1. Introducción y Antecedentes

---

Las líneas de teleorientación en salud mental son una estrategia dentro de los límites de una dimensión más amplia que es la telesalud, la cual se define como el “conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la telemedicina, la teleorientación y el teleapoyo” (Resolución 2654 de 2019).

En Colombia se ha definido la teleorientación como el “conjunto acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación” (Resolución 2654 de 2019).

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se identifica que las líneas de teleorientación en Colombia, hacen parte de las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS). La Ley 1438 de 2011 define la APS como una “estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del usuario en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS”; es así como, las líneas de teleorientación en salud mental, en algunos casos pueden ser el primer paso para el acceso a niveles de atención en salud de mayor complejidad y a otros programas y servicios en el marco del cuidado integral de la salud.

De esta forma, las líneas de teleorientación en salud mental aportan a la implementación de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) y la Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019), al constituirse en una de las estrategias a través de la cual se desarrolla el eje de prevención de los

problemas de salud mental individuales y colectivos, y de los trastornos mentales. Lo anterior cobra gran relevancia en el contexto actual considerando los importantes desafíos en materia de salud mental que ha dejado la pandemia por COVID-19 en el mundo, al respecto, el reporte “Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia” publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2022, indica que en 2020 la pandemia de COVID-19 provocó un aumento del 27,6 % de los casos de trastorno depresivo mayor y un aumento del 25,6 % de los casos de trastornos de ansiedad en todo el mundo, este incremento de casos afectó más a las mujeres que a los hombres, a las personas más jóvenes, especialmente las de 20 a 24 años y a las personas con afecciones de salud preexistentes, muchos países de ingresos bajos y medianos se contaron también entre los más afectados; adicionalmente, si bien los datos sobre mortalidad por suicidio son heterogéneos y no muestran un cambio claro en las tasas desde que inició la pandemia, sí indicaron un mayor riesgo de comportamientos suicidas entre los jóvenes y el agotamiento (del personal de salud), la soledad y el diagnóstico positivo de COVID-19 aumentaron el riesgo de pensamientos suicidas.

Con base en lo anterior se destacan algunas de las ventajas de utilizar tecnologías de la información y comunicación para brindar teleorientación en salud mental, tales como:

- Autonomía: las personas pueden buscar por si mismas opciones de orientación en salud mental sin involucrar a otras personas.
- Conveniencia: el contacto puede realizarse en una franja horaria que permite mayor oportunidad de acceder al servicio en diferentes momentos y en diferentes lugares (p. ej., en casa o en un autobús de camino al trabajo).
- Identificación y canalización de usuarios al sistema de salud: desde la teleorientación se pueden identificar las personas con riesgos en salud y realizar las canalizaciones pertinentes para facilitar el acceso a los servicios correspondientes.
- Menor costo: aunque no en todos los casos, el acceso a las líneas y aplicaciones de orientación suele ser gratuito o de bajo costo para los usuarios.
- Servicio a más personas: la tecnología puede ayudar brindando orientación en salud mental a personas en áreas remotas o a grupos

de personas en momentos de necesidad o crisis (p. ej. después de un desastre natural).

- Interés: algunas tecnologías pueden ser más atractivas que los canales tradicionales de acceso a información y orientación en salud mental (p.ej. chats en la población joven).
- Oportunidad: facilita el acceso debido a las tecnologías de comunicación.

Alrededor del 70% de las Direcciones Territoriales de Salud, del orden departamental, distrital y municipal, han implementado y/o fortalecido líneas telefónicas y otros canales de interacción, como correos electrónicos y redes sociales, para brindar teleorientación en salud mental, principalmente denominadas como “Líneas Amigas”. Entre abril y agosto de 2020, estas líneas territoriales realizaron más de 4.321 intervenciones de teleorientación en situaciones relacionadas principalmente con: síntomas de ansiedad, depresión, reacciones al estrés, problemas de conducta en niños, niñas y adolescentes, exacerbación de síntomas de trastornos mentales previos, problemas en las relaciones interpersonales, conducta suicida y exposición a violencias, entre otros. Así mismo, algunas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) han dispuesto líneas específicamente destinadas a recibir llamadas de sus usuarios con afectaciones de salud mental durante la pandemia.

Lo antes descrito, pone en evidencia el alcance y la utilidad de la teleorientación en salud mental como parte de la respuesta para el abordaje de las afectaciones en la salud mental de la población. Por este motivo y atendiendo al creciente interés en la implementación de esta estrategia de prevención, se hizo necesaria la construcción de las orientaciones técnicas que se presentan a continuación, con base en la evidencia internacional y retomando la experiencia de funcionamiento de la Línea 192<sup>1</sup>, en su opción 4 de salud mental, y de las líneas territoriales con mayor trayectoria en el país.

El objetivo del presente documento es establecer orientaciones generales para el desarrollo e implementación de las líneas territoriales de teleorientación para el cuidado de la salud mental en Colombia,

---

<sup>1</sup> Puesta al servicio de la comunidad por parte del gobierno nacional para atender a las consultas y necesidades de la población durante la emergencia sanitaria por el brote de COVID – 19, durante 2020 y 2021.



contemplando aspectos como gestión, generalidades de la intervención en crisis de primera instancia, recomendaciones para la orientación ante la presencia de síntomas asociados con ansiedad, estrés, depresión, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas, violencias, compilación de herramientas que pueden ser útiles en el despliegue de las orientaciones brindadas.

## 2. Proceso de Implementación de Líneas de Teleorientación en Salud Mental.

---

### **Marco normativo y consideraciones éticas.**

En el Anexo A del presente documento se presenta una tabla con la relación detallada del marco normativo aplicable en Colombia que contextualiza la operación de las líneas de teleorientación para el cuidado de la salud mental. De manera particular se destaca la Resolución 2654 de 2019 que establece los parámetros para el ejercicio de la telesalud, determinando sus categorías, uso de medios y tecnologías, la calidad y seguridad de la información y de los datos.

### **Alcances del ejercicio de teleorientación.**

Desde los aportes de las experiencias de la Línea Nacional 192, las líneas territoriales, y la normatividad revisada se identifica que la teleorientación sería el término indicado para definir y referir el tipo de atención realizado por las líneas de salud mental. Esta no constituye de ninguna forma un tratamiento terapéutico, sus alcances tienen que ver más con la identificación de riesgos en salud mental, el abordaje inicial y la canalización a servicios de salud y de otros sectores según la necesidad identificada por el talento humano capacitado para realizar la teleorientación.

De esta forma, los objetivos de la teleorientación son:

- A. Proporcionar orientación e información a los usuarios.
- B. Identificar riesgos en los usuarios.
- C. Brindar asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y para el acceso a servicios (más específicamente en relación con diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación).
- D. Canalizar y orientar a los usuarios para el acceso a diferentes programas y servicios del sector salud y de otros sectores.

- E. Aportar en la reducción de barreras de acceso, generando facilidades de comunicación, información detallada y acondicionada a las necesidades de los usuarios.
- F. Facilitar la articulación interinstitucional al momento de recibir una solicitud de teleorientación y después de la misma, buscando mantener comunicación eficaz con las instituciones vinculadas con la gestión de las necesidades identificadas en los usuarios.
- G. Fortalecer los aspectos de autocuidado y gestión del riesgo en salud mental.

### **Alcances éticos y regulatorios.**

Según el Instituto Nacional de Salud – INS (s.f.) la protección de datos en salud tiene como objetivo establecer los criterios de recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación y supresión de los datos personales de los ciudadanos (INS, s.f.). En este sentido, toda la información recolectada en las acciones realizadas por el talento humano que opera las líneas de teleorientación en salud mental está protegida por la Ley de Habeas Data y es propiedad del usuario. Los datos en salud están protegidos mediante la Ley 1581 de 2012, la cual tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma (Ley 1581 de 2012).

El Artículo 7 de la Resolución 2654 de 2019, antes citada, resalta la importancia de explicar sobre los procedimientos técnicos, éticos legales de esta modalidad de atención a los usuarios. Es así como, la persona responsable de una actividad de teleorientación debe obtener el consentimiento informado del usuario o de su representante, e informarles cómo funciona esta forma de interacción que utiliza tecnologías de la información y comunicaciones; su alcance, riesgos y beneficios, las responsabilidades, el manejo de la privacidad y confidencialidad, el manejo de sus datos personales, los procedimientos a seguir en situaciones de emergencia, entre otros comunes en la virtualidad.

Adicionalmente, desde un marco de actuación ética el funcionamiento de una línea de teleorientación en salud mental debe garantizar (Acero et al., 2020 y De la Rosa, 2021):

- La idoneidad y competencia de las personas encargadas de brindar la teleorientación.
- Las acciones de teleorientación partiendo del principio de respeto a la dignidad del usuario y a las diferencias individuales que se dan en virtud de la edad, nivel educativo, identidad y orientación sexual, pertenencia a grupos étnicos y culturales, afiliación política y creencias religiosas.
- La protección y resguardo de los datos personales de los usuarios, de tal forma que estos no sean utilizados o dados a conocer en contextos diferentes al proceso de teleorientación, buscando salvaguardar la confidencialidad del usuario.

### **Proceso de implementación y puesta en marcha de líneas de teleorientación en salud mental: planeación, funcionamiento, seguimiento y mejoramiento.**

A continuación, se presenta el marco general de orientaciones para la implementación de líneas de teleorientación en salud mental, lo cual requiere del liderazgo de la autoridad sanitaria frente a la planeación, seguimiento y evaluación de la implementación, partiendo del análisis de la situación de salud particular de su territorio, para definir el alcance de la línea de teleorientación en salud mental, la población a la que se pretende llegar, el talento humano que se requiere para operar la línea, la duración de su funcionamiento, las fuentes de financiación, entre otros. Análisis similares podrán realizar las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB), las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Organizaciones no Gubernamentales (ONG), entre otros actores interesados en la implementación de esta herramienta, de manera complementaria a la prestación de los servicios de salud que se brindan con cargo a la UPC.

## Proceso de alistamiento y fortalecimiento de la línea.

Hace referencia a las acciones de planeación que se deben realizar previamente para la implementación, lo cual requiere del reconocimiento de la realidad local y definir el alcance de la línea. A continuación, se relacionan los principales aspectos a tener en cuenta.

- **Fuentes de financiación:** En las entidades territoriales, a través de recursos propios, de regalías o de cooperación internacional, se puede financiar tanto el talento humano como los recursos tecnológicos, incluyendo líneas y equipos telefónicos. Se pueden usar recursos del Plan de Intervenciones Colectivas para la contratación del talento humano que operará la línea (Tabla 1). También es recomendable considerar la posibilidad de realizar convenios público-privados o público-públicos, entre las entidades territoriales y otras instituciones como universidades, ONG, organizaciones humanitarias nacionales e internacionales, asociaciones o agremiaciones de profesionales en psicología o psiquiatría, etc.

En este punto cabe resaltar que Colombia cuenta con la numeración para el acceso a los servicios semiautomáticos y especiales de abonados esquema 1XY, controlada por la **Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC)**. En virtud de la Resolución 4901 de 2016 se definió el servicio asociado al **número 1XY-106 como “Línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte en situaciones de crisis”**. El servicio asociado a este número es totalmente gratuito y puede ser solicitado por cualquier entidad territorial ante la Coordinación de Relacionamiento con Agentes de la CRC. En la solicitud de asignación se debe incluir un número telefónico de desborde para el servicio de la línea 106, previamente destinado por la entidad territorial para tal fin, y relacionar todos los municipios cuyas llamadas a la línea 106 deberán ser enrutadas a ese número de desborde (pueden ser todos los municipios de un departamento o los que se decida priorizar).

Es importante aclarar que los servicios del número 106 solo incluyen la recepción de llamadas entrantes, motivo por el que se recomienda generar estrategias complementarias para llamadas salientes, lo que es

conveniente para facilitar la activación de rutas de emergencia y seguimientos a los usuarios.

**Tabla 1. Posibles fuentes de financiación de las líneas de teleorientación en salud mental.**

Financiación	
<b>Direcciones Territoriales de Salud</b>	
Programa de Intervenciones Colectivas (PIC)	Talento humano
Recursos propios	Línea telefónica y teléfonos
Otros recursos	Regalías Cooperación internacional
<b>EAPBS</b>	
Unidad de pago por capitación (UPC)	Demanda inducida, referenciación y seguimiento

Fuente: Elaboración propia.

- **Población beneficiaria:** se debe definir la población que se pretende alcanzar, por ejemplo: población general o con algunas particularidades como, por ejemplo: niños, niñas y adolescentes; víctimas de violencias, población migrante, etc. También estimar el volumen de llamadas esperado para diferentes horarios y la cobertura territorial (p.ej.: municipios priorizados, departamento, población afiliada, etc.).
- **Alcance:** De acuerdo a las necesidades del implementador se debe concretar la particularidad del alcance, por ejemplo: si se va a facilitar la articulación con los actores del sector salud y otros sectores, o si solo se va a identificar factores de riesgos y canalizar a servicios de salud; si se va a realizar búsqueda activa a través de bases de datos de población priorizada entre otros.
- **Tecnología:** En este apartado es fundamental clarificar algunos términos empleados por la literatura sobre salud digital, y posteriormente establecer las características básicas en tecnología más recomendadas para las líneas de teleorientación en salud mental.

En este sentido, entre los términos utilizados con más frecuencia en la literatura se encuentran, e-salud: que de acuerdo con la OMS hace

referencia al uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en salud, e-salud mental: que refiere a la entrega de servicios e información en salud mental a través de internet y tecnologías relacionadas (Cleary, Walter y Matheson, 2008, citado por (Fernández y Gómez-Restrepo 2011), complementariamente se encuentran los términos Telesalud y Telepsiquiatría que corresponden a la prestación de un servicio de medicina y psiquiatría a distancia, donde se dispone de la telefonía fija o móvil, de equipos de cómputo, y de la internet, entre otros, también encontramos el termino M-salud o salud móvil, que abarca la prestación del servicio de medicina a través de aparatos móviles e inalámbricos y con el apoyo de aplicaciones informáticas diseñadas particularmente a teléfonos inteligentes. (López-Santín y Álvaro-Serón, 2018).

En Colombia la Resolución 2654 de 2019 define conceptos como telesalud, telemedicina, teleapoyo, teleorientación, infraestructura tecnológica, método de comunicación sincrónico, prestador remitente de telemedicina, recursos tecnológicos y el de tecnologías de información y comunicación, entre otros, que son clave para la implementación de los instrumentos técnicos que permiten la implementación de la teleorientación en salud mental.

Este documento presenta recomendaciones técnicas básicas para la óptima operatividad de las líneas de teleorientación en salud mental. Estas recomendaciones se plantean de manera estándar para el desarrollo de las líneas a nivel nacional, su implementación dependerá de la capacidad instalada y de las características propias de cada territorio.

### **Recomendaciones técnicas de las líneas de teleorientación en salud mental.**

Uno de los requisitos tecnológicos más importantes en la operación de estas líneas se refiere a la confiabilidad del sistema, esto hace referencia al grado de probabilidad de que el sistema funcione correctamente. Los atributos relacionados con la confiabilidad de los recursos tecnológicos tienen que ver con la robustez del sistema, esto es, con un sistema fuerte, lo que se evidencia a través del número de veces que el sistema se avería por unidad de tiempo; cuando esta relación es baja, entonces el recurso es confiable. Seguridad del sistema, esto hace referencia a las complicaciones, con el uso del sistema. E interoperabilidad, esto se

relaciona con el cumplimiento de los estándares de captura, envío, procesamiento y visualización de datos e interconexión con otros datos (Organización Panamericana de la Salud 2016).

Por otro lado, las líneas de teleorientación en salud mental, utilizan plataformas tecnológicas vinculadas a través de estándares comunes y abiertos. Deben contar con dispositivos tecnológicos y de comunicación, un sistema de recepción de llamadas, y una herramienta informática (software) para el almacenamiento, la organización, la custodia, monitoreo y el análisis de los datos recolectados.

**Como requisitos tecnológicos mínimos de operación se sugiere que las líneas cuenten con al menos los siguientes elementos:**

- Líneas fijas y/o telefonía celular.
- Equipos de audio y transmisión de voz (diademas, micrófonos).
- Equipos de cómputo institucionales (torres CPU, monitores, teclados, mouse).
- Servicio de internet (banda ancha, cobertura, fibra óptica).
- Servidor o de base de datos que garantice la salvaguarda de la información de las personas que consultan la línea o en servidores físicos o digitales institucionales.
- Apoyo y acceso de servicios digitales (redes sociales, WhatsApp, páginas Web).
- Programa de registro de teleorientaciones que permita alimentar bases de datos que permitan el monitoreo de la línea.

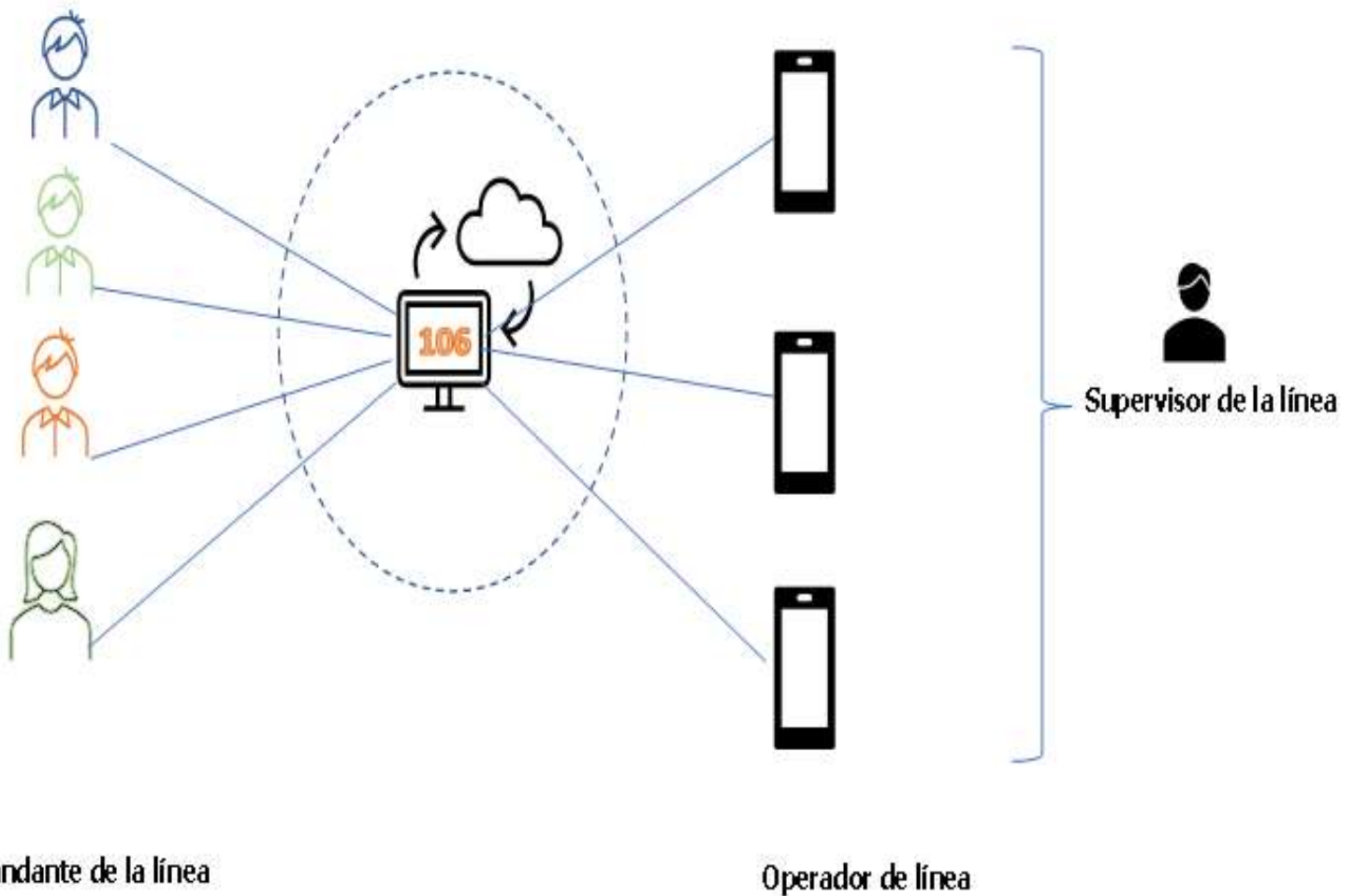
Sumado a lo anterior, existen dos elementos que podrían mejorar la experiencia y la efectividad en la interacción con los usuarios son:

- Tecnología de conmutador que permita visualizar en tiempo real el flujo de llamadas a la línea y permita redireccionar las llamadas según las necesidades de los usuarios.
- Software que permita la geolocalización, especialmente para los casos de alto riesgo (violencia basada en género y otras violencias, suicidio, procesos de restablecimiento de derechos, reporte de delitos, etc.). (Gráfica 1).



Gráfica 1.

Proceso de recepción de una llamada en una línea de teleorientación



Demandante de la línea

Operador de línea

Fuente: elaboración propia.

En este orden de ideas, claramente los servicios de las líneas de teleorientación consisten en brindar orientación, información, asesoría o consejería a través de plataformas telefónicas u otros medios tecnológicos sin la posibilidad de realizar una valoración física o presencial de la persona del usuario. En este contexto, es un desafío para las personas que consultan y las personas que brindan teleorientación establecer el tipo de ayuda que se requiere e

identificar la información se puede indagar y proporcionar legítimamente para articular y gestionar las expectativas de ambas partes en la interacción. Por lo anterior se recomienda contar con una plataforma tecnológica suficiente para facilitar dicha labor (Bloch y Leydon 2019).

Con respecto a los dispositivos y aplicaciones en salud, Viraj Bhise (s.f.) señala que la mayoría de las aplicaciones de salud móvil usan sistemas basados en mensajes de texto, capacidad de datos (GPRS, 3G o 4G), modos USSD (Unstructured Supplementary Service Data) o una combinación de estos. La mayoría de estos modelos son complementados por una aplicación web utilizando internet. En este sentido, **se recomienda que las líneas de teleorientación cuenten con un sistema de recepción de llamadas en tiempo real**. El enrutador de llamadas es un servicio básico imprescindible para asegurar una comunicación sencilla y accesible.

Esta opción puede ser habilitada tanto en sistemas telefónicos tradicionales como en sistemas de telefonía para empresas. Gracias al enrutamiento de llamadas, es posible redireccionar de forma automática las llamadas entrantes basándose en la disponibilidad de los profesionales que realizan la teleorientación. De esta manera, es posible aumentar la eficiencia de los procesos de comunicación, así como cubrir mejor las necesidades de los usuarios, para quienes los largos tiempos de espera al teléfono o un largo camino hasta encontrar a la persona indicada son una experiencia negativa. Sin embargo, este tipo de tecnologías aplicarán para aquellas líneas de teleorientación en salud mental que cuenten con más de una persona que realice la teleorientación.

**Esta tecnología permite gestionar y monitorear, entre otros, los siguientes procesos:**

- Identificador de llamadas.
- Identificador del orientador.
- Seguimiento de los protocolos de atención.
- Sistema de comunicación interna (chats, correos), que favorezcan un enlace sincrónico entre los integrantes del equipo de teleorientación en casos de activación de rutas de urgencia y emergencia y/o direccionamiento de casos difíciles.
- Geolocalización de llamadas.

- Duración de las llamadas.
- Tiempos de respuesta y velocidad de la asistencia.
- Enlace con entes territoriales y profesionales de apoyo.
- Acceso a recursos o herramientas electrónicas, como protocolos clínicos, test, directorio entes territoriales, directorio grupos de apoyo, líneas de urgencia y emergencia, guías de orientación psicológica, boletines epidemiológicos, normatividad, material de difusión, cartillas, presentaciones, videos, documentos (DSM-V, CIE-10).

Se recomienda contar con un sistema informático (software) que permita el almacenamiento, la organización, la custodia y el análisis de la información recolectada. Para la generación de informes estandarizados que permitirán al territorio visibilizar las acciones desarrolladas para acortar las brechas en salud mental. Algunos de los informes y estadísticas que podrían generarse siguiendo las recomendaciones de este documento son:

- Agendamiento de interacciones con los usuarios.
- Caracterización de la población atendida.
- Indicadores de Canalizaciones.
- Indicadores de procesos y resultados.
- Medidas de seguridad y protección de datos (usuarios y contraseñas).
- Monitoreo de indicadores de la teleorientación y el desempeño.
- Monitoreo de indicadores de satisfacción de los usuarios.
- Reportes de tipo sociodemográfico.
- Seguimientos de casos.

Es importante anotar que, si bien las recomendaciones tecnológicas propuestas pueden ser favorables para la operación de las diferentes líneas de teleorientación en salud mental, su implementación dependerá de la capacidad de cada ente implementador.

- **Duración de funcionamiento:** en relación con las necesidades del implementador y los recursos disponibles, se debe establecer tanto el tiempo de funcionamiento durante el año, como el horario de disponibilidad de la línea (por ejemplo: 24 horas al día los 7 días de la semana. O de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 6:00 pm), especialmente teniendo en cuenta los horarios en que se espera mayor demanda de teleorientación.

- **Definir instrumentos:** para la operación de la línea se requiere contar con una serie de instrumentos que permitan homogeneizar el proceso de orientación, hacer seguimiento de las personas que reciben teleorientación y procesos de sistematización de la implementación que permita contar con información que dé cuenta de indicadores de procesos y resultados tales como formatos de registro de interacciones, canalizaciones, cuadro de asignación de turnos entre otros.
- **Talento humano:** se espera que se conformen equipos de teleorientación con profesionales en psicología y, en lo posible, con disponibilidad de profesionales con posgrado y experiencia en el abordaje clínico. Es importante que se designe un profesional para supervisar y acompañar al equipo en todos los turnos, para apoyar los procesos de gestión y respuesta, incluyendo el cumplimiento de los turnos, el correcto desarrollo de las interacciones, su registro y la activación de rutas sectoriales e intersectoriales, así como acompañar el proceso de fortalecimiento la línea, como por ejemplo: análisis de casos, profundización en contenidos para el manejo de situaciones especiales, y el cuidado de la salud mental del equipo, entre otros.  
Las personas que realizan las acciones de teleorientación son comúnmente reconocidas como operadores, agentes o teleorientadores; este último es el nombre con el que son referenciadas a lo largo del presente documento de orientaciones para el fortalecimiento de la teleorientación en salud mental.

Se debe realizar un proceso de capacitación al talento humano para el uso del presente **Documento de Orientaciones para el Fortalecimiento de la Teleorientación en Salud Mental**, en el seguimiento de los algoritmos de manejo, el correcto diligenciamiento de las herramientas de registro de la línea, el abordaje y alcance de la teleorientación, las rutas de acceso a servicios de salud y sociales (previamente identificados) y de otras particularidades propias del territorio.

Lo anterior debe contar con un **cronograma o programación que asegure la periodicidad de los procesos para el fortalecimiento de capacidades del talento humano que brinda la teleorientación**. Así mismo es importante generar un espacio de análisis de los casos más relevantes o de especial interés (por ejemplo: violencias, policonsultantes, etc.) de tal forma que se generen recomendaciones y mejores prácticas frente a casos similares; así mismo se deben

**implementar acciones orientadas al cuidado de la salud mental para evitar el posible agotamiento del equipo.**

**Proceso de coordinación sectorial e intersectorial.**

Una vez definido lo anterior se debe realizar un plan de coordinación sectorial e intersectorial que permita abordar a la población usuaria de la línea, se recomienda tener en cuenta realizar la identificación de actores a través de un mapeo de las instancias que pueden aportar en el abordaje a la población usuaria de la línea y la construcción de acuerdos que permitan la activación de servicios de salud, sociales y otros actores como la policía, que faciliten realizar apoyo en casos específicos.

En el marco de lo anterior **se recomiendan el benchmarking tecnológico** que consiste en una estrategia de colaboración entre todas las organizaciones que proveen el servicio de teleorientación en salud mental, que suministran datos para comparar su propia práctica con la de otros. En el benchmarking se toma como referencia los servicios o procesos de trabajo de las organizaciones que se consideran líderes, para compararlos con los de tu propia organización y realizar mejoras e implementarlas. En la Caja de Herramientas que acompaña este documento se presenta una guía de 8 pasos para realizar un benchmarking tecnológico.

Lanzamiento de la línea. Se recomienda porque la visibilización de las líneas de teleorientación facilita los procesos de articulación con los actores del Sistema de Salud en el territorio como EPS, IPS y otros actores interesados e incentivar el uso de la línea, por lo que se pueden utilizar diferentes medios de comunicación masivos (radio, televisión, internet), medios de comunicación propios de las diferentes instituciones o medios locales y comunitarios entre otros.

Desarrollo del proceso de teleorientación (**descripción general**). El talento humano que implementa las acciones de teleorientación, de acuerdo con las necesidades expuestas por los usuarios (motivo de llamada/consulta/solicitud) y a los riesgos identificados durante la interacción, decide cuál algoritmo de teleorientación utilizar. Los casos que ameriten un abordaje diferencial deben ser reportados y analizados con quién haga las veces de supervisor del turno, como por ejemplo en los

casos de violencias de género, o aquellos casos que supongan un especial reto para el profesional de la salud, dada su complejidad o afectación y que requiera análisis conjunto con el resto del equipo.

De acuerdo a la particularidad de cada caso se definirá la pertinencia de seguimientos o finalización de la teleorientación. Todo el talento humano debe realizar el diligenciamiento de los instrumentos que se dispongan para el registro de las acciones de teleorientación.

Todos los casos que supongan un reto especial en la teleorientación, como personas con riesgo inminente de auto y heteroagresión, intentos de suicidio, violencias de género recientes (en los últimos 5 días), sobredosis por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, deben ser reportados a quien haga las veces de supervisor de turno y requieren un ejercicio de análisis con el fin de: a) revisar que el abordaje sea el más adecuado e identificar los aspectos que podrían requerir mejora; b) preparar al resto del equipo ante casos similares; c) informar a la autoridad sanitaria de estos casos para un acompañamiento más específico; d) realizar procesos de cuidado de salud mental a quienes participaron en el proceso de teleorientación y canalización; e) realizar recomendaciones a la entidad territorial para fortalecer respuesta ante casos similares.

Sistematización, evaluación y mejoramiento. El último elemento del proceso general de implementación hace referencia al proceso de sistematización y recomendaciones de salud pública, el cual requiere de la participación de todo el equipo, tanto en el diligenciamiento de los instrumentos disponibles a lo largo de la implementación, como en la participación de análisis de casos, formación continua, prevención del agotamiento del talento humano, entre otros.

Se recomienda realizar informes mensuales que den cuenta de las teleorientaciones realizadas, avances en el cumplimiento de indicadores propuestos, análisis de casos realizados y otros que determine la entidad territorial.

Se sugiere realizar interacciones a manera de grupo focal con el equipo de teleorientación para identificar lecciones aprendidas, oportunidades de mejora y recomendaciones de salud pública para la entidad territorial, de tal forma que fortalezca la respuesta institucional en el territorio, orientada a mejorar la calidad de vida de la población.

### 3. Alcance de la teleorientación en salud mental

---

Considerando el marco normativo y el alcance general que el Ministerio de Salud y Protección Social ha dado a la teleorientación, serán alcance de las líneas de teleorientación en salud mental las siguientes acciones.

#### Intervención en crisis

##### ¿Qué es una crisis?

Un periodo crucial o decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales. De manera específica, es un periodo limitado de desequilibrio psicológico, precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital de la persona. Este cambio origina necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo (Cohen, 1989). Un momento de grandes dificultades, problemas o peligros, ante los cuales se experimenta temor y posiblemente genere heridas y pérdidas. También pueden representar una oportunidad para mejorar la situación de las personas.

Se han identificado diferentes situaciones ante las cuales se pueden generar crisis emocionales, como, por ejemplo:

- **Circunstanciales o situacionales:** Aparecen de forma repentina, inesperada, con elevado impacto y urgencia al amenazar el bienestar físico y psicológico, algunas pueden ser masivas afectando a muchas personas al mismo tiempo, generalmente ocasionadas por el hombre o resultado de accidentes. Por ejemplo: cualquier pérdida (de seres

queridos, trabajo, bienes materiales), accidentes, enfermedades, pandemias, atracos, violaciones).

- **Durante la vida:** Cambios que resultan del crecimiento, desarrollo y transiciones entre los diferentes momentos del curso de vida (p. ej. entrada o cambio de colegio, inicio de la vida laboral o de pareja, divorcios, menopausia, nido vacío).
- **Ecosistémicas:** Resultan de desastres ocasionados por humanos o por la naturaleza (Miller, 2011 y Slaikeu, 1996).
- **Existenciales:** Provocadas por conflictos internos (p. ej. insatisfacción con la forma de vida que se ha elegido, con la profesión que se ha venido ejerciendo, enfrentarse a situaciones que contradicen los valores propios).

Como lo define Slaikeu (1996), cuando ocurre un suceso amenazante, las personas realizan la evaluación de la situación que experimentan. Por un lado, analiza los hechos identificándolos como relevantes o irrelevantes, benignos o tensionantes por representar un daño físico, una pérdida o una amenaza para el bienestar presente o un reto. Y, por otro lado, reflexiona acerca de las capacidades que tiene para enfrentar el suceso, esto es las habilidades con las que cuenta y las oportunidades para ponerlas en marcha.

No obstante, cuando el ser humano evalúa el evento amenazante como desbordante de sus recursos de afrontamiento puede experimentar crisis caracterizadas por una gran alteración emocional, perturbación, sensación de cansancio, agotamiento, desamparo, inadecuación, confusión, ansiedad, afectación del funcionamiento de sus relaciones laborales, familiares y sociales, y síntomas físicos asociados al síndrome ansioso y depresivo generado.

**Síntomas:** La confusión y desorganización pueden generar afectación en distintos aspectos de la vida de una persona a nivel de sentimientos, pensamientos, relaciones sociales, funcionamiento físico y conductas. Los síntomas principales que la definen son:

- Cambios de comportamiento como agresión, impulsividad, hiperactividad y actos vulgares e indecentes, evitación, aislamiento.
- Desorden en el funcionamiento de las relaciones a nivel familiar, social, laboral y escolar.



- Diferentes emocionales referidos a angustia, frustración, confusión, tristeza, pesadillas, miedo, ira, cansancio
- Dificultad para pensar, falta de concentración, pensamiento de túnel, dificultad para tomar decisiones e ideas o acciones autodestructivas.
- Manifestación de síntomas físicos: alteraciones de sueño, indigestión, dolores de cabeza, disminución o aumento del apetito.

### **Factores de riesgo en el desarrollo de una crisis:**

- Afectaciones en la salud física y mental.
- Consumo de sustancias psicoactivas y automedicación.
- Medio ambiente: problemas socioeconómicos, situación financiera, exposición a violencias (de género, intrafamiliar, interpersonal, estructural, física, sexual, psicológica, económica), dinámicas familiares conflictivas o negligentes, ausencia de redes de apoyo social.
- Variables propias de la persona: edad o momento del curso de vida, género, experiencias de crisis anteriores no resueltas o mal resueltas, estrategias de afrontamiento inadecuada, distorsiones cognitivas, valores y sistemas de creencias, culturales, control sobre las decisiones, capacidad de reorganización y restricciones concomitantes.

### **¿Qué es la intervención en crisis?**

De acuerdo con Fernández Márquez (2010), la intervención en crisis se puede entender como la estrategia que se aplica en el momento de una crisis, con el objetivo de ayudar a las personas a recuperar el nivel de funcionamiento que tenían antes de la crisis, la restauración del equilibrio emocional y una mejora en cuanto a su conceptualización de lo sucedido para apoyar en la activación de los recursos de afrontamiento que se requieren. Dependiendo de su alcance, este tipo de intervención se divide en:

- **Intervención en crisis de primera instancia**, que consiste en dar los primeros auxilios psicológicos (PAP) y restablecer el enfrentamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo. Este es el alcance de la intervención que se realiza a través de la teleorientación en salud mental.
- **Intervención en crisis de segunda instancia**, que consiste en brindar a las personas que lo requieren un proceso psicoterapéutico dirigido a ayudar a elaborar los sucesos traumáticos, es decir a integrarlos de manera adecuada a la trama de la vida, sin impacto traumático. Este tipo de intervención está fuera del alcance de una línea de teleorientación y hace parte de la atención clínico – terapéutica que se debe proporcionar

a través de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) habilitada, es por esto que no hace parte de este protocolo.

## **Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)**

¿Qué son los PAP?

- Acciones que se ponen en práctica en forma provisional tan pronto se reconoce una crisis emocional para proporcionar apoyo a una o varias personas que sufren, buscando reducir el peligro de lesiones, agresiones o muerte (homicidio, suicidio), prevenir posibles complicaciones psicológicas y, en lo posible, obtener algún beneficio o aprendizaje en la resolución de la crisis.
- Estas acciones ayudan a recuperar el funcionamiento y estabilidad emocional, encontrar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo sucedido, así como fortalecer habilidades de afrontamiento efectivo como autoestima, asertividad y solución de conflictos.
- Buscan enlazar con fuentes de apoyo familiar, social y/o institucional, incluyendo la canalización a servicios de salud y de otros sectores.
- Los primeros auxilios psicológicos suponen la capacidad de la persona que ayuda para comprender la situación de la persona en crisis. Para esto es muy importante lograr que la persona se sienta activamente escuchada, aceptada, comprendida y apoyada. Esto reduce la intensidad del aturdimiento emocional y reactiva la capacidad de resolución de problemas.
- Durante los PAP se escucha totalmente a la persona, con todos los hechos, emociones y sentimientos que voluntariamente desee compartir, sin juzgarla ni hacerle reclamos. Entendiendo que se trata de la forma particular en que la persona visualiza la situación y se comunica.

## **Fases a través de las cuales se brindan los PAP**

### **1. Contacto Psicológico (empatía).**

Los primeros auxilios psicológicos suponen la capacidad de la persona que ayuda para comprender la situación de la persona en crisis. Para esto es muy importante lograr que la persona se sienta activamente escuchada, aceptada, comprendida y apoyada. Esto reduce la intensidad del aturdimiento emocional y reactiva la capacidad de resolución de problemas.

En esta fase se escucha totalmente a la persona, con todos los hechos, emociones y sentimientos que voluntariamente desee compartir, sin juzgarla ni hacerle reclamos.

Entendiendo que se trata de la forma particular en que la persona visualiza la situación y se comunica.

## **2. Evaluación de la situación (análisis de las dimensiones del problema).**

Consiste en comprender las características del problema o los problemas que han generado la situación crítica en la persona. El objetivo principal de esta segunda fase es darles un orden a las necesidades de la persona, identificando las que necesitan manejo inmediato y las que pueden dejarse para después. Para lograrlo se deben hacer preguntas directas de manera respetuosa para indagar sobre los siguientes aspectos de la situación:

- El presente: ¿Qué sucedió?, ¿Quién está implicado?, ¿Qué está sintiendo la persona?, ¿Qué está pensando? y ¿Qué puede hacer?, dependiendo de sus propias capacidades de afrontamiento (recursos personales o internos) y de los recursos familiares, sociales y/o institucionales con los que cuenta. Es decir: cómo son sus relaciones familiares, con amigos y otras personas cercanas. Cuál es su EPS y la IPS donde lo atienden, otras instituciones como iglesias, refugios, instituciones educativas, entre otras, dependiendo de la situación.
- El pasado inmediato: factores o acontecimientos desencadenantes de la crisis emocional: Económicos, sentimentales, duelos o pérdidas y socio ambientales.
- El futuro inmediato: Identificar los posibles riesgos (lesiones, agresiones, muerte, otras afectaciones en la salud).

## **3. Identificar y analizar posibles soluciones.**

Realizar un análisis de las posibles soluciones para las necesidades inmediatas y, en lo posible, también para las que pueden dejarse para después, y generar compromisos para que la persona en crisis tome decisiones y actúe en búsqueda de la solución. Para guiar este proceso paso a paso, es necesario lo siguiente:

- Indagar primero por lo que ha hecho la persona para intentar solucionar el problema.
- Orientarla para el reconocimiento de sus capacidades de afrontamiento y redes de apoyo.
- Motivar el planteamiento de nuevas alternativas y analizarlas con la persona (las ganancias y pérdidas, los pros y contras de cada opción).
- A partir de lo anterior, proponer nuevas alternativas de solución, teniendo en cuenta los posibles obstáculos. Dentro de las alternativas de solución contemplar, por ejemplo, las siguientes:
  - Llamar a un acudiente o persona responsable que acompañe a la persona en crisis
  - Informar sobre la condición emocional de la persona, activar rutas de urgencias
  - Realizar canalización a servicios de salud,
  - Articular con otras líneas de apoyo para situaciones de exposición a violencias, poner denuncias, entre otros.

#### **4. Asistencia para la ejecución de acciones concretas.**

Ayudar a la persona a ejecutar la acción concreta que se ha concertado para manejar la crisis. En muchas oportunidades será suficiente orientar a la persona para que ponga en marcha su plan de manera autónoma, pero es muy frecuente que las circunstancias deterioren severamente la capacidad de una persona para actuar; entonces será necesario asumir un rol más directivo, pasando de una actitud facilitadora, que favorece el afrontamiento de la persona por ella misma, a guiar y acompañar a la persona en el proceso. Por ejemplo: ayudarle en el paso a paso de poner una denuncia por internet, redactar una carta o un derecho de petición, realizar directamente la llamada a la línea de orientación para mujeres víctimas de violencias de género, mientras se mantiene abierta la llamada inicial con la persona que requiere la ayuda.

#### **5. Seguimiento**

Acordar una próxima llamada con la persona para determinar si se lograron o no las metas acordadas en el primer contacto. Si la persona se encuentra igual, e incluso peor que en el primer contacto, se recomienda volver a realizar la evaluación de los riesgos para reorientar el proceso con la persona y generar las nuevas canalizaciones a que haya lugar. Se recomienda realizar un máximo de tres seguimientos con cada persona.

Si la persona requiere un segundo seguimiento se recomienda profundizar en los siguientes aspectos:

- Los cambios en el estado emocional de la persona, buscando reconocer si el estado emocional del primer contacto ha evolucionado favorablemente y si la persona logra hacer un juicio adecuado sobre este mismo (p.ej. una persona llama en crisis de ansiedad la primera vez, en el segundo contacto el usuario refiere sentirse mejor, haber reconocido sus reacciones cómo dañinas para sí mismo y estar en proceso de encontrar apoyo para construir reacciones que sean sanas para sí mismo).
- Evaluación crítica que hace la persona de las creencias que están afectándolo emocionalmente, reconociendo un problema y gestionando por sí mismo la búsqueda de alternativas que le permitan tener apoyo (p.ej. citas por psicología, psiquiatría, red de apoyo) lo anterior hace referencia a tomar decisiones y soluciones prácticas para resolver su problema.
- Recomendar la adopción de hábitos saludables. Orientar e incentivar la práctica de actividades necesarias para el manejo de la crisis como deporte, higiene del sueño, alimentación saludable, técnicas de respiración y relajación.

Durante todo el proceso estar atento a identificar síntomas que sugieran la posible presencia de un trastorno mental, ideas de hacerse daño, exposición a violencias o consumo de sustancias psicoactivas, para orientar hacia los servicios de salud correspondientes, de manera prioritaria, a través de las EPS.

Si estas situaciones constituyen una urgencia como: evidencia de plan para quitarse la vida, evidencias de violencia física, sexual u otras, intoxicación o abstinencia por sustancias psicoactivas, agitación psicomotora con riesgo de auto o heteroagresión, active inmediatamente las rutas de urgencias.

También evalúe si existen serias dificultades legales, familiares y sociales que obstaculizan la solución del problema y/o es necesario mejorar las

redes de apoyo, para apoyar el acceso a programas y servicios de los sectores competentes.

### **Recomendaciones generales para brindar PAP en teleorientación:**

- Recuerde que no se trata de una intervención psicológica breve (no se trata de una atención en crisis de segunda instancia).
- Dé la información de un modo que la persona pueda entender; es decir, de forma simple, sin usar expresiones demasiado técnicas.
- Hágale saber a la persona que comprende cómo se siente y que lamenta su pérdida y lo que le ha pasado, como haberse quedado sin techo o haber perdido a un ser querido. Lo siento mucho.
- Hágale saber que reconoce su fortaleza y la manera en que se está ayudando a sí misma.
- Indique que es un espacio de privacidad.
- No cuente lo que le pasó a otra persona.
- No haga falsas promesas ni dé falsos argumentos tranquilizadores.
- No juzgue lo que hayan hecho o dejado de hacer ni sus sentimientos. No diga cosas como no debería sentirse así, debería sentirse afortunado de estar vivo.
- No le hable de sus propios problemas.
- No piense ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona en su lugar. No le quite su fortaleza.
- Ofrezca información concreta, si la tiene. Sea franco acerca de lo que sabe y lo que no sabe. No sé, pero trataré de averiguarlo. No invente cosas que no sabe.
- Oriente hacia un espacio de descarga emocional que le permita a la persona escucharse a sí misma
- Propicie un ambiente de seguridad y confianza para el usuario.
- Respete la privacidad y mantenga la confidencialidad del relato, especialmente cuando revelen cosas muy íntimas.
- Tenga paciencia y mantenga la calma durante toda la intervención.
- Valide y legitime los sentimientos y pensamientos de la persona.

En la Tabla 2 se presentan unas recomendaciones de actuación durante los PAP adaptadas para la teleorientación a partir de lo propuesto por la Organización Mundial para la Salud (2000, 2012) y Organización Panamericana de la Salud (2010).

**Tabla 2. Recomendaciones de actuación durante los PAP adaptadas para la teleorientación.**

¿Qué hacer?	¿Qué no hacer?
Mantener la calma al entender que el usuario se encuentra en una situación de riesgo	Ignorar la situación y minimizarla
Mostrar apoyo y preocupación por la situación del usuario	Hacer parecer el problema como algo trivial
Preguntar por intentos previos de suicidio	Retar a la persona a seguir adelante con su plan
Identificar otros apoyos que puedan acudir al lugar exacto donde se encuentra el usuario en el momento (el teleorientador es quien debe contactar a dichas personas)	Colgar la llamada
Permanecer en la llamada con la persona hasta que haya sido asistida por un tercero	Demostrar al usuario que el teleorientador está asustado

Fuente: Elaboración propia con base en lo establecido por la Organización Mundial para la Salud (2000, 2012) y la Organización Panamericana de la Salud (2010).

### **Psicoeducación.**

En un sentido amplio, la psicoeducación puede ser entendida como como una herramienta que se utiliza en salud mental en la cual se proporciona información a una persona acerca de una situación en salud mental específica que está presentando, a partir de la evidencia disponible y con la cual se pueda comprender de una manera más completa las características de lo que la persona está viviendo y se facilite la toma de

decisiones para la adopción de estilos de vida saludables y prácticas que mejoren la enfermedad que la persona está atravesando, promoviendo la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social, en los casos que sea necesario desarrollarlo. La psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone enfrentar una crisis no normativa (Godoy et al., 2020).

La Psicoeducación se instala en campo amplio de la educación en la salud, que acorde con lo definido en la resolución 3280 de 2019, es un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior y desde las líneas de tele orientación, la psicoeducación es una herramienta fundamental para ayudar a mejorar la calidad de las personas que se comunican con las mismas, dado que en muchos casos se establece como una oportunidad única, en la cual se puede brindar información de calidad a las personas, con el fin de que mejoren su conocimiento sobre la situación que está viviendo, a la par de orientar sobre qué cosas puede hacer y a que servicios en su contexto local se pueden vincular, para disminuir el impacto de lo que está viviendo. Por tanto, y de manera general, dado que en cada uno de los capítulos se especificarán pautas para hacer la psicoeducación acorde con las características de las interacciones a realizar, se puede establecer que la psicoeducación podrá ir orientada a:

- Proveer información que le permita a la persona mejorar el conocimiento sobre las características de la situación, problema o trastorno mental por la que está pasando, tales como signos y síntomas, naturaleza del problema o trastorno.



- Proveer información real que esté disponible en el contexto territorial, sobre las opciones que acorde con las características de la situación, problema o trastorno mental, permitan que la mejore el conocimiento y se facilite la toma de decisiones respecto a acciones para abordar y manejar lo que está pasando incluyendo acceso a servicio de salud para llevar a cabo tratamiento si es necesario, acceso a servicios sociales tales como empleo, alimentación, bienestar que puedan servir como apoyo.
- En los casos que la persona haya suspendido un tratamiento o que este en un proceso actual de tratamiento, recordar, la importancia de cumplir los procedimientos en salud que se están llevando a cabo, incluido lo que puede hacer la persona (por ejemplo, tomar medicamentos o realizar interacciones psicológicas pertinentes, como los ejercicios de relajación) y qué pueden hacer los cuidadores para ayudarla a cumplir las indicaciones del tratamiento. En el caso que se esté consumiendo un medicamento, es importante acorde con las características de cada uno, señalar los posibles efectos secundarios (a corto y a largo plazo) los cuales deben ser vigilados por las personas y los cuidadores
- Proveer información sobre la forma como las personas puede adoptar, fortalecer y/o mejorar comportamientos orientados a la adopción de estilos de vida saludables, tales como hacer ejercicio, hábitos e higiene de sueño, reducción o eliminación de consumo de alcohol, tabaco, cafeína y otras sustancias psicoactivas, mejoramiento de hábitos alimenticios, técnicas de respiración y relación entre otros, acorde con los intereses de las personas, lo que esté disponible en el contexto local y lo que las características de la situación, problema o trastorno mental permita.
- En el caso de que quienes se comuniquen sean cuidadores, o la red de apoyo de las personas, adicional a lo anterior, resaltar la importancia del autocuidado de la salud mental.

### **Activación de rutas, canalización y gestión con EAPB.**

Acorde con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, la canalización se define como el conjunto de actividades de orientación y direccionamiento de los usuarios, familias y comunidades a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, con el fin de mejorar el acceso a estos y de esta manera mejorar su estado de salud y su calidad de vida e incluye el seguimiento a los individuos y familias canalizados. En este sentido y desde el alcance de las líneas de teleorientación, para lograr procesos de

canalización eficientes es indispensable contar con un directorio de servicios de salud y servicios sociales disponibles en el territorio (nombre de la entidad o institución, nombre de contacto, responsable o referente (s), números de teléfonos de la entidad como del personal a cargo, correos electrónicos, dirección física).

A continuación, se presentan unas **recomendaciones para que las líneas de teleorientación puedan construir su directorio** de contactos para direccionar los casos atendidos, conforme a la oferta a nivel territorial:

- Hacer una búsqueda por sectores específicos del territorio donde se encuentran, señalando e identificando instituciones que oferten apoyo en salud mental, y también identificar oferta de programas o grupos de apoyo alternos en salud mental que les permita promover la articulación para atención al caso
- Contactar dichas instituciones y verificar si realizan cobertura y aseguramiento a personas del régimen contributivo y/o subsidiado para que puedan ser remitidos y/o referenciados desde la línea de teleorientación, profundizar frente a las problemáticas puntuales que atienden de salud mental y cuáles no.
- Consolidar la información recolectada en un archivo propio de la línea de teleorientación que contenga el nombre de la institución, la dirección, el teléfono, el correo electrónico, el tipo de servicios que ofrecen y otros apartados que usted considere pertinentes.
- Verifique periódicamente (semestralmente) que la información esté actualizada.

#### **Recomendaciones para los procesos de canalización desde la teleorientación en salud mental:**

- Reconocimiento de las condiciones y mecanismos de acceso para los usuarios de la línea, tanto de los servicios de salud como de los demás sectores presentes en el territorio.
- Como se mencionó anteriormente, durante la interacción con los usuarios, estar alerta a la identificación de situaciones o signos de alarma, a partir de los cuales sea necesario realizar la canalización hacia los servicios de salud mental; por ejemplo, la ausencia de respuesta a las acciones desarrolladas durante la teleorientación, efectos secundarios

graves a medicamentos, síntomas de intoxicación por sustancias psicoactivas, trastornos físicos o mentales concomitantes, riesgo de autolesión o suicidio. Así mismo, identificar la necesidad de canalizar para el acceso a los programas y servicios de otros sectores, que pueda estar requiriendo la persona.

- Acorde con las necesidades identificadas o manifestadas por la persona, y teniendo un conocimiento previo de los servicios de salud y sociales disponibles en el territorio, provea información real, clara, concisa y específica sobre el porqué se debe hacer la canalización y sobre la forma (ej: a dónde acudir, si se debe diligenciar un formato específico, documentos a adjuntar para la activación de los servicios, condiciones para recibir el servicio). En el caso de que, por las condiciones particulares de la persona, no se le facilite realizar la autogestión para el acceso por cuenta propia, como parte del proceso de teleorientación se deberá realizar la gestión correspondiente con las instancias involucradas, siguiendo los pasos y formatos previamente establecidos para tal fin. Se debe precisar la importancia de acudir a los servicios y mantenerse en las acciones que se deriven de la atención.

### **Búsqueda activa.**

Se refiere a las actividades de la indagación o rastreo intencionado de personas que pudieran estar requiriendo orientación en temas de salud mental y que por diversos motivos no consultaron a una IPS. Es así como, para el caso de las líneas de teleorientación en salud mental, la búsqueda activa se puede iniciar a partir de situaciones o circunstancias que tienen el potencial de generar una crisis como, por ejemplo, desastres naturales, emergencias sociales, humanitarias o de salud pública, entre otras, que tienen un impacto en la salud y bienestar de las personas. Es así como, a partir de la generación de listados de personas que experimentaron este tipo de situaciones (que contengan sus nombres y números telefónicos de contacto) se les puede contactar a través de llamadas para ofrecer la teleorientación en salud mental.

### **Seguimiento.**

Se trata de las acciones que se llevan a cabo para volver a contactar a los usuarios de las líneas con el propósito de verificar lo siguiente:

- La evolución satisfactoria de la situación de salud mental identificada en el contacto inicial y constatar que se han tenido en cuenta las recomendaciones brindadas.
- Que se haya logrado el acceso efectivo a los programas y servicios de los diferentes sectores a los que se realizó canalización durante el contacto inicial.

El seguimiento puede hacerse contactando directamente al usuario, a su red de apoyo, o a la institución u organización a la que se canalizó a la persona.

**Cuando se trata de un caso para el que se activó de manera efectiva la ruta de urgencias**, se recomienda realizar seguimiento al día siguiente con el usuario, o con su red de apoyo en caso que este haya sido hospitalizado, con el fin de cerciorarse que recibió la atención que requería para el cuidado de su salud e integridad.

**También se recomienda hacer seguimiento en las siguientes situaciones:**

- El usuario ha solicitado un segundo contacto mientras que gestiona el acceso a la atención en salud mental con su EAPB. Desde la teleorientación se puede acompañar al usuario brindando psicoeducación, escucha activa y recomendaciones pertinentes para su situación.
- Cuando se identifica que la red de apoyo del usuario es débil, desde la teleorientación se pueden brindar algunas herramientas para su fortalecimiento y brindar acompañamiento mientras se logra la atención por parte de su EAPB.

Se recomienda realizar un máximo de 3 seguimientos, al final de los cuales se deberá confirmar que la persona solicitante de ayuda a través de la teleorientación ha logrado gestionar la situación que motivó su contacto inicial; así como el acceso efectivo a los programas y servicios a los que se le haya orientado o canalizado durante el proceso.

## 4. Teleorientación según riesgos identificados

---

Descripción de las acciones a desarrollar durante la teleorientación según los riesgos identificados:

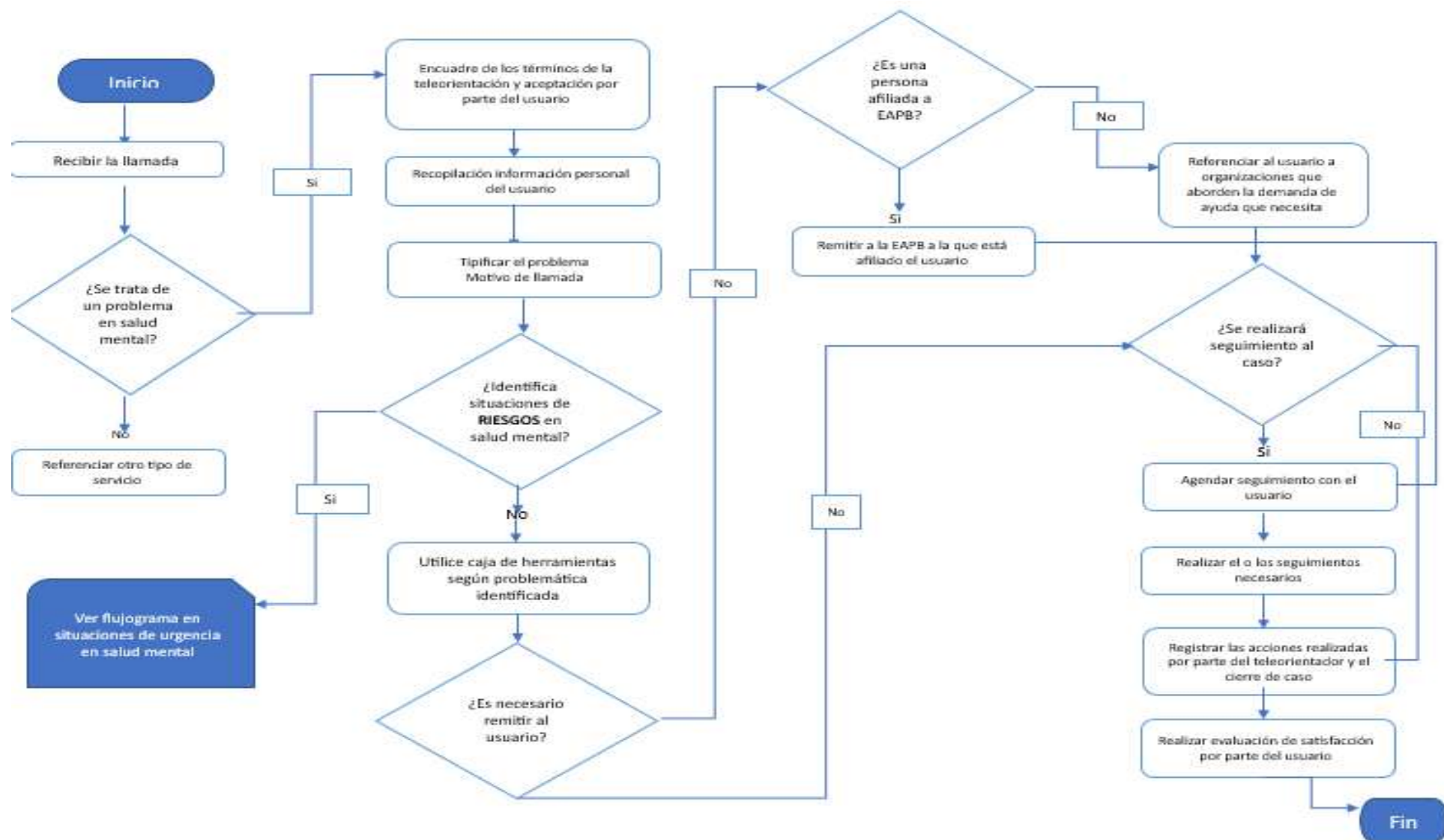
**A. Situaciones que requieren acompañamiento, orientación, y apoyo emocional**, y que no implican un riesgo inminente para la vida, seguridad e integridad del usuario o de otra persona. Es decir: no se identifica como una situación de urgencia en salud mental.

**B. Situaciones en las que se identifica un riesgo inminente para la vida, seguridad e integridad del usuario o de otra persona** (p.ej. ideación suicida estructurada, violencia física o sexual, conductas heteroagresivas, etc.). Es decir: se identifica como una situación de urgencia en salud mental.

### **Algoritmo A.**

En la Gráfica 2 se presenta el flujograma correspondiente al Algoritmo A de las acciones a seguir durante la teleorientación en situaciones donde no se identifica un riesgo inminente o urgencia y en la Tabla 1 se explican detalladamente las acciones de dicho Algoritmo.

Gráfica 2. Flujograma de Algoritmo A.



**Tabla 1. Explicación detallada de las acciones del Algoritmo A**

Descripción de la acción	Responsable
<p><b>Atender la solicitud de teleorientación (llamada, videollamada, WhatsApp, otro)</b>                      Las personas responsables de la teleorientación (comúnmente denominadas como agentes, operarios(as), teleorientadores(as)) realiza el primer contacto con el usuario que solicita atención. Es posible que la persona se comunique con el propósito de pedir la ayuda para alguien más, de igual manera se debe seguir cada paso del presente algoritmo.</p>	Teleorientador y/o equipo de recepción de llamadas
<p><b>Identificar si es un caso de salud mental</b>                      -Sí, pase al siguiente punto                      -No, orientar o canalizar hacia otro tipo de servicio y dar fin a la llamada</p>	Teleorientador y/o equipo de recepción de llamadas
<p><b>Encuadre de los términos de teleorientación y aceptación por parte de la persona usuaria.</b>                      Encuadre de los términos de la teleorientación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se explican los alcances y objetivos de la línea de teleorientación.</li> <li>2. Se informa sobre la recolección de datos personales necesarios para la teleorientación.</li> <li>3. Se informa sobre la confidencialidad y manejo ético de la información aportada. Se informa que en caso de riesgo de auto o heteroagresión deberá contactarse a su red de apoyo y servicios o autoridades pertinentes.</li> <li>4. Aceptación de seguimientos, según sea el caso.</li> <li>5. Se indaga si el usuario comprende lo expuesto anteriormente y si desea continuar con la teleorientación, en cuyo caso se continúa con la recopilación de información.</li> <li>6. En los casos en que el usuario no acepte los términos de la teleorientación, se le brindará orientación general según la solicitud que ha manifestado. Posteriormente se explicará nuevamente la importancia de continuar con la teleorientación. Si el usuario desea aceptar los</li> </ol>	Teleorientador

Descripción de la acción	Responsable
<p>términos se podrá dar continuidad a la teleorientación. Si el usuario persiste en su negativa, se dará por terminada la interacción, se hará oferta de los servicios y despedida de cierre.</p>	
<p><b>Recopilar información personal del usuario</b></p> <p>Al comenzar la interacción con cada usuario, el teleorientador debe indicarle que para continuar con la teleorientación es necesario recopilar unos datos personales que serán guardados en total confidencialidad. Si la persona se niega a dar la información, recordarle en qué consiste la ayuda que se le puede brindar por este medio, resaltando la forma en que opera la línea y su alcance, además de la relevancia de los datos para el registro. Una vez hecho esto, insistir nuevamente en la solicitud de los datos para poder dar continuidad a la interacción. Si la persona continúa sin aceptar, brinde el apoyo a que haya lugar e informarle sobre otro tipo de servicios, centros o instituciones donde le pueden ayudar con su consulta y facilítele los datos de contacto de esos organismos, antes de concluir la llamada.</p> <p>Solicitar la siguiente información, en lo posible al inicio de la interacción con el usuario, y complementa los datos durante el proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre completo</li> <li>● Apellidos</li> <li>● Edad</li> <li>● Género</li> <li>● Cédula</li> <li>● EAPB</li> <li>● Nacionalidad.</li> <li>● Departamento</li> <li>● Municipio</li> <li>● Pertenencia étnica.</li> <li>● Si es víctima de violencia.</li> <li>● Medicamentos que consume</li> <li>● Consumo de alcohol, cigarrillo u otra sustancia</li> </ul>	<p>Teleorientador</p>



Descripción de la acción	Responsable
<p>psicoactiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenciones previas por psicología y/o psiquiatría y registrarla en el apartado correspondiente para el registro de la teleorientación (este punto le permite al teleorientador saber si el caso se trata de una persona que no ha logrado tener adherencia al tratamiento y/o no ha sido atendida por el sistema de salud con frecuencia según la necesidad).</li> <li>• Profundizar para aclarar el motivo de su contacto con la línea.</li> <li>• Aceptación de realizar seguimientos.</li> </ul> <p>Es importante solicitar los datos de todas las personas que se comunican con la línea de teleorientación, aunque soliciten ayuda para alguien más.</p>	
<p><b>Tipificar el riesgo</b></p> <p>Es importante identificar si la situación planteada por el usuario representa un riesgo inminente para la vida, seguridad e integridad del usuario o de otra persona (p.ej. plan suicida estructurado, violencia física o sexual, conductas heteroagresivas, etc.).</p> <p>-No es situación de riesgo inminente para la vida, seguridad o integridad, pase al siguiente punto.</p> <p>-Si es situación de riesgo inminente para la vida, seguridad o integridad de quien se comunica con la línea o de otras personas (es una situación de urgencia), vea el flujograma y algoritmo <b>B</b> correspondientes.</p>	Teleorientador
<p><b>Usar <i>caja de herramientas</i> según problemática específica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El teleorientador debe identificar si el motivo de consulta se relaciona con síntomas de ansiedad, depresión, reacciones asociadas al estrés, problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, víctimas de violencias (psicológica, sexual, física, intrafamiliar, entre otras), exacerbación síntomas de trastornos mentales, duelo y conducta suicida, entre otras. Brinde los Primeros Auxilios Psicológicos y</li> </ul>	Teleorientador

Descripción de la acción	Responsable
<p>profundice durante la interacción con el usuario según los riesgos en salud mental identificados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el presente documento de <i>orientaciones para el fortalecimiento de la teleorientación</i>, se presentan especificaciones para realizar la teleorientación en las situaciones antes mencionadas.</li> <li>• También se recomienda usar los recursos compilados en la Caja de herramientas que acompaña al presente documento para mejorar la oportunidad, pertinencia y eficacia de las acciones de teleorientación. Incluye herramientas para la identificación de riesgos, acciones para su abordaje, canalización y seguimientos. Ingresar al siguiente link: <a href="https://view.genial.ly/631fc5ab47a9ce001bd40175/p/resentation-caja-de-herramientas">https://view.genial.ly/631fc5ab47a9ce001bd40175/p/resentation-caja-de-herramientas</a></li> </ul>	
<p><b>Identificar si es necesario canalizar al usuario</b></p> <p>El teleorientador debe evaluar según su criterio profesional si se requiere realizar una canalización:</p> <p>-Sí: Evaluar si es una <i>persona afiliada al sistema general de seguridad social en salud</i>; de serlo, canalizar a la EAPB diligenciando el formato destinado para tal fin con la información suficiente (nombres completos, cedula, nombre de la EAPB, datos de ubicación del usuario dirección y teléfono del usuario y algún miembro de su red de apoyo familiar o social). Si la <i>persona no está afiliada al sistema de seguridad social en salud</i> el teleorientador debe orientar al usuario para solicitar su afiliación ante las instancias competentes y canalizarlo hacia las organizaciones previamente reconocidas como idóneas para brindar la ayuda necesaria en el territorio. Dicha información debe tomarse del directorio que ha construido cada línea de teleorientación.</p> <p>-No: Si no se realiza canalización, acordar con el usuario la fecha y el medio más propicio para realizar seguimiento. Nota: se recomienda un máximo de 3 seguimientos.</p>	Teleorientador

Descripción de la acción	Responsable
<p><b>Realizar seguimiento</b></p> <p>Evaluar si el usuario requiere seguimiento posterior a la teleorientación inicial.</p> <p>Si: Concertar día, hora y medio de contacto para realizar el seguimiento con el usuario y su red de apoyo, si es del caso. Verificar si las canalizaciones realizadas a EAPB u otros actores generaron acceso efectivo a los servicios o programas correspondientes.</p> <p>No: Si el usuario no desea que se le programe seguimiento o si la teleorientación culmina con la primera llamada (p.ej. Solo se requería brindar información), se finaliza la llamada.</p>	Teleorientador
<p><b>Registrar las acciones realizadas por parte del teleorientador</b></p> <p>El teleorientador debe registrar las acciones realizadas como parte de la interacción con el usuario. en el formulario correspondiente según sea la interacción, de primera vez o seguimiento. Se recomienda el uso del formato SOAP que facilita la estandarización de la información para trazabilidad. (Ver en la <i>Caja de Herramientas</i>).</p>	Teleorientador

## Algoritmo B

En la Gráfica 3 se presenta el flujograma correspondiente al Algoritmo B de las acciones a seguir durante la teleorientación en situaciones de riesgo inminente para la integridad o la vida del usuario u otras personas (o urgencia) y en la Tabla 2 se reseña la explicación detallada de las acciones de dicho Algoritmo.

Gráfica 3. Flujograma del Algoritmo B.

### Urgencia

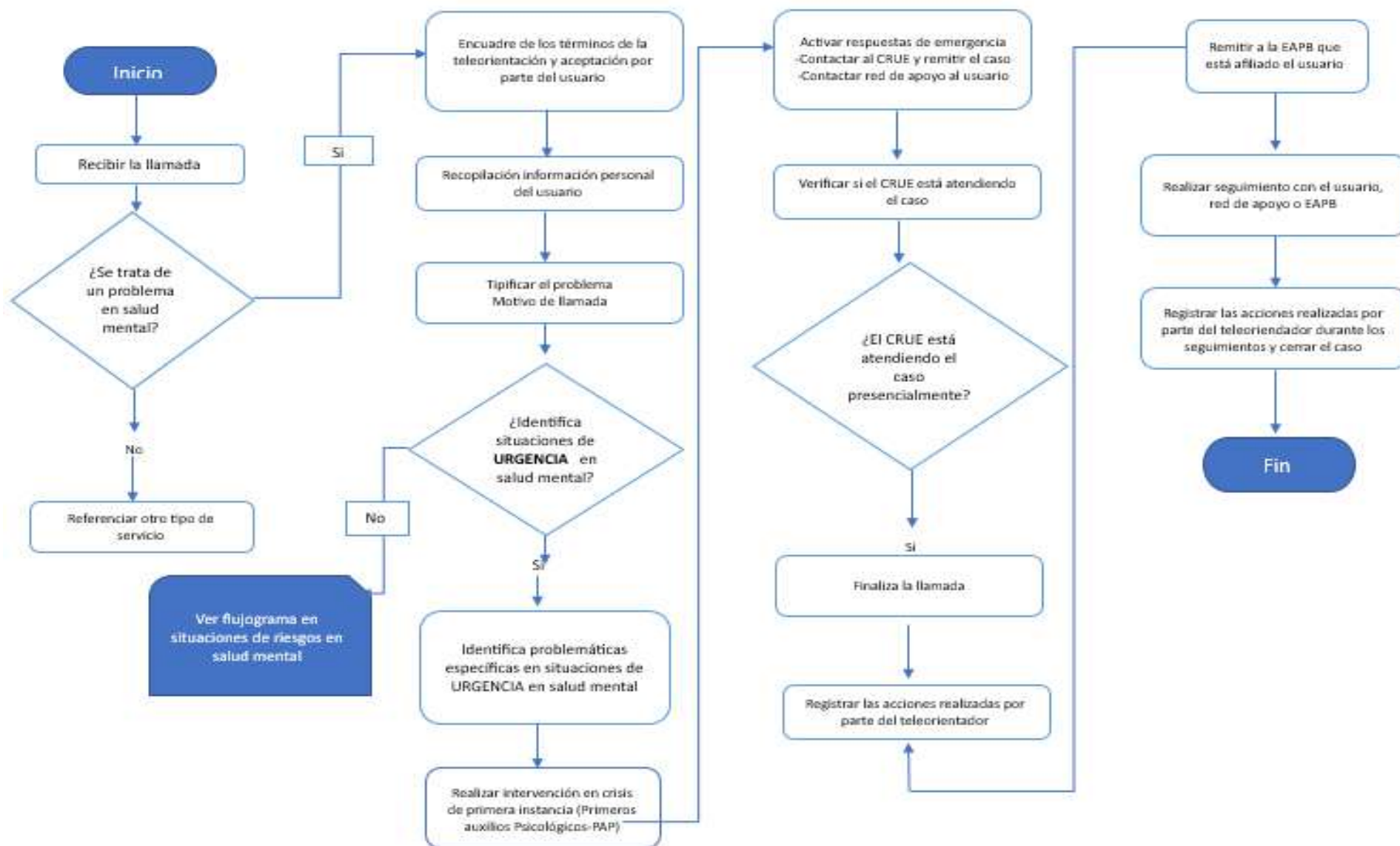


Tabla 2. Explicación detallada de las acciones del Algoritmo B.

Descripción de la acción	Responsable
<p><b>Atender la solicitud de teleorientación (llamada, videollamada, WhatsApp, otro)</b></p> <p>Realizar el primer contacto con el usuario que solicita orientación. Quien se comunica puede estar solicitando atención para alguien más; de igual manera se debe seguir cada paso del presente algoritmo.</p>	<p>Teleorientador y/o equipo de recepción de llamadas</p>
<p><b>Identificar si es un caso de salud mental</b></p> <p>-Sí: Pase al siguiente punto</p> <p>-No: Establezca los servicios y alcances de la línea. Proceda a brindar las canalizaciones según el tipo de servicio solicitado (líneas de atención de Policía, Bomberos, Fiscalía y otras entidades) o información general según sea el caso, consultar directorio territorial, que se sugiere se construya en cada línea, y dar fin a la interacción ofertando los servicios de la línea para futuras ocasiones.</p>	<p>Teleorientador y/o equipo de recepción de llamadas</p>
<p><b>Encuadre de los términos de teleorientación y aceptación por parte de la persona usuaria.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quien realiza la teleorientación debe presentarse a la persona que solicita la orientación, indicando su nombre y apellido, su rol en la línea y profesión. Así mismo explicar el alcance y objetivo de la línea de teleorientación.</li> <li>2. Informar al usuario sobre la importancia de obtener sus datos personales para brindarle una mejor orientación y poder contactarlo nuevamente en caso de que la comunicación se interrumpa.</li> <li>3. Se informa sobre la confidencialidad y manejo ético de la información aportada. Y se aclara</li> </ol>	<p>Teleorientador</p>

Descripción de la acción	Responsable
<p>que en caso de riesgo de auto o hetero agresión será necesario contactar a su red de apoyo o autoridades competentes, así como realizar canalizaciones y otras gestiones.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Se explica sobre la importancia de realizar seguimientos procurando la aceptación de los usuarios para concertarlos en el corto plazo.</li> <li>5. Se indaga si el usuario comprende lo expuesto anteriormente y si desea continuar con la teleorientación.</li> <li>6. En los casos en que el usuario no acepte los términos de la teleorientación, se le brindará orientación general según su solicitud inicial. Posteriormente, se explicará nuevamente la importancia de continuar con la teleorientación. Si el usuario persiste en su negativa, se dará por terminada la teleorientación, se hará oferta de los servicios y despedida de cierre.</li> </ol>	
<p><b>Recopilar información personal</b></p> <p>El teleorientador debe indicarle al usuario que es necesario recopilar unos datos personales para continuar con la teleorientación. Aclarar que su información será guardada en total confidencialidad. Registrar toda la información en el formato destinado para tal fin. Esto se debe realizar, en lo posible, antes de iniciar el proceso de ayuda y complementar durante la interacción. Si la persona se niega a dar la información, recuérdale en qué consiste la teleorientación en salud mental, resaltando la forma en que opera la línea y su alcance, además de la posibilidad de volver a contactarlo en caso de que la comunicación se interrumpa involuntariamente. Una vez hecho esto insista en la solicitud de los datos para poder dar continuidad a la orientación. Si la persona continúa sin aceptar, <b>bríndele la ayuda a que haya lugar, e</b></p>	Teleorientador

Descripción de la acción	Responsable
<p>infórmele sobre los diferentes servicios, centros o instituciones donde le pueden ayudar, entregándole los datos de contacto de esos organismos antes de concluir la llamada.</p> <p>Solicitar la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre completo</li> <li>● Apellidos</li> <li>● Edad</li> <li>● Género</li> <li>● Cédula</li> <li>● EAPB</li> <li>● Nacionalidad.</li> <li>● Departamento</li> <li>● Municipio</li> <li>● Pertenencia étnica.</li> <li>● Si es víctima de violencia.</li> <li>● Medicamentos que consume</li> <li>● Consumo de alcohol, cigarrillo u otra sustancia psicoactiva</li> <li>● Atenciones previas por psicología y/o psiquiatría. Este punto le permite al teleorientador saber si el caso se trata de una persona que no ha logrado tener adherencia al tratamiento y/o no ha sido atendida por el sistema de salud con la frecuencia necesaria para su recuperación.</li> <li>● Motivo de llamada.</li> <li>● Aceptación de realizar seguimientos.</li> </ul> <p>Si la persona que llama está pidiendo atención para alguien más, solicite los datos de quien llama, así como también los datos de quien requiere la atención para que usted pueda contactarse con dicha persona.</p>	
<p><b>Tipificar el riesgo</b></p> <p>Las situaciones de urgencia son aquellas que representan un peligro inminente para la vida, seguridad e integridad del usuario o de otra persona</p>	Teleorientador

Descripción de la acción	Responsable
<p>(p.ej. plan suicida estructurado, violencia física o sexual, conductas heteroagresivas, etc.).</p> <p>-Si es situación de riesgo inminente o urgencia, pase al siguiente punto</p> <p>-No es situación de riesgo inminente o urgencia, vea el flujograma y algoritmo correspondiente.</p>	
<p><b>Identificar problemática específica</b></p> <p>El teleorientador debe identificar si el motivo de consulta está relacionado con síntomas de ansiedad, depresión, conducta suicida, violencias, consumo de SPA, exacerbación de trastornos mentales previos u otros. Una vez identificada y clasificada la problemática, dirijase al apartado correspondiente en donde encontrará especificaciones para guiar la teleorientación.</p>	Teleorientador
<p><b>Realizar intervención en crisis de primera instancia (PAP)</b></p> <p>Aplicar primeros auxilios psicológicos para restablecer el equilibrio de las personas involucradas en la situación de crisis (ver sección 3.1 <i>Intervención en crisis de primera instancia</i> en este mismo documento), mientras se activa la ruta de urgencias y se asegura que el acceso sea efectivo.</p>	Teleorientador
<p><b>Activar ruta de emergencia</b></p> <p>Se recomienda contar en cada turno con un supervisor u otro teleorientador que realice la activación de la ruta de urgencias a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del territorio, mientras que se mantiene la comunicación con los usuarios en crisis. Para esta activación es de gran relevancia que el teleorientador solicite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dirección exacta de donde se encuentra la persona</li> <li>● Barrio</li> </ul>	Teleorientador y/o supervisor



Descripción de la acción	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Localidad</li> </ul> <p>Simultáneamente se debe ir contactando a la red de apoyo familiar: el teleorientador debe solicitar un contacto de un familiar o persona cercana y contactarla para que llegue al lugar donde se encuentra el usuario y apoye el proceso para direccionar a la persona a urgencias o esperar a que llegue la policía o ambulancia psiquiátrica, si esto aplica en su territorio.</p>	
<p><b>Verificar si los organismos encargados de la respuesta a urgencias y emergencias están atendiendo al usuario</b></p> <p>-Sí, el teleorientador debe asegurarse que el usuario ya se encuentra en un servicio de urgencias o ya fue asistido por las entidades de emergencia, solo hasta ese momento puede terminar la comunicación con el usuario y/o su red de apoyo.</p> <p>-No, insistir en la activación de la respuesta a la emergencia y en contactar a la red de apoyo del usuario. De ser necesario el cambio de turno realice el correspondiente empalme con su colega para que continúe con las acciones para lograr la atención satisfactoria de la urgencia.</p>	Teleorientador y/o supervisor
<p><b>Finalizar la llamada</b></p> <p>La llamada se puede finalizar cuando el teleorientador está seguro de que la persona ya fue atendida por las entidades emergencia.</p>	Teleorientador
<p><b>Registrar las acciones realizadas por parte del teleorientador</b></p> <p>El teleorientador debe registrar las acciones realizadas como parte de la atención al usuario. Se recomienda usar notas SOAP para estandarizar la organización y los contenidos de la información sobre los usuarios y las acciones realizadas en cada interacción. Esto facilita la continuidad de los procesos, la verificación de su calidad, pertinencia y</p>	Teleorientador

<b>Descripción de la acción</b>	<b>Responsable</b>
<p>el posterior análisis de la información con propósitos estadísticos y de mejoramiento de la teleorientación (Ver <i>Caja de Herramientas</i>).</p> <p>-Seguimiento, el teleorientador debe dejar registrado cuándo se hará el respectivo seguimiento con el usuario, red de apoyo. En caso de identificar que el usuario no recibió atención posterior a la atención por urgencias, realizar la correspondiente canalización a la EAPB, diligenciando el formato destinado para tal fin con la información suficiente sobre el usuario y su red de apoyo.</p>	
<p><b>Fin de la teleorientación</b></p> <p>Se considera terminada la teleorientación cuando el usuario ha sido canalizado de manera efectiva al sistema de urgencias y/o se ha activado la red de apoyo familiar, así como también se ha dejado registro de las acciones realizadas con la fecha de su correspondiente seguimiento. Se considerará “cerrado el caso” cuando durante el último seguimiento se verificó el acceso efectivo a los servicios de salud mental a través de la EAPB del usuario.</p>	Teleorientador

## **Recomendaciones para todas las interacciones en el marco de la teleorientación en salud mental.**

### *Recomendaciones generales*

- Prefiera información concisa que priorice las necesidades reportadas e identificadas.
- Recolectar información relevante para posibles gestiones posteriores (Rutas de acceso a servicios de salud y de otros sectores, incluyendo intervenciones colectivas como dispositivos comunitarios, RBC, entre otros disponibles en el territorio).
- Tenga en cuenta que esta información es esencial para que usted u otros profesionales realicen seguimientos y brinden orientación a las personas.
- Tener en cuenta factores predisponentes y/o precipitantes, dinámicas sociales, culturales propias de los usuarios y sus territorios.
- Informar sobre derechos y deberes, así como redes de apoyo sociales, comunitarias e institucionales (consultar *Caja de Herramientas*).

## **Recomendaciones para la teleorientación con enfoque diferencial.**

### *Población LGBTIQ+*

A continuación, se sugieren algunas pautas de acuerdo al rotafolio modelo de atención diferencial en salud para población LGBTI (Ver *Caja de Herramientas*), con el fin de orientar las interacciones de teleorientación humanizadas, amigables y respetuosas, reconociendo las orientaciones sexuales diversas, las expresiones de género y los procesos de construcción identitaria, desde un enfoque de derechos para la garantía del acceso oportuno a servicios de salud y de otros sectores.

- No suponer: no asuma la identidad de género o la orientación sexual de la persona consultante, no asocie su voz a un género específico (masculino o femenino). Utilice un lenguaje inclusivo y evite usar palabras con género si desconoce cómo se identifica la persona que está atendiendo. Por ejemplo:

señor, señora, bienvenido, bienvenida. Mejor utilice palabras o frases neutrales. Por ejemplo: “usted”, “¿Cuál es el motivo por el que llama?”

- Identificar: Pregunte siempre por el nombre de la persona que se comunica con la Línea, el cual no necesariamente va a coincidir con el nombre jurídico que aparece en la cédula de ciudadanía o en el reporte que usted consulta en el ADRES. El nombre es parte de la identidad de una persona y se encuentra vinculado al derecho del libre desarrollo de la personalidad y el reconocimiento de la identidad individual. La orientación sexual y la identidad de género son aspectos que cada persona define en ejercicio de sus derechos. Antes de solicitar el número de documento de identidad o generar la consulta en ADRES, pregunte siempre por el nombre de la persona consultante, y en adelante, usted debe referirse a la persona como ella lo indique, con los pronombres: él/ella, así como: señor/señora según corresponda. No obstante, tenga en cuenta que algunas personas no binarias prefieren no ser nombradas con palabras asociadas a un género específico, para este caso utilice un lenguaje neutro, ej.: ¿Usted siente que está en riesgo?, en vez de decir, usted está asustada o asustado.
- Preguntar cuál es la orientación sexual o identidad de género de la persona consultante. Es importante garantizar un trato diferencial a las personas homosexuales, bisexuales, transgeneristas, intersexuales y otras identidades, orientaciones sexuales y expresiones de género. De igual forma resulta fundamental para las estadísticas de las líneas. No obstante, por favor tenga en cuenta que la información relacionada con la orientación sexual y/o la identidad de género es un asunto de carácter reservado, corresponde a un dato sensible y, por lo tanto, no es una información que pueda socializarse o informarse nominalmente.
- Mantener un comportamiento asertivo, profesional y ético, dejando de lado tabúes y prejuicios que se tengan acerca de la diversidad sexual, esto con el fin de respetar la sexualidad de la persona consultante, generar empatía y un ambiente seguro, cálido y de confianza.

### *Población Migrante*

Para las personas migrantes de cualquier nacionalidad que eventualmente se pueden comunicar con las líneas de teleorientación en salud mental es importante poder proveer información que les oriente sobre el acceso a los servicios integrales de salud en Colombia. Es así como, es importante que tenga en cuenta las siguientes recomendaciones extractadas de Cubillos et al.,2022:

- Identifique el estatus migratorio de la persona, según si este es:
  - Irregular, o que no cuenta con un Permiso Especial de Permanencia (PEP), Permiso por Protección Temporal (PPT) o cualquier otro documento acreditativo del ingreso al territorio nacional.

- Regular, o que cuenta con un permiso para el ingreso y estancia en el territorio. De ser así, indague si está afiliado al sistema de seguridad social en salud. También es importante consignar la información si la persona se encuentra como beneficiario o es contribuyente.
- Si la persona no tiene afiliación al sistema de seguridad social en salud, puede referenciarla a servicios de urgencias, a ONG o fundaciones que se hayan identificado y consignado en el directorio territorial (ver recomendaciones de construcción en la *Caja de Herramientas*),
- Si la persona requiere atención en salud mental y se encuentra afiliada al sistema, realice la canalización hacia los servicios a través de la correspondiente EAPB.
- Si la persona migrante que se comunica tiene dudas o quiere información sobre cómo acceder a los servicios de salud en Colombia, recuerde:
  - Si la persona es empleado o trabajador independiente, debe afiliarse a una EAPB del Régimen Contributivo.
  - Si no cuenta con capacidad de pago, se puede acercar a la Alcaldía de su municipio para iniciar el trámite de afiliación a la EAPB del Régimen Subsidiado.
  - Para afiliarse al Régimen Subsidiado solo necesita el Permiso Especial de Permanencia (PEP), Permiso por Protección Temporal (PPT) u otro documento válido. Si no cuenta con la encuesta del SISBEN debe solicitar su aplicación dentro de los 4 meses posteriores a su afiliación.
  - Una vez afiliado, cada cuatro meses debe acreditar su permanencia en la Alcaldía del municipio donde reside, allí le informarán cómo debe hacerlo.
- En cualquier caso, independientemente de su estatus migratorio, se recomienda darle a la persona información sobre las instituciones y organizaciones que brinden servicios de salud a migrantes en el territorio (p.ej. Organización Internacional para las Migraciones – OIM).

#### Pertenencia étnica – Pueblos indígenas

Se plantean los siguientes parámetros para facilitar la orientación y abordaje de personas con pertenencia étnica, basados en los *Lineamientos para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019):

- Solicite información sobre la pertenencia étnica de la persona que se comunica con la Línea (pueblo o comunidad indígena a la que pertenece; departamento; municipio; zona de ubicación- rural o urbana).
- Indague su nivel de comprensión del idioma español (Puede indagar por su nivel educativo lo cual le dará una aproximación) y establezca si requiere traducción. La mayoría de las personas indígenas pueden fluir más en la narración de su situación cuando lo dialogan en su idioma. Indague si puede contar con un traductor que facilite la comunicación, en la comunidad donde se encuentre.

- Es importante que indague si requiere el acompañamiento de su sabedor ancestral (incluyendo parteras, sabedoras, abuelas) o de un líder/lideresa o guía espiritual de la comunidad para que pueda apoyar la teleorientación. En este sentido, si cuenta con el acompañamiento del líder/lideresa o guía o sabedor/sabedora ancestral o de un traductor (guía bilingüe), se requiere comunicar sobre la importancia de la confidencialidad de la información, así como la importancia de dar la información completa y con la mayor concordancia posible según quien narra. Además, la necesidad del consentimiento para compartir la información durante el proceso.
- Comuníquese respetuosamente, en condición de igualdad con las personas que acompañen al consultante. Evite el uso de lenguaje técnico que no deje claridad sobre lo que se va a realizar, hable pausadamente.
- Adapte palabras, conceptos técnicos y frases que le permitan al consultante comprender la situación y poder establecer un diálogo frente a la interpretación de la misma, donde se valide su comprensión desde la cultura y se dialogue entorno a las herramientas que, desde lo alopático, se cuenta para abordar el problema o trastorno mental (desarmonía espiritual y de pensamiento). Además, tenga en cuenta que el lenguaje técnico dificultará la traducción o interpretación de la pregunta al idioma propio de ese pueblo indígena, por lo que su uso dificultará la comunicación y comprensión de lo que se quiere indagar.
- Asegúrese de comprender la narración del consultante. Si hay algo que no le queda claro o tiene confusiones, reitere la pregunta o busque otras maneras de darse a entender.
- Asegúrese de que las preguntas sean claras, comprensibles, sensibles a las diferencias de edad, género, prácticas culturales de cada pueblo (**hay algunas preguntas que pueden ser mal vistas o sancionadas en una cultura específica, específicamente indagaciones sobre la salud sexual y reproductiva o sobre violencias sexuales**). En ese sentido se debe ser cuidadoso para abordar el tema el cual debe hacerse con sencillez y responsabilidad.
- Comience por escuchar: Indague si ha recibido atención de su sabedor/sabedora ancestral, o médico/médica tradicional o guía espiritual. De manera respetuosa y sin forzar en el detalle, explore cuál ha sido el abordaje y las recomendaciones suministradas por el sabedor ancestral, para poder articular la atención.
- Cuando se requiera derivar al usuario a especialistas o al hospital, es importante el acompañamiento de su cuidador y de su sabedor ancestral o de su guía espiritual, puesto que eso favorecerá la adherencia y los resultados del tratamiento.
- Detecte y aborde los problemas psicosociales pertinentes que causan estrés a la persona o repercuten en su vida, incluidos problemas familiares y de relaciones, violencias y formas de discriminación por razones de género o pertenencia étnica. **Tenga especial cuidado en el proceso de sensibilización y abordaje de situaciones relacionadas con violencias de género pues allí es importante reconocer los roles que existen en la**

**comunidad y la aplicación de la jurisdicción especial indígena a través de ley de gobierno propio y/o reglamentos internos y su articulación con rutas institucionales o caminos interculturales de denuncia frente a este tipo de violencias.**

- Es importante recordar que no existe cultura superior o inferior: existen culturas diferentes. No se sienta superior al conocimiento indígena, ni los trate como niños o personas especiales o con capacidades limitadas.
- Establezca acuerdos frente al seguimiento a la orientación y al trabajo articulado entre los dos saberes (tradicional y alopático), por lo cual es importante determinar el mecanismo de comunicación con el sabedor/sabedora ancestral de la comunidad para poder articular el seguimiento.
- Esté atento al lenguaje verbal y no verbal que pueda reproducir estereotipos y/o prejuicios que impida la adecuada comunicación con los consultantes.
- Haga participar a la persona: En este aspecto, es importante que resalte y valore los saberes de cada cultura. Reconozca válido a su interlocutor, a su sabedor/sabedora ancestral, a su médico tradicional o a su guía espiritual.
- Pregunte acerca del funcionamiento socio ocupacional actual y su rol dentro de la comunidad.
- Pregunte constantemente cuál es el mensaje que está comprendiendo la persona indígena a la que se les está brindando la teleorientación.
- Promueva la participación de los diferentes acompañantes del consultante, en la resolución de los problemas de salud.
- Promueva la vigilancia de los síntomas tanto por la persona consultante, como por su cuidador/cuidadora y su sabedor/sabedora ancestral.
- Tenga presente que, si la persona consultante estudia en un internado o en un centro educativo por fuera de su comunidad, puede ser un factor de riesgo importante para su salud mental.

*Niños, niñas y adolescentes*

Es posible que los consultantes sean menores de edad, por lo cual, se recomienda tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Brindar primeros auxilios psicológicos ayudando al niño, niña o adolescente a identificar y fortalecer los métodos positivos para enfrentar la situación y las fuentes de apoyo social con las que cuenta en su entorno.
- Explicar de manera sencilla y clara que todo lo que se está conversando tiene carácter confidencial. Dependiendo de la situación y de la necesidad identificada, se deberá realizar la derivación pertinente.
- Identificar personas de su confianza (en la red familiar, institución educativa, iglesia, etc.) que puedan participar en la teleorientación y apoyar las canalizaciones a que haya lugar para el acceso efectivo a los servicios de

salud mental, protección y restitución de derechos, según los riesgos que se identifiquen.

- Para realizar canalizaciones se deben seguir las rutas ya existentes dependiendo de la situación (maltrato, violencia, vulneración de derechos/negligencia, consumo de Sustancias Psicoactivas, intento suicida, entre otras). Deberá realizarse dicha derivación sin suspender la comunicación, hasta asegurar que el niño, niña o adolescente será atendido en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud o la entidad responsable de la garantía de sus derechos.
- Realizar todos los esfuerzos para proteger al niño, niña o adolescente de otros daños. Orientarles para el uso de la Línea 141 en los casos de violencia y vulneración de derechos.
- Utilizar habilidades de comunicación eficaces; Mostrarse cordial y utilizar el lenguaje apropiado en el trato con niños, niñas y adolescentes. Escuchar activamente y mostrarse comprensivo/a y sensible. Particularmente con adolescentes, transmitir que se está comprendiendo los sentimientos y la situación descrita, enfatizar en la confidencialidad reconociendo verbalmente su valentía y lo difícil que le puede resultar revelar información.

#### *Persona adulta mayor (60 años o más)*

Tener en cuenta que la soledad y el aislamiento social son problemas importantes para las personas mayores y están asociados con consecuencias adversas, tales como: enfermedades cardiovasculares, deterioro en la calidad de vida, de la salud general y la función cognitiva, mayor consumo de cigarrillo, aumento de maltrato y de ingresos a los servicios de urgencias (Freedman, 2020). Lo anterior puede derivar en cambios a nivel socioemocional, como los siguientes:

- A nivel laboral y productivo, de acuerdo a las vivencias individuales y generacionales, es posible pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de capacidad adquisitiva en muchos casos, pérdida de contactos sociales y aumento del tiempo libre.
- El surgimiento de momentos significativos relacionados con la muerte, la enfermedad, la jubilación, pérdidas físicas entre otros y su afrontamiento depende de la personalidad, la capacidad de gestión de las emociones para enfrentarse a dichos cambios.
- La reducción de la capacidad de responder al estrés físico y emocional de forma eficiente y efectiva.
- Las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. Pueden aparecer prejuicios y mitos relacionados con la vejez relacionados con la cultura y el entorno social.



Tener en cuenta los anteriores aspectos durante la teleorientación es importante para orientar de la mejor manera a las personas mayores y a sus familiares y cuidadores. Teniendo en cuenta sus posibles dificultades para escuchar y para comprender procesos relacionados con rutas de atención, denuncias y otros trámites.

En caso de que sea necesario, orientar a las personas mayores para el acceso a centros de protección y otros como:

- Centros vida.
- Centros día.
- Centros de bienestar.
- Centro de atención de largo plazo.
- Secretarías de salud.
- También pueden denunciar en las comisarías de familia.

### **Recomendaciones para realizar seguimientos en el marco de la teleorientación en salud mental**

Al terminar la interacción de primera vez el teleorientador deberá establecer si el usuario requiere seguimiento.

- Si considera pertinente realizar seguimiento debe concertarlo con el usuario y/o su red de apoyo.
- Establecer la fecha, hora y medio para realizar el seguimiento
- Se recomienda un máximo de 3 seguimientos con cada usuario.

Aspectos a tener en cuenta durante el desarrollo de los seguimientos:

- Incluir breve descripción del estado actual de la persona, cumplimiento de recomendaciones de autogestión.
- Describir novedades o situaciones que ameriten replantear el abordaje del caso particular.
- Verificar la efectividad de las canalizaciones realizadas a los programas y servicios de los diferentes sectores.
- Describir acciones posteriores a seguimiento actual.
- Brindar nuevas recomendaciones y programación de próximos seguimientos.
- Sí la evolución ha sido favorable es posible dar cierre al caso.

## **Recomendaciones para los seguimientos a situaciones identificadas como de riesgo inminente para la vida, seguridad o integridad del usuario o de otras personas**

Durante un mismo turno o en el transcurso de un mismo día:

- Evite cortar o interrumpir la comunicación hasta saber que la persona fue estabilizada y tener información clara del proceso que se está siguiendo (a través de los seguimientos con el usuario, o su red de apoyo durante el traslado o durante el turno).
- Se deja en el registro de los seguimientos realizados (si no se logra mantener el contacto deberá pasar en seguimiento para el siguiente turno).
- Se establece un seguimiento con el objetivo de evaluar el alcance y ejecución de la ruta de atención, verificación de autogestión de las orientaciones e indicaciones dadas.

Durante la semana siguiente: Realizar seguimiento, previamente pactado con el usuario o su red de apoyo, para verificar si la persona ha sido remitida, después de la atención por urgencias, para la continuidad de la atención (hospitalización o consulta externa), según el caso. Si esto se ha dado conforme a las guías de práctica clínica (por ejemplo, en los casos de intento de suicidio), motivar la adherencia al tratamiento. Si no se realizaron las remisiones pertinentes, gestionar la canalización a los servicios de salud mental a través de la EAPB del usuario.

## **Recomendaciones para el abordaje de las situaciones de salud mental más frecuentes en el marco de la teleorientación**

Riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad

Si bien el alcance de las líneas de teleorientación en salud mental no abarca el diagnóstico de trastornos mentales, es importante conocer los más prevalentes para identificar sus posibles síntomas y orientar a los usuarios en relación con la búsqueda de ayuda en el sistema de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (2008 y 2022) define la ansiedad y la depresión como trastornos mentales estrechamente relacionados entre sí, pues

en ambos casos las reacciones emocionales ante factores externos se encuentran permeadas y alteradas tanto en pensamiento como en conducta; la diferencia radica en el modo de respuesta. Es así como Agudelo et al (2007) refieren que existe una amplia relación entre estas dos problemáticas, sin tener claridad cual antecede o predispone al otro dada la presencia de síntomas comunes, así como también la vivencia de ansiedad y depresión en una persona al mismo tiempo.

La Organización Panamericana de la Salud (2008) y (2022) en el CIE10, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) en el DSM-V y Corea del Cid (2021) señalan que la depresión se caracteriza por los siguientes comportamientos y pensamientos:

- Cansancio constante.
- Decae la autoestima y confianza propia.
- Decaimiento de ánimo con reducción de energía.
- Dificultad en la activación de los recursos para resolver los problemas.
- Disminución de apetito.
- Incapacidad para superar obstáculos y eventos que generan sufrimiento.
- Pérdida de peso.
- Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración.
- Sentimientos de culpa, inferioridad y dificultades para diferenciar el problema y el usuario.
- Sueño perturbado.

Adicionalmente, según Velasteguí y Mayorga (2021), se comprende que la ansiedad es un estado de hipervigilancia caracterizado por estar en modo de alarma percibiendo peligros constantemente, sobrevalorar los estímulos exteriores y percibir las situaciones como amenazantes, lo cual también ocasiona una percepción de incapacidad para responder ante la amenaza percibida. Lo anterior causa en la persona un estado emocional de parálisis basado en el miedo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2008) y (2022) en el CIE10, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) en el DSM-V y Velasteguí y Mayorga (2021) la sintomatología física y emocional de la ansiedad es la siguiente:

- Alteraciones digestivas
- Cansancio extremo
- Dolor Abdominal
- Dolor de cabeza
- Enojo
- Irritabilidad
- Llanto
- Presión en el pecho
- Problemas para conciliar el sueño
- Sudoración constante
- Taquicardia

La depresión y ansiedad pueden estar presentes en diferentes circunstancias y momentos de la vida de las personas tales y cómo:

- Duelo: El duelo es una respuesta psicológica que se activa ante cualquier tipo de pérdida tal y cómo pérdida de un ser querido, fracasos académicos o laborales, divorcio, separación, pérdida de empleo o diagnóstico de una enfermedad, entre otros; dentro de las reacciones emocionales, físicas y cognitivas que surgen de dichos acontecimientos destacan llanto, suspiros, debilidad, pérdida de apetito, de peso, dificultad para concentrarse, insomnio y hablar constantemente de la pérdida (Flórez, 2002).
- Crisis acorde al ciclo vital y problemas relacionales: Dependiendo de la edad (niño, joven, adolescente, joven adulto, adulto, adulto mayor) las situaciones que se enfrentan son diferentes, en este orden de ideas las preocupaciones y crisis van acorde a las demandas del exterior en determinado momento de nuestra vida. Presentando así problemas con los actores de dichos contextos, por ejemplo: en el colegio, en el trabajo, con el cónyuge, con los padres o entre hermanos. Dichos problemas relacionales acorde al ciclo vital también pueden impactar de manera significativa el bienestar emocional de las personas causando reacciones de ansiedad y depresión. Pues tal y cómo Hernández, (2009) lo describe, y es que el ciclo de vida familiar no es lineal, sino que hay una superposición de tareas en cada generación.
- Reacciones asociadas al estrés: El estrés es una de las situaciones en salud que se presenta con mayor frecuencia en la actualidad; existen estudios que permiten evidenciar una relación entre el estrés y trastornos fisiológicos (problemas del sueño, hipertensión, disfunciones sexuales, trastornos gastrointestinales, enfermedades dermatológicas, entre otros), psicológicos (síntomas depresivos, brotes esquizofrénicos, síntomas de ansiedad), e incluso se identifican efectos en el sistema inmune (enfermedades infecciosas y autoinmunes). Aunque se ha estudiado el rol que cumple el estrés en el desarrollo de las anteriores problemáticas, no hay evidencia que permita

identificarlo como factor causal, sin embargo, las investigaciones dan cuenta de una interrelación entre los sistemas psicológicos y fisiológicos (Fusté; 2010).

### **Acciones de teleorientación en situaciones de sintomatología depresiva o ansiosa**

- Valorar las áreas de ajuste mental o de vida: describen o permiten conocer las actividades o acciones que una persona realiza en su cotidianidad y todas hacen parte del equilibrio y el desenvolvimiento del ser humano en los diferentes contextos de participación (para mayor detalle consultar la *Caja de Herramientas*). Proceder según lo identificado empleando las siguientes herramientas:
- Preguntas centradas en solución de problemas propuesta por Bayebach (2014): las preguntas centradas en solución de problemas le permiten al usuario encontrar soluciones a partir de la identificación de los problemas que vive y la reflexión de estos mismos.
- Pregunta del futuro propuesto por Bayebach & Herrero (2000): Este ejercicio es útil para usuarios desesperanzados y muy centrados en su presente angustioso.
- Las tres preguntas para una vida feliz propuesta por Bayebach & Herrero (2000): Este ejercicio es útil en casos donde las personas se encuentran deprimidas, desesperanzadas y muy centradas en cogniciones negativas frente a su futuro.
- El Plan de emergencia propuesto Bayebach & Herrero (2000): este ejercicio es útil en momentos de recaídas ya que le permite al usuario construir pautas claras a seguir ante un próximo evento incómodo o estresante.
- Escala SAD PERSONS propuesta Patterson et al 1993 y citada por Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012): esta escala se propone a continuación como una herramienta que el teleorientador puede usar para evaluar los signos de alarma de la conducta suicida.
- Matriz DOFA: según refiere Amaya (2004), la matriz DOFA es una herramienta que permite diagnosticar una situación y generar planes de acción a través de lo evidenciado. Cuyas siglas en español obedecen a debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. Es importante que el teleorientador tenga presente que debilidades y fortalezas son internas de la persona y las oportunidades y amenazas son externas.
- Respiración diafragmática propuesto por García-Grau, Fusté & Bados (2008): Este ejercicio es útil para usuarios que se encuentren en situaciones de ansiedad y puedan controlar esta misma más no eliminarla por completo, la respiración diafragmática les puede contribuir a la distensión muscular a calmar la tensión y el nerviosismo.

- Relajación progresiva de Jacobson: este método está indicado para reducir estrés y ansiedad. Estos ejercicios fueron recopilados de los documentos adjuntos en los recursos de la *Caja de Herramientas*.
- Mindfulness: Ejercicios de conciencia o atención plena con cualquiera de los sentidos (visión, oído, olfato, tacto, gusto).
- Entrenamiento en Solución de problemas según D'zurilla y Goldfried (1971) citados por Badós y García (2014): Es una técnica de modificación de conducta, tiene como objetivo generar consecuencias, refuerzo positivo, y metas concretas, específicas, reales y alcanzables.
- Plan de seguridad propuesto por Stanley y Brown (2012): se propone esta herramienta para construir con el usuario en los casos para mitigar la ideación suicida. Se recomienda ver guía adjunta y complementar con la información presentada a continuación.
- Psicoeducación (todo este apartado fue copiado y pegado del manual del min salud que está en construcción).
- En caso de que la persona, ya cuente con un diagnóstico por un profesional de la salud mental, es importante fortalecer determinados aspectos (consultar *Caja de Herramientas*).
- Manejo de la depresión para familiares o cuidadores (consultar *Caja de Herramientas*).

### **Seguimiento en casos de sintomatología depresiva o ansiosa**

- a. El teleorientador al finalizar la primera atención le pregunta al usuario si desea un seguimiento, si es así, se comunica en la fecha acordada.
- b. El teleorientador le pregunta por evoluciones en su estado de ánimo, gestiones propias realizadas ante la EAPB.
- c. El teleorientador toma nota del estado de ánimo del usuario y todo lo pertinente brindando recomendaciones para que acuda a la EAPB según pertinencia del caso.
- d. Dar cierre al caso.

### **Riesgo de conducta suicida**

La Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) define la conducta suicida como una secuencia de eventos denominados procesos suicidas que van ocurriendo de manera progresiva, iniciando con pensamientos seguidos de planes suicidas, culminando en uno o múltiples intentos de suicidio con aumento de letalidad hasta el suicidio consumado.

Dentro del espectro de la conducta suicida se comprende la ideación suicida estructurada, las autolesiones, los intentos de suicidio y el suicidio consumado (Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Para fines del presente manual de teleorientación se propone priorizar en las siguientes conductas como situaciones de riesgo que requieren la activación inmediata de la ruta de emergencias:

- Plan suicida estructurado: El usuario refiere tener deseos de acabar con su propia vida y tiene un plan explícito y detallado de cómo va a realizarlo, no realiza juicios propios frente a dicha idea, sino que se mantiene en ella con firmeza. Tiene cogniciones sobre el suicidio.
- Autolesiones: El usuario se encuentra autoinfligiéndose daño (cortes en brazos, piernas, rasguños en cara, golpes con la pared, pellizcos a su cuerpo) como respuesta a reacciones emocionales negativas.
- Antecedentes de intento de suicidio con ideación suicida latente: El usuario refiere haber intentado llevar a cabo planes estructurados para terminar con su vida, planes que no dieron el resultado, pero permanece la idea de volver a intentarlo.

Cuando se presentan algunas de las situaciones mencionadas anteriormente el teleorientador se encuentra ante una conducta de riesgo inminente ya que el usuario tiene la intención clara y concreta de terminar con su vida.

### **Acciones de teleorientación a realizar en situaciones de riesgo inminente de suicidio**

- *Activar ruta de urgencias a través de los siguientes pasos:*
  1. Contacte a su supervisor e informe del riesgo del usuario; si su línea de teleorientación lo estipula, será usted mismo quien se comunique directamente con el CRUE territorial de donde se comunica el usuario, sin colgar la llamada con el usuario. Cada línea deberá establecer un mecanismo que permita mantener la llamada con el usuario mientras se contacta al CURE.

2. Pida al usuario la dirección exacta, localidad y barrio en donde se encuentra y simultáneamente intente pedirle al usuario el número telefónico de un amigo cercano y/o familiar cercano que pueda asistirlo en este momento, comuníquese con la persona referenciada y comente la situación de riesgo del usuario solicitando que, de ser posible, se dirija de inmediato hacia el lugar en donde se encuentra el usuario.
  3. De la posibilidad de que dicho familiar sea quien lleve a la persona al servicio de urgencias en caso de no recibir respuesta inmediata por parte del CRUE.
  4. Mantenga el contacto hasta que esté seguro de que la persona fue atendida por ambulancia psiquiátrica, se encuentra en urgencias y/o un familiar o amigo llegó a asistirlo en ese momento.
- Brindar primeros auxilios psicológicos a la persona en riesgo de suicidio y a su red de apoyo (ver sección 3.1. Intervención en crisis de primera instancia de este mismo documento).
  - *Realizar seguimiento:*
    1. El teleorientador debe establecer contacto con el usuario o el familiar y verificar que la persona haya sido atendida por el sistema de urgencias.
    2. Verificar que se haya realizado la transferencia de la persona a los servicios de salud mental después de la atención por urgencias (hospitalización o consulta externa por psiquiatría y psicología). Si lo anterior no se ha realizado de manera efectiva, realizar la canalización a través de la EAPB del usuario.
    3. Dar cierre al caso.

## **Víctimas de violencias.**

La Asociación Psicológica Americana (APA, 2022) define la violencia como la expresión intencional de hostilidad y de ira para producir un daño o lastimar a alguien o la propiedad de otro. La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (OMS, 2022).



## *Tipos de violencia*

- **Violencia Física:** Refiere al uso de la fuerza física sobre otra persona, en procura de causarle algún tipo de lesión o incluso la muerte (WHO, 2002). Dentro de esto se tienen en cuenta los casos de golpes, empujones, quemaduras, ataques con armas, objetos o químicos (Secretaría de la Mujer, 2022).
- **Violencia Sexual:** Es cualquier acto o intento de obtener un acto sexual sin el consentimiento de la otra parte, empleando medios coercitivos, sin importar el tipo de relación que se tenga entre víctima y victimario, dándose en espacios como el hogar o el trabajo, pero sin estar restringido solo a estos dos (WHO, 2002). Se incluyen aquí actos como el manoseo, acoso, relaciones o actos sexuales en contra de la voluntad de la persona (Secretaría de la Mujer, 2022).
- **Violencia psicológica:** Comprende todos los actos que conlleven una desvalorización y/o búsqueda de disminuir o incluso eliminar los recursos internos que la persona posea para hacerle frente a situaciones de su vida cotidiana, llegando a degradar, controlar acciones, creencias o decisiones de la otra persona mediante la intimidación (Fiscalía General de la República, 2022; Profamilia, 2022). Se encuentran los casos de insultos humillaciones, chantajes, descalificaciones, burlas, amenazas a la persona o a personas conocidas, intentos de control (Fiscalía General de la República, 2022; Secretaría de la Mujer, 2022).
- **Violencia económica:** Involucra perturbar la actividad económica de otra persona, impidiendo su acceso a recursos o servicios (WHO, 2002), así como las acciones encaminadas al control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios (Sánchez Lara et al., s.f.). Se consideran aquí la limitación y control para el uso del propio dinero, destrucción de elementos de trabajo, prohibición para el uso de pertenencias o documentos (Secretaría de la Mujer, 2022).
- **Violencia patrimonial:** Considera la pérdida, transformación, sustracción o destrucción de objetos, documentos personales, bienes, valores o derechos económicos (Sánchez Lara et al., s.f.).
- **Violencia intrafamiliar (Acosta, s.f.):** Es un tipo de violencia que se manifiesta entre diferentes miembros de una familia como entre padres e hijos, entre hermanos, hacia las personas adultos mayores del hogar y demás, donde se pueden dar casos de violencia física, psicológica, económica o de negligencia por omisión de manifestaciones de cuidado.
- **Violencia en el marco del conflicto armado (Pardo, 2010):** Este tipo de clasificación, abarca otros tipos violencia que se hayan dado en el marco del conflicto armado, perpetrado por parte de los combatientes hacia la población civil. Ejemplo de esto fueron las formas de desplazamiento, desaparición forzada y violencia sexual.
- **Violencia basada en género (Pardo, 2010):** Situaciones que se presenta por parte de personas que ejercen el poder para generar desigualdad, inequidad o

discriminación dirigida a una persona por ser mujer, donde también pueden estar formas de agresión física, sexual y psicológica.

- Bullying y cyberbullying (Herrera-López et al., 2017): Se entiende como el comportamiento de agresión o intimidación que se hace de manera intencional y repetitiva contra un compañero, ya sea en el ámbito escolar o laboral. Esta forma sistemática genera un desequilibrio de poder y se lleva a cabo tanto de forma presencial como por medios digitales, donde además se dan condiciones del anonimato y de acoso incluso por fuera de los ámbitos físicos.

## **Evaluación y valoración de situaciones de violencia**

Recuerde que todos los casos de violencia son catalogados como una urgencia, por lo tanto, las personas están en todo su derecho de acudir a cualquier centro de salud, policía o medicina legal reclamando una atención por urgencias.

En el marco de la teleorientación brinde primeros auxilios psicológicos y oriente a la persona sobre los servicios a los que puede acceder en su territorio, incluyendo los canales y rutas de acceso. De ser necesario, ofrezca su apoyo para realizar la canalización a la instancia correspondiente, incluyendo la activación de la ruta de urgencias; si la persona acepta, realice el proceso sin perder la comunicación con la víctima hasta verificar que la persona se encuentra con otro profesional o un familiar que lo acompañe. Si se corta la comunicación intente re contactar inmediatamente al usuario o por medio del número de contacto alternativo (persona de su red de apoyo) que haya brindado la persona.

Algunas señales de exposición a violencias se manifiestan de la siguiente forma (Ministerio de Igualdad, 2022, Secretaría de la Mujer, 2022; WHO, 2002):

- Manifestación clara del usuario de haber sido víctima de algún tipo de violencia.
- El usuario consulta por otras razones, pero su comportamiento levanta sospecha respecto a ser víctima de algún tipo de violencia.
- A manera de información general, a continuación, se presentan los signos y síntomas sugestivos de exposición a violencias, aunque no todos podrán identificarse a través de la teleorientación:
  - Ideaciones o intentos suicidas.

- Uso de sustancias psicoactivas (SPA).
- Cambios abruptos en el comportamiento.
- Heridas inexplicables en los genitales.
- Arreglo personal inusual.
- Otra persona controla su dinero y toma decisiones por la persona.
- Es ridiculizado, insultado o le han manifestado formas de desprecio.
- Ha habido episodios públicos o privados de humillación, gritos o insultos.
- Presencia de Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Se han hecho amenazas a la integridad física de la persona, de algún familiar o un conocido.
- Embarazo.
- Aislamiento social.
- Síntomas depresivos, ansiosos, de comportamiento y/o alteraciones de sueño.
- Temor a estar con un adulto o una persona cercana en específico.
- Pérdida de control de esfínteres en el día y/o en la noche.
- Dificultad para el aprendizaje, adaptación y rendimiento escolar.
- Infecciones urinarias constantes.
- Desórdenes alimenticios o cambios en el consumo habitual.
- Vulvovaginitis de repetición, dificultad para caminar o sentarse descartando.
- Vulvovaginitis o trauma, sangrado en boca descartando trauma o enfermedad periodontal, enuresis, ecopresis.

Algunos de los factores de riesgo que han sido reportados y que por lo tanto deben ser tenidos en cuenta en el momento de realizar la valoración son los siguientes (Annor et al., 2022; Liel et al., 2022; Lim et al., 2022; WHO, 2002):

- Ser mujer.
- Ser menor de edad o ser un adulto mayor.
- Vivir en condiciones de pobreza multidimensional.
- Vivir en hacinamiento.
- En casos de violencia hacia menores, es relevante si hay bajo nivel educativo de los padres.
- Presencia de violencia intrafamiliar en la historia de vida de los padres.
- Ambientes de trabajo con cargas emocionales muy intensas y donde hay altas expectativas de resultados y desempeño.

En preescolares y escolares, se pueden presentar señales como el cambio en el rendimiento escolar y relacionales en la escuela, trastornos por somatización, depresión, ansiedad e inestabilidad emocional, fugas de la realidad, pérdida de la memoria, enuresis y fobias (Annor et al., 2022).

En casos de violencia sexual, haga la distinción si se trata de un tipo de abuso con contacto o sin contacto (Politécnico de Colombia, 2020). A continuación, los ejemplos de las situaciones:

- Con contacto: Implica el contacto directo con fluidos o partes del cuerpo, donde haya exposición de la vagina, recto, ojos, boca, otras membranas mucosas, piel intacta o contacto percutáneo, esto con el fin de establecer si hay un posible riesgo de transmisión de VIH/Sida o cualquier Infección de transmisión sexual (ITS). Dentro de los actos puede incluir besos, caricias, masturbación, sexo oral, frotamiento de los genitales, penetración anal, digital o vaginal.
- Sin contacto: Se consideran los casos donde no hubo un contacto físico directo, pero se vulnera la voluntad y aprobación por parte de la víctima. Puede incluir la exposición de los genitales, masturbación en presencia de la víctima, filmación de videos, llamadas telefónicas, darle instrucciones para tener actividad sexual o hacerle repetir comentarios seductores.

Para los casos de violencia sexual, tenga en cuenta la temporalidad de los hechos. Al respecto, se consideran de alta prioridad en urgencia los eventos ocurridos antes de 72 horas (Politécnico de Colombia, 2020).

### **Acciones de teleorientación en situaciones de violencia**

- Recuerde en todo momento realizar validación y reconocimiento de las emociones y la situación que vivió la persona, sin hacer juicios y no culpabilizar de los hechos a la víctima. Se recomienda el uso de la estrategia de Intervención en crisis para estos casos que se encuentra en la Caja de Herramientas.
- No cuestionar la veracidad del relato de la víctima.
- No re-victimizar a las víctimas preguntando: ¿Por qué no se defendió? o ¿Por qué iba vestida de determinada manera? o negándole la atención que requiere.
- No culpabilizar a las víctimas de violencia sexual, ya que el único responsable es el agresor o agresores.
- Hacer explícito que no hay ninguna justificación de las violencias.
- Resaltar que la víctima ha sido muy valiente al haber acudido a las instituciones a solicitar ayuda.
- Promover el empoderamiento de las víctimas, esto significa ayudarles a que vuelvan a tener el control sobre su vida y su cuerpo, con el fin de que tomen decisiones autónomas e informadas.
- Recordarle a la persona que ha sido víctima de violencia sexual que puede solicitar exámenes de laboratorio, para casos ocurridos dentro de las 72

horas. Estos pueden incluir los Kits de profilaxis psicológico, de VIH/Sida y de ITS, así como pruebas de embarazo.

**Centros de referenciación: Entidades a las que puede acudir la persona y los tipos de atención que puede recibir (Gobierno de Colombia, 2022):**

<b>Centros</b>	<b>Tipos de atención o servicios ofertados</b>
Centros de salud	Atención integral en salud, toma de exámenes y muestras biológicas con fines jurídicos y probatorios.
Instituciones educativas	Desarrollan procesos de prevención y activación de rutas de atención en casos de víctimas en su ámbito. Igualmente hacen seguimiento de los casos.
Autoridades indígenas	Administran justicia en los casos correspondientes a la jurisdicción especial indígena, así como remitir y articular con la justicia ordinaria.
Medicina Legal	Valoración técnica y científica de medicina y psicología forense, como apoyo a otras instituciones y certificaciones de incapacidad.
Casas de Justicia	Centros de información, orientación y servicios de resolución de conflictos.
Unidad de Protección Nacional	Brinda protección a las poblaciones en situación de riesgo extraordinario, con especial énfasis en los casos de violencia por conflicto armado.
Personerías	Promueven los derechos humanos y el interés público, mediante el control y vigilancia del actuar de las administraciones locales.
Defensoría del Pueblo	Promoción, ejercicio y divulgación de derechos humanos, orientando a la ciudadanía en la defensa de sus derechos ante las autoridades competentes o entidades privadas.
Procuraduría General de la República	Vigila el actuar de los servidores públicos en la realización de sus deberes, iniciando, adelantando o fallando en casos disciplinarios.

Centros	Tipos de atención o servicios ofertados	
Fiscalía	Dirección de investigación penal.	
CAIVAS y CAVIF	Valoración integral, seguimiento psicosocial o protección.	
Policía	Acompañamiento o seguridad del usuario.	
ICBF-Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Solicitud de restitución de derechos.	
CRUE	Asistencia en emergencias.	

En la *Caja de Herramientas* podrá consultar el siguiente material de apoyo:

- Ruta de atención integral para víctimas de violencias de género del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ruta de atención integral para víctimas de violencia intrafamiliar del Ministerio de Salud y Protección.
- Ruta única de atención para las mujeres víctimas de violencia en Bogotá
- Ruta de atención del ICBF para menores víctimas de violencia
- Cartilla de actividades sobre prevención de violencias sexuales en niños, niñas y adolescentes del ICBF, desde un enfoque de prevención comunitaria
- Ruta de atención de ACNUR-somos Panas contra la violencia hacia mujeres migrantes
- Ruta de atención de ACNUR-somos Panas contra la violencia hacia niños y trata de personas.

**Para los casos donde se detecte que la persona víctima de violencia no se encuentra en crisis y, en su lugar, requiere orientación respecto a los sucesos de violencia:**

- Recomiende el uso de la Línea Nacional 155 para orientación a mujeres víctimas de violencia basada en género.
- Realice psicoeducación respecto a la activación de rutas de atención, según lo establecido por el Gobierno de Colombia (2022):

<p><b>Quién puede denunciar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Persona afectada.</li> <li>● Cualquier persona que conozca al afectado.</li> <li>● Instituciones educativas.</li> <li>● Comunidad en general.</li> </ul>
<p><b>Tipo de actos que puede denunciar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Violencia física.</li> <li>● Violencia sexual.</li> <li>● Violencia psicológica.</li> <li>● Violencia económica.</li> <li>● Violencia patrimonial.</li> </ul>
<p><b>Entidades a las que la persona puede asistir a denunciar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Líneas de emergencia.</li> <li>● Fiscalía.</li> <li>● Comisaría de familia.</li> <li>● Policía.</li> <li>● ICBF.</li> <li>● Instituciones de salud (IPS).</li> <li>● Medicina legal.</li> <li>● Casas de justicia.</li> <li>● Autoridades indígenas.</li> <li>● ONG</li> <li>● Instituciones educativas.</li> <li>● Unidad de Protección nacional</li> <li>● Personerías.</li> <li>● Defensorías del pueblo.</li> </ul>
<p><b>Medidas que se pueden solicitar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>De protección:</b> para evitar que ocurra un acto violento, como puede ser el desalojo del agresor de una casa o el acompañamiento para seguridad personal.</li> <li>● <b>De atención:</b> Servicios temporales de habitación alimentación y transporte que requiera la víctima y, si es necesario, la familia.</li> <li>● <b>De estabilización:</b> Medidas para que las víctimas superen su condición de vulnerabilidad. Son dictadas por jueces o comisarías de familia y puede ser el reintegro de una persona al sistema educativo o a su vivienda.</li> </ul>

- Tenga presente que la violencia psicológica es de las más comunes y por lo tanto se ha tendido a naturalizar, lo que hace que muchas veces las personas que son víctimas de tratos denigrantes, humillaciones, amenazas, formas de aislamiento, manipulación o control de sus propias acciones por parte de un tercero, no reconozcan su estatus de víctima y por lo tanto no realicen las denuncias (Profamilia, 2022). Dentro de esta categoría se pueden encontrar manifestaciones de otro tipo de violencia, como la de tipo económico o de daño al patrimonio, así como el Bullying y algunos elementos de la violencia intrafamiliar, distinción que en muchos casos se podrá realizar identificando la relación con el agresor.
- En estos casos, se deberá dar indicaciones para hacer notar que este tipo acciones son consideradas formas de violencia, ya claramente tipificadas y que merecen el mismo tipo de relevancia y atención que otros tipos de violencia. Se espera con esto que la persona reconozca las situaciones a las cuales está sujeta e inicie acciones para que se detengan los episodios y se restituyan sus derechos.
- Así mismo, se recomienda dar indicaciones sobre la promoción de factores protectores como los expuestos por Deza Villanueva (2005) y que se encuentran con mayor detalle en la *Caja de Herramientas*.
- Siempre realizar el reporte a la EPS correspondiente, como instancia responsable de la atención e salud y seguimiento del usuario.

### **Seguimiento en situaciones de violencia**

Para los casos de violencia, se recomienda realizar tres seguimientos con el fin de:

- Comprobar que ha cesado la fuente o los episodios de violencia a los cuales estaba expuesta la persona, y plantear una nueva ruta de acción si se considera pertinente.
- Verificar el acceso efectivo a los servicios de salud y de las demás instancias responsables de la gestión para la protección y la restitución de derechos de las víctimas.



## **Problemáticas por consumo de sustancias psicoactivas (SPA).**

### *Definición de SPA*

Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede generar consumo problemático o dependencia (Prevención del consumo de sustancias psicoactivas - SPA, s. f.)

### **Situaciones de urgencia por consumo problemático de SPA**

- **Abstinencia:** Es la experiencia de un conjunto de síntomas desagradables después de la cesación o la reducción abrupta del uso de una sustancia psicoactiva, la cual se ha consumido en dosis suficientemente elevadas y por un tiempo suficientemente prolongado para que la persona se vuelva física o mentalmente dependiente (World Health Organization 2016).
- **Intoxicación aguda:** Es un trastorno transitorio posterior a la ingesta de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, la afectividad o la conducta (World Health Organization 2016).
- **Sobredosis:** Es el consumo de cualquier medicamento en tal cantidad que se producen agudos efectos físicos o mentales adversos (World Health Organization 2016).

### **Evaluación y valoración de situaciones de urgencia por consumo problemático de SPA**

- Establezca si la persona que solicita la ayuda es el usuario que presenta problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas o se trata de un familiar, cuidador o parte de su red de apoyo, esto último es lo más común en este tipo de crisis.

- Identificar el motivo de la solicitud. Ejemplo: se comunica para recibir orientación general o se trata de una situación de crisis, en caso de ser así, profundice de la siguiente manera:

### **Situaciones en las que se identifica riesgo de intoxicación aguda o sobredosis**

- Pregunte a la persona que esté al teléfono lo siguiente sobre la persona que se encuentra en riesgo:
  - ¿Parece o está la persona sedada?
  - ¿Parece o está la persona sobre estimulada, ansiosa o agitada?
  - ¿Parece o está la persona confundida?
- Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es “SÍ”, puede tratarse de sobredosis o intoxicación aguda, prepárese para activar la ruta de urgencias y en la medida de lo posible mantenga la comunicación con el usuario.
- Realice encuadre (con el familiar) aclarando los alcances y la necesidad de brindar atención inmediata, explique la necesidad de TRASLADO INMEDIATO A UN HOSPITAL,
- En caso de que esto no sea posible por parte de quienes se encuentran con la persona afectada, mantenga al usuario en la llamada (el enganche del usuario) mientras se solicita internamente apoyo (al supervisor) para la activación de la ruta de urgencias a través del CRUE.
- Brinde Primeros Auxilios Psicológicos al usuario, familiar o al cuidador (Consulte algunas estrategias de manejo en la Caja de Herramientas).
- Identifique la red de apoyo, registrando datos personales e información de contacto.

### **Situaciones en las que se identifica riesgo de abstinencia**

- Pregunte si durante la última semana ha disminuido o suspendido el consumo de sustancias psicoactivas y ha presentado síntomas como:
  - Alteración del estado emocional con presencia de ansiedad, irritabilidad, poca tolerancia a la aceptación a la espera, exaltación o agresividad.
  - Cambios en el apetito (con aumento o disminución de la sensación de hambre).
  - Deseo intenso reiniciar consumo.
  - Diarrea.
  - Dolor muscular o en las articulaciones.
  - Náuseas.
  - Palpitaciones.

- Piel de gallina.
- Problemas para dormir.
- Sensibilidad a la luz.
- Sudoración.
- Visiones o alucinaciones (ve, escucha o siente cosas).
- Vómito.
- Si ha presentado alguno de los anteriores signos y síntomas y la sustancia más consumida es alcohol, benzodiacepinas (roches, gotas, pepas, ruedas, Rivotril, coquan, entre otros), u opioides (heroína, morfina, meperidina, tramadol, codeína, hidrocodona, entre otros). Informe que puede estar presentando un síndrome de abstinencia que requiere manejo médico de forma prioritaria.
- Realice encuadre (con el familiar o la persona con la que se logró el contacto) aclarando los alcances y la necesidad de brindar atención inmediata, explique la necesidad de TRASLADO INMEDIATO A UN HOSPITAL,
- En caso de que esto no sea posible por parte de quienes se encuentran con la persona afectada, mantenga la comunicación con el usuario mientras solicita internamente apoyo (al supervisor) para la activación de la ruta de urgencias a través del CRUE.
- Brinde Primeros Auxilios Psicológicos al usuario, familiar o a la persona con la que se logró el contacto (Consulte algunas estrategias de manejo en la *Caja de Herramientas*).
- Identifique la red de apoyo, registrando datos personales e información de contacto.
- Si ha presentado los síntomas antes descritos, pero la sustancia más consumida es alguna otra sustancia, valore en una escala numérica (1 al 10 / 1 a 5) el malestar que le genera y la posibilidad de aplicar estrategias en el hogar que le permitan manejar el síndrome de abstinencia. Brinde Primeros Auxilios Psicológicos al usuario, familiar o a la persona con la que se realizó el contacto.

### **Seguimiento a situaciones de urgencia por consumo problemático de SPA**

Mantener la comunicación con el usuario y su red de apoyo hasta corroborar que la persona ha sido estabilizada y que está recibiendo atención por personal de salud. (Esta información debe verificarse a través de los seguimientos con el usuario, o su red de apoyo durante los turnos que sea necesario).

Registrar los seguimientos realizados. Si no se logra mantener el contacto, o reestablecer la comunicación, deberá solicitar que se dé continuidad al seguimiento durante el siguiente turno.

Se establece un seguimiento con el objetivo de evaluar el alcance y ejecución de la ruta de atención, verificación de autogestión de las orientaciones e indicaciones dadas, (se recomienda entre 1 y 3 seguimientos).

**Acciones de teleorientación para situaciones de consumo problemático de SPA en las que no se identifica riesgo inminente que requiera atención de urgencia.**

Evalúe la posibilidad de manifestaciones de trastornos por consumo de SPA, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Edad inicio del consumo.
- Frecuencia de consumo.
- Identificar tipo de consumo.
- Motivación del consumo.
- ¿La persona sufre dependencia de la sustancia?
- ¿Resulta nocivo el consumo?
- ¿Preguntando qué tipo de sustancia consume usualmente?
- En caso de poli consumo, indague: ¿cuáles sustancias consume?

Tenga presente que el alcance de la teleorientación en el abordaje de problemáticas por consumo de SPA en las que no se identifica un riesgo inminente, se asocia a los componentes de prevención y promoción, de la siguiente forma:

- Información: Se abordan los deberes y derechos de usuarios con trastorno por consumo de SPA.
- Entrevista motivacional: Para la reducción del consumo problemático y complementando con psicoeducación (véase información en la Caja de Herramientas).
- Psicoeducación: Brindar herramientas que facilitan a los usuarios la toma de conciencia sobre su problemática según los riesgos identificados, el manejo de imaginarios, reconocimiento de enfermedad, manejo de estigmas frente a procesos de tratamiento, manejo de expectativas, información de recaídas.
- Canalización a los servicios de salud mental a través de las EAPB.

A continuación, se sugiere una serie de acciones que pueden ser de utilidad para el teleorientador y cuya descripción completa se puede encontrar en la Caja de Herramientas:

- La estrategia de abordaje para casos de no riesgo deberá basarse en la entrevista motivacional y la psicoeducación (consultar Caja de Herramientas).
- Evite comentarios que puedan hacer sentir a la persona juzgada negativamente.
- Elogie la franqueza y confianza del consultante, haciéndole caer en cuenta que, el haber llamado a la línea fue una buena decisión (refuerza la búsqueda de ayuda como una estrategia adecuada).
- Identificación de red de apoyo: datos personales, información de contacto.
- Pregunte acerca de las metas personales.
- Pregunte acerca de su percepción de las consecuencias tanto positivas como negativas de su consumo de sustancias psicoactivas.
- Brinde estrategias para la reducción del consumo.
- Aborde las opciones para un cambio.
- Suministre información sobre los pasos a seguir según sea necesario (desintoxicación, apoyo psicosocial), proporcione materiales para realizar actividades de autogestión y sobre recursos disponibles en su comunidad, p.ej.: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, fundaciones, ONG.

**Seguimiento situaciones de consumo problemático de SPA donde no se identifica riesgo inminente que requiera atención de urgencia.**

- Se establece seguimiento con el objetivo de evaluar el alcance y ejecución de la ruta de atención, verificación de autogestión de las orientaciones e indicaciones dadas, (máximo 3 Interacciones de teleorientación en seguimiento).
- El cierre de un caso, cuando se identifica que la persona tuvo acceso efectivo a los servicios de salud y/o de otros sectores hacia los que se haya canalizado al usuario, y que el usuario está siguiendo el proceso de autogestión acordado en el proceso de teleorientación. También es posible que el usuario no responda a los seguimientos o que manifieste de manera expresa que no desea continuar con estos.

## **Exacerbación de síntomas de trastornos mentales previos.**

**Definición de trastorno mental:** Es una alteración clínicamente significativa que se puede presentar a nivel cognitivo, emocional o conductual de un usuario y generar disfuncionalidad en los diferentes escenarios donde este se desenvuelve. Entre los factores de riesgo se asocia a factores psicológicos, biológicos, genéticos y/o ambientales que afectan la estructura y funcionamiento del cerebro (Organización Mundial de la Salud s.f.).

Cada trastorno mental se compone de ciertos síntomas que lo caracterizan y diferencian de otros. En medicina un síntoma es la manifestación subjetiva de una enfermedad y el signo la manifestación. De acuerdo con la clasificación del trastorno mental el síntoma puede estar exacerbado o intensificado en determinados momentos del curso de vida de la persona, algunas de las razones por las cuales se puede exacerbar un síntoma puede corresponder a eventos precipitantes, ausencia de adherencia al tratamiento médico y/o psicológico, consumo de SPA entre otras (Coto, Alonso y Fontanil Gómez, 2010).

Existen múltiples clasificaciones para delimitar la definición y caracterización de los principales grupos de trastornos mentales para utilidad clínica. El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición: DSM-5 -TR, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), define y clasifica los trastornos mentales a fin de mejorar su diagnóstico, tratamiento e investigación destacando la siguiente clasificación:

- Trastornos del neurodesarrollo.
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
- Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos del sueño-vigilia.
- Disfunciones sexuales.
- Disforia de género.
- Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.

- Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
- Trastornos neurocognitivos.
- Trastornos parafilicos.
- Trastornos de personalidad.

**Situaciones de exacerbación de síntomas que pueden generar un riesgo inminente para la vida, seguridad o la integridad de los usuarios u otras personas.**

La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo que inciden en la conducta suicida; trastornos como la depresión, la ansiedad, la psicosis, la esquizofrenia, trastornos de personalidad y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan principalmente con síntomas como la desesperanza, la impulsividad y la pérdida de control en esencia, cuyos elementos pueden desencadenar un evento letal en las personas que lo padecen (Bedoya, Cardona y Montaña Villalba, 2016).

**Situaciones en las que la exacerbación de síntomas no representa una urgencia**

Se identifica que una persona NO refleja indicadores de riesgo inminente para su propia vida, seguridad o integridad o la de otros, mientras no exista la intencionalidad de hacerse daño así mismo o a otra persona. Es decir, cuando no se identifica la presencia de alucinaciones verbales o auditivas estructuradas, donde el usuario comente algún tipo de instrucción que le indique o le muestren el deseo de hacerse daño a sí mismo o a otra persona. A pesar de que esté presentando los siguientes síntomas: Impulsividad, manipulación, tendencia a ocultar información y estar a la defensiva, resistencia a revelar información, carencia de empatía, disminución del contacto del usuario con el entorno, desorientación en tiempo, persona y espacio, alteraciones perceptivas, agitación, risa incontrolable, llanto fácil, mutismo absoluto, lenguaje desorganizado o ideas de persecución (Sánchez Pedraza s.f.).

## **Evaluación y valoración de riesgo inminente en situaciones de exacerbación de síntomas de trastornos mentales previos.**

Para evaluar y valorar estas situaciones se deben tener en cuenta principalmente el riesgo de conducta suicida y de psicosis. Para profundizar en este apartado se recomienda revisar en la *Caja de Herramientas* lo correspondiente a suicidio y psicosis.

A continuación, se describen las acciones básicas de teleorientación para estos casos, a manera de una guía de base flexible y dinámica que debe enriquecerse con otras herramientas de apoyo que se pueden encontrar en la *Caja de Herramientas*.

- El teleorientador puede identificar riesgo inminente cuando el usuario presente los siguientes indicadores de alarma, que se relacionan con una urgencia psiquiátrica: Impulsividad, agresividad, manipulación, tendencia a ocultar información y estar a la defensiva, resistencia a revelar información, carencia de empatía, conductas de autoagresión, abuso de drogas, conductas disruptivas o violentas, alucinaciones auditivas de comando (voces que ordenan al usuario a que se suicide) y los delirios de pasividad (sensación de ser controlado por una fuerza externa), nublamiento de conciencia (mente en blanco), disminución del contacto del usuario con el entorno, desorientación en tiempo, persona y espacio, alteraciones perceptivas (alucinaciones auditivas y visuales), agitación, risa incontrolable, llanto fácil, mutismo absoluto, lenguaje desorganizado o ideas de persecución. Cuyos indicadores se consideran de alto riesgo de letalidad tanto para el usuario, como para sus pares o familiares (Rotondo, s.f.).
- Identificar tres situaciones asociadas a riesgo suicida: 1. Sobreviviente suicida con lesiones manifestadas por familiar cercano. 2. El usuario que presenta ideas suicidas e intentos y niega dichas ideas y comportamientos asociados al evento, pero el familiar reafirma las situaciones de emergencia. 3. Usuario que contacta al teleorientador por otro tipo de queja y durante la llamada muestra ideas suicidas. Entre los antecedentes y/o historial del usuario, es importante identificar situaciones asociadas a violación frecuente de las normas sociales y derechos de los demás, impulsividad, agresividad, estilo interpersonal basado en la mentira y la manipulación, criminalidad e irresponsabilidad. Cuya historia está permeada por traumas físicos, es frecuente muchas veces el uso de armas, tatuajes, prendas de vestir excéntricas e incluso conductas asociadas a consumo de SPA (Sánchez Pedraza, s.f.).



Sánchez Pedraza (s.f.) y el Área Sanitaria Costa del Sol (s.f.) proponen las siguientes recomendaciones para seguir en caso de identificar riesgo suicida, que se encuentran con detalle en la *Caja de Herramientas*.

- La valoración del riesgo se debe hacer en tres etapas:

Etapa 1: Exploración del riesgo suicida siguiendo la lista de chequeo que se detalla en la *Caja de Herramientas* (Recomendaciones para el usuario con riesgo suicida adaptado de modelo - Sánchez Pedraza s.f. y Área Sanitaria Costa del Sol s.f.)

Etapa 2: Se debe explorar la conducta o ideación suicida, teniendo en cuenta la estructura. El teleorientador debe tener en cuenta que al preguntar sobre ideas o intentos suicidas NO tiene el riesgo de generar estas conductas. Por el contrario, si la usuaria nota que se le pregunta abiertamente sobre el tema puede aliviar el temor a sentirse censurado y le puede facilitar y suministrar más fácil la información. Seguir la estructura sugerida para la *Caja de Herramientas* (Recomendaciones para el usuario con riesgo suicida adaptado de modelo - Sánchez Pedraza, s.f. y Área Sanitaria Costa del Sol, s.f.).

Etapa 3: Se recomienda al teleorientador que se comuniquen con un familiar o conocido que pueda aportar información de utilidad para determinar el riesgo suicida del usuario. (explorar los elementos de la lista de chequeo) sugerida con detalle en *Caja de Herramientas* (Recomendaciones para el usuario con riesgo suicida adaptado de modelo - Sánchez Pedraza, s.f. y Área Sanitaria Costa del Sol, s.f.).

En la caja de herramientas encontrará las siguientes para el abordaje de estas situaciones:

- El mecanismo de activación de ruta para usuarios/familiares en situación de riesgo suicida
- El protocolo con recomendaciones de manejo durante la teleorientación de usuarios con psicosis en situación de riesgo inminente por síntomas exacerbados, adaptado del modelo de Sánchez Pedraza (s.f.).
- Un video con recomendaciones para el usuario con riesgo de brote psicótico.
- Recomendaciones para el familiar/allegado de un usuario con riesgo de brote psicótico adaptado de (Tizón, 2009 y Servicio Andaluz de Salud, 2019).

## **Seguimiento en casos de urgencia por exacerbación de síntomas de trastornos mentales**

- El teleorientador debe verificar que la persona haya sido atendida por el sistema de urgencias.
- Verificar si fue referida para recibir atención por psicología y/o psiquiatría, realizar las canalizaciones a que hay lugar a través de la EAPB del usuario.
- Notificar cierre de caso cuando las canalizaciones se hagan efectivas.

## **Evaluación y valoración en casos de exacerbación de trastornos mentales preexistentes que no representan una urgencia**

El teleorientador puede identificar estas situaciones cuando:

- El usuario NO refleja intencionalidad de hacerse daño así mismo o a otra persona, no se identifica la presencia de alucinaciones verbales o auditivas estructuradas, donde el usuario comente algún tipo de instrucción que le indique o le muestren el deseo de hacerse daño a sí mismo o a otra persona.
- A pesar de que esté presentando los siguientes síntomas: Impulsividad, manipulación, tendencia a ocultar información y estar a la defensiva, resistencia a revelar información, carencia de empatía, disminución del contacto del usuario con el entorno, desorientación en tiempo, persona y espacio, alteraciones perceptivas, agitación, risa incontrolable, llanto fácil, mutismo absoluto, lenguaje desorganizado o ideas de persecución (Sánchez Pedraza s.f.).

## **Acciones de teleorientación en situaciones de exacerbación de síntomas de trastornos mentales, que no representan un riesgo inminente**

A continuación, se sugiere un par de herramientas que pueden ser de utilidad para el teleorientador y cuya descripción completa se puede encontrar en la *Caja de Herramientas*:

- Psicoeducación y biblioterapia para usuario, cuidador o familiar del usuario con trastorno mental y síntomas exacerbados sobre derechos y deberes usuario y familia, donde el teleorientador brinda información detallada sobre el Modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC. Se puede encontrar con detalle en un video en la *Caja de Herramientas*.

- Pautas de cómo construir un directorio de contactos: Se encuentra con detalle en la *Caja de Herramientas*.

### **Seguimiento en situaciones de exacerbación de síntomas de trastornos mentales, que no representan una urgencia**

- Indagar con el usuario o su red de apoyo sobre la evolución de su situación y las gestiones propias realizadas con la EAPB.  
Profundizar en la psicoeducación para el manejo de su proceso de salud mental en los diferentes entornos, identificación de posibles crisis, adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, fortalecimiento de sus redes de apoyo, entre otros.

## **5. Caja de herramientas**

---

**Objetivo:** Brindar un conjunto de recursos o herramientas útiles para realizar teleorientación en salud mental con oportunidad, pertinencia y eficacia.

**Las herramientas compiladas en esta caja se dividen en 7 grupos de acuerdo con su uso:**

- I. Herramientas de uso general: recursos que pueden ser utilizadas de forma general en las actividades de tele orientación, independientemente de la problemática por la que el usuario esté consultando.
- II. Herramientas para casos de sintomatología de ansiedad, depresión y reacciones asociadas al estrés.
- III. Herramientas para casos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA).
- IV. Herramientas para casos de violencia.
- V. Herramientas para casos de exacerbación síntomas de trastornos mentales previos.
- VI. Herramientas para casos de duelo.
- VII. Herramientas para casos de riesgo suicida.

Caja de herramientas: <https://view.genial.ly/631fc5ab47a9ce001bd40175/presentation-caja-de-herramientas>

## 6. Referencias

---

Acero, P., Cabas, K., Caycedo, C. y Figueroa, P., Patrick, G & Rudas, M.M. 2020. Telepsicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable. fdocuments.ec. 2020. <https://fdocuments.ec/document/acero-p-cabas-k-caycedo-c-figueroa-p-patrick-documento-f-tanto.html>.

Acosta, María (s.f.) Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Colombia, 2015. Fundación ideas para la Paz y Medicina Legal. Consultado el 30 de agosto de 2022 de <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+intrafamiliar+primera+parte.pdf>

Agudelo D, Buena-Casal G, Donald SC. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*. 2007;30(2):33-41.

Annoy, Francis B., Laura F. Chiang, Patricia R. Slouch, Vivienne Magnolia, Margaret Mogaka, Mary Mwangi, Anne Ngunjiri et al. "Changes in prevalence of violence and risk factors for violence and HIV among children and young people in Kenya: a comparison of the 2010 and 2019 Kenya Violence Against Children and Youth Surveys." *The Lancet Global Health* 10, no. 1 (2022): e124-e133.

Anotaciones Ley 1566 de 31 de julio de 2012: Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas. s. f., 2.

Amaya Correa, Jailer. (2004). El método DOFA, un método muy utilizado para diagnóstico de vulnerabilidad y planeación estratégica.

APA-American Psychological Association. "Violence". American Psychological Association - Dictionary Term. <https://dictionary.apa.org/violence> (Consultado 14-8-2022).

Área Sanitaria Costa del Sol. n.d. "1 Recomendaciones Usuarios/as Prevención de La Conducta Suicida - Agencia Sanitaria Costa Del Sol." Accessed August 12, 2022a. <https://hcs.es/web/page.cfm?id=4456&title=1-recomendaciones-usuarios/as-prevencion-de-la-conducta-suicida>.

Área Sanitaria Costa del Sol. n.d. "2 Recomendaciones Familiares y Allegados Prevención Conducta Suicida - Agencia Sanitaria Costa Del Sol." Accessed August 12, 2022b. <https://hcs.es/web/page.cfm?id=4457&title=2-recomendaciones-familiares-y-allegados-prevencion-conducta-suicida#.YvhDUnbMKUK>.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-8-4983-5810-0.

Bados López, Arturo & García Grau, Eugeni. (2014) Resolución de problemas. Facultad de psicología. Universidad de barcelona. recuperado el 15 de agosto de 2022 de: [https://www.researchgate.net/publication/272815457\\_Bados\\_A\\_y\\_Garcia\\_Grau\\_E\\_2014\\_Resolucion\\_de\\_problemas\\_Publicacion\\_electronica\\_Coleccion\\_Objetos\\_y\\_Materiales\\_Docentes\\_OM\\_ADO\\_httpdhlhandlenet244554764](https://www.researchgate.net/publication/272815457_Bados_A_y_Garcia_Grau_E_2014_Resolucion_de_problemas_Publicacion_electronica_Coleccion_Objetos_y_Materiales_Docentes_OM_ADO_httpdhlhandlenet244554764)

Bedoya Cardona, Erika Yohanna, and Montañó Villalba Ludivia Esther. 2016. "Suicidio y Trastorno Mental / Suicide and Mental Disorder." *Suicidio y Trastorno Mental. Rev. CES Psicología* 9 (2): 179–201. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>.

Beyebach, M. (2014). Change factors in solution-focused brief therapy: A review of the salamanca studies. *Journal of Systemic Therapies*, 33(1), 62-77. doi:<http://dx.doi.org.ez.unisabana.edu.co/101521jsyt201433162>

Bayebach, Mark. & Herrero de Vega, Marga (2000). Libro: 200 tareas en terapia breve. Ed: Herder. España, Barcelona.

Bloch, Steven, y Geraldine Leydon. 2019. Conversation Analysis and Telephone Helplines for Health and Illness: A Narrative Review. *Research on Language and Social Interaction* 52 (3): 193–211. <https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631035>.

Cáceres-Taco, Elisa, and Freddy Vásquez-Gómez. 2014. "Intento Suicida y Antecedente de Experiencias Traumáticas Durante La Infancia En Adultos Con Diagnóstico de Depresión, Trastorno de Personalidad Límite o Esquizofrenia." *Revista de Neuro-Psiquiatría* 76 (4): 255–255. <https://doi.org/10.20453/RNP.V76I4.1175>.

Circular-25-de-2020.pdf. s. f. Accedido 27 de julio de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-25-de-2020.pdf>.

Cohen R. (1989). Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. México: Editorial Harla.

Constanza, Sandra, Cañón Buitrago, Jaime Alberto, and Carmona Parra. 2018. "Revisión Ideación y Conductas Suicidas En Adolescentes y Jóvenes."

Coppen Suarez Carlota. 2021. "Indicadores Autoinformados y Cognitivos de Psicosis En Un Grupo de Riesgo." OVIEDO: UNIVERSIDAD DE OVIEDO. [https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/62858/tfg\\_CarlotaCoppenSu%C3%A1rez.pdf?sequence=6](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/62858/tfg_CarlotaCoppenSu%C3%A1rez.pdf?sequence=6).

Corea del Cid, M.T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondur.* Vol 89(1). Pp 46-52. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>

Coto, Esteban Ezama, Yolanda Alonso, and Yolanda Fontanil Gómez. 2010. "Usuarios, Síntomas, Trastornos, Organicidad y Psicopatología." *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10 (2): 293–314. <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/263/usuarios-sintomas-trastornos-organicidad-ES.pdf>.

Cubillos, Andrés, Nelson Ardón Centeno, Oscar Franco Suárez. 2022. "La respuesta sanitaria de Colombia ante la migración venezolana." En Arroyo Laguna, Juan, Alejandro Portes, Baltica Cabieses, Andrés Cubillos e Irene Torres "La migración venezolana en los Andes: La respuesta sanitaria de Perú, Chile, Colombia y Ecuador". Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial: Lima, Perú. ISBN: 978-612-317-722-5. Consultado el 30 de agosto de 2022 en <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/183659>

Decreto 255 del 23 de febrero de 2022, por el cual se adiciona la Sección 7 al Capítulo 25 del Título | MINCIT - Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. s. f. Accedido 29 de julio de 2022. <https://www.mincit.gov.co/normatividad/decretos/2022/decreto-255-del-23-de-febrero-de-2022>.

Deza Villanueva, Sabina. "Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil." *Liberabit* 11, no. 11 (2005): 19-24.

Fiscalía General de la República. "¿Has escuchado acerca de la violencia psicológica o emocional?". Fiscalía General de la República-Blog. <https://www.gob.mx/fgr/es/articulos/has-escuchado-acerca-de-la-violencia-psicologica-o-emocional?idiom=es#:~:text=La%20violencia%20psicol%C3%B3gica%20son%20actos,situaciones%20de%20su%20vida%20cotidiana> (Consultado 8-8-2022).

Fernández, Javier D Garay, y Carlos Gómez-Restrepo. 2011. Telepsiquiatría: Innovación de La Atención En Salud Mental. Una Perspectiva General. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 40 (3): 504-504–18. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60143-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60143-8).

Fernández Marquez, L.M. (2010). Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. Madrid: Grupo Luria.

Flórez Mesa, Saúl David. (2002). Duelo. *Anales San Sis Navarra*. Vol 35(3). pp 77-85.  
Freedman; Broome S. (2020) *The missing million: in search of the loneliness in our communities*. London, UK: bookCampaign to End Loneliness; Available from: <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/The-Missing-Million-report-FINAL.pdf>.

García-Grau, Eugeni., Fusté, Adela & Bados López, Arturo. (2008). Manual de entrenamiento en respiración. Recuperado el 14 de agosto de 2022: [https://www.researchgate.net/publication/37911206\\_Manual\\_de\\_Entrenamiento\\_en\\_Respiracion](https://www.researchgate.net/publication/37911206_Manual_de_Entrenamiento_en_Respiracion)

Gobierno de Colombia. "Ruta de atención para víctimas de violencia intrafamiliar y violencias basadas en género". Gobierno de Colombia. [http://centrodedocumentacion.prosperidadsocial.gov.co/2021/Micrositio/Prevencion-de-la-Violencia/Infografias/Ruta\\_de\\_Atencion.pdf](http://centrodedocumentacion.prosperidadsocial.gov.co/2021/Micrositio/Prevencion-de-la-Violencia/Infografias/Ruta_de_Atencion.pdf) (Consultado 10-8-2022).

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para usuarios y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e

Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS; Avalia-t-2010/02.

Hernández, Ángela. (2009). Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Ed. El Búho.

Hernández Bayona, Guillermo. (2013). Psicopatología Básica. Ed. Pontificia Universidad Javeriana.

Herrera-López, Mauricio, Eva Romera, & Rosario Ortega-Ruiz. "Bullying y cyberbullying en Colombia; coocurrencia en adolescentes escolarizados." Revista Latinoamericana de Psicología 49, no. 3 (2017): 163-172.

Ley 100 de 1993. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>.

Ley 527 de 1999. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-527-1999.pdf>.

Ley 720 de 2001. República de Colombia.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4446>.

Ley 1090 de 2006. República de Colombia.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley\\_1090\\_de\\_%2006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley_1090_de_%2006.pdf).

Ley 1122 de 2007. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>.

Ley 1266 de 2008. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1266-de-2008-habeas-data.pdf>.

Ley 1273 de 2009. República de Colombia.  
[https://www.sic.gov.co/recursos\\_user/documentos/normatividad/Ley\\_1273\\_2009.pdf](https://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/normatividad/Ley_1273_2009.pdf).

Ley 1419 de 2010. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1419-de-2010.pdf>.

Ley 1341 de 2009. República de Colombia.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36913>.

Ley 1438 de 2011. República de Colombia.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Ley 1581 de 2012. República de Colombia.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>.

Ley 1616 de 2013. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>.

Ley 2108 de 2021. República de Colombia.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=167946#>.

Liel, Christoph, Andreas Eickhorst, Peter Zimmermann, Mark Stemmler, and Sabine Walper. "Fathers, mothers and family violence: Which risk factors contribute to the occurrence of child maltreatment and exposure to intimate partner violence in early childhood? Findings in a German longitudinal in-depth study." *Child Abuse & Neglect* 123 (2022): 105373.

Lim, Mei Ching, Mohammad Saffree Jeffree, Nelbon Giloi, and Khamisah Awang Lukman. "Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures." *Annals of Medicine and Surgery* (2022): 103727.

López Martínez, Luis Fernando. 2020. "Suicidio, Adolescencia, Redes Sociales e Internet."

Márquez et al. - Consejo Nacional de Política Económica y Social Co.pdf. s. f. Accedido 29 de julio de 2022.  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>.  
politica-nacional-salud-mental.pdf. s. f. Accedido 29 de julio de 2022.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>.

Miller, G. (2011). *Fundamentals of crisis counseling*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Ministerio de Igualdad. "Punto Violeta-Cómo detectar la violencia de género". Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.  
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/comoDetectarla/primerosSignos/home.htm> (Consultado 8-8-2022).

Ministerio de Salud y Protección Social – República de Colombia. (2020). Protocolo de teleorientación para el cuidado de la salud mental: apoyo a la línea 192 durante la pandemia por COVID-19. s. f.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/protocolo-teleorientacion-cuidado-salud-mental-13abr20.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social – República de Colombia. (s.f.) Atención telefónica en salud mental: Pautas generales para su implementación y funcionamiento en el contexto de la pandemia por COVID19.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-implementacion-lineas-orientacion-salud-mental.pdf>

Organización de los Estados Americanos – OEA. 2015. Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores.  
[http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)



Organización Mundial de la Salud - OMS. s.f. “Trastornos Mentales.” Accessed August 9, 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2000). Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Ginebra: World Health Organization (WHO). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2012). Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf;jsessionid=77C1D427C2F274E42BE55B1F9FF85730?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=77C1D427C2F274E42BE55B1F9FF85730?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2022). Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología. 2014. “DSM-5 Nueva Clasificación de Los Trastornos Mentales.” Revista Chilena de Neuro - Psiquiatría 52: 1–66. [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl).

Organización Panamericana de la Salud (2008). CIE-10. Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pp. 317. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2010). Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: guía para equipos de respuesta. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2799/Apoyo%20Psicosocial%20en%20Emergencias%20y%20Desastres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Marco de Implementación de Un Servicio de Telemedicina. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413>. mayo de 2016.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Terapia interpersonal grupal para la depresión. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado el 13 de agosto de 2022 de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55786/OPSNMHHM220004\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55786/OPSNMHHM220004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pardo, Verónica (2010). Manual de prevención y atención de víctimas de delitos basados en la violencia de género: Normatividad y derechos de poblaciones en situación de desplazamiento forzado, violencia basada en el género y violencia contra las mujeres. Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Colombia. Consultado el 30 de agosto de 2022 en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/manual-prevencion-delitos-basados-violencia.pdf>

Plutchik, Robert. & Kellerman, H. (1980). Emotions: theories, research and experience. Ed: Academic Press. Estados Unidos, New York.

Plutchik, Robert. (2003). Emotions and life: perspectives from psychology, biology and evolution. Ed: American psychological Association.

Plutchik, Robert. & Conte, Hope. (1997). Circumplex model of personalities and emotions. Ed. American Psychological Association. Estados Unidos, Washington.

Politécnico de Colombia. “Diplomado virtual en Atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual-Guía didáctica 2: Modelo de atención integral (parte 1)”. Medellín, Colombia: Politécnico de Colombia-Formación virtual. 2020.

«Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA)». s. f. Accedido 15 de agosto de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>.

Política-prevencion-atencion-spa.pdf. s. f. Accedido 29 de julio de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>.

Profamilia. “Violencia de género, atención integral en salud física, emocional y social-Tipos de violencia”. Profamilia. <https://profamilia.org.co/aprende/violencia-de-genero/tipos-de-violencias/> (Consultado 14-8-2022).

Protocolo-Teleorientacion-Cuidado-Salud-Mental.pdf. s. f. Accedido 27 de julio de 2022. <http://sedboyaca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-Teleorientacion-Cuidado-Salud-Mental.pdf>.

Psicología on-line (s.f.) 10 ÁREAS PERSONALES de la vida y cómo desarrollarlas. (n.d.). Retrieved August 7, 2022, from <https://www.psicologia-online.com/areas-personales-de-la-vida-y-como-desarrollarlas-5499.html>

Resolución 089 de 2019. República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>

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

Resolución 1441 de 2013. República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>.

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

Resolución 2003 de 2014. República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>.

Resolución 2654 de 2019. República de Colombia.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf)

Resolución 3100 de 2019. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>.

Resolución 3280 de 2018. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>.

Resolución 3763 de 2007. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-3763-de-2007.pdf>.

Resolución 4886 de 2018. República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

Rotondo, Humberto. n.d. “Neurociencias y Psiquiatría.” Accessed August 12, 2022.  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual\\_psiquiatr%C3%ADa/cap-26.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-26.htm).

Sánchez Lara, Marcela, Ana María Salcedo, Maryori Panciera y Jackeline Micolta s.f. “Violencia económica y patrimonial: Una aproximación a través de la atención en los municipios de Riohacha, Buenaventura y el Distrito de Cartagena”. Presidencia de la República de Colombia - Equidad de la Mujer, Embajada de España en Colombia, Ministerio de Justicia. <http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/Violencia-economica-patrimonial.pdf> (Consultado 8-8-2022).

Sánchez Pedraza, Ricardo y Rodríguez Losada, Jorge. n.d. “Fundamentos de Psiquiatría Clínica. Entrevista, Semiología, Síndromes, Terapéutica.” Accessed August 9, 2022.  
<https://docplayer.es/42967793-De-fundamentos-de-psiquiatria-clinica-entrevista-semiologia-sindromes-terapeutica.html>.

Secretaría de la mujer. “Ruta de atención a mujeres víctimas de violencias y en riesgo de feminicidio”. Secretaría de la Mujer de Bogotá. [https://www.sdmujer.gov.co/noticias/RUA-ruta-de-atencion-a-mujeres-victimas-de-violencias-y-en-riesgo-de-feminicidio\\_](https://www.sdmujer.gov.co/noticias/RUA-ruta-de-atencion-a-mujeres-victimas-de-violencias-y-en-riesgo-de-feminicidio_) (Consultado el 8-8-2022).

Sankey, M. D. 16 Benchmarking for Technology-Enabled Learning. Policy, Pedagogy and Practice, 213-222.

Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias. 2019. “Guía de Práctica Clínica Para El Tratamiento de La Psicosis y La Esquizofrenia.” [www.nice.org.uk/guidance/cg178](http://www.nice.org.uk/guidance/cg178).

Simons, S. M., Cillessen, F. H., & Hazelzet, J. A. (2016). Determinants of a successful problem list to support the implementation of the problem-oriented medical record according to recent literature. BMC medical informatics and decision making, 16(1), 1-9.

Slaikėu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19 (2), 256-264.

Taborda Zapata, Eliana, Laura Elisa Montoya Gonzalez, Natalia María Gómez Sierra, Laura María Arteaga Morales, and Oscar Andrés Correa Rico. 2016. "Integrated Management of Patients with Schizophrenia: Beyond Psychotropic Drugs." *Revista Colombiana de Psiquiatría* 45 (2): 118–23. <https://doi.org/10.1016/J.RCP.2015.07.002>.

Protocolo-Teleorientacion-Cuidado-Salud-Mental.pdf. s. f. Accedido 27 de julio de 2022. <http://sedboyaca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-Teleorientacion-Cuidado-Salud-Mental.pdf>

Tizón, Jorge L. 2009. "Orientation for Primary Care of Relatives of Patients with Psychosis. What to Say? What to Do?" *FMC Formacion Medica Continuada En Atencion Primaria* 16 (6): 359–63. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(09\)71423-9](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(09)71423-9).

"Trastornos Psicóticos." n.d. Accessed August 9, 2022. <https://medlineplus.gov/spanish/psychoticdisorders.html>.

Verasteguí Hernández, D., & Mayorga Lascano, P. (2021). Estados de ánimo, ansiedad y depresión en estudiante de medicina durante la crisis sanitaria COVID-19. Pp 10-20. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp10-20p>

Viraj Bhise. s. f. Exploring the Power of MHealth for Accessible, Affordable and Quality Healthcare for Farmworkers. Issue 2, 2014. 2.

World Health Organization - WHO. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization - WHO. (2016). *MhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (MhGAP). Version 2.0*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

## 7. Anexos

Anexo A. Marco normativo específico relacionado con la teleorientación en salud mental en Colombia.

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
Ley 527 de 1999	Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.	Conceptualizar conceptos para definir y establecer el tratamiento de cierto tipos de datos o información tratada por medios digitales.	<p><b>Mensaje de datos.</b> Es la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, como pudieran ser, entre otros, el Intercambio Electrónico de Datos (EDI), Internet, el correo electrónico, el telegrama, el télex o el telefax.</p> <p><b>Firma Digital.</b> Se adopta la definición establecida en el literal C del artículo 2 de la Ley 527 de 1999: Es un valor numérico que se adhiere a un mensaje de datos y que, utilizando un procedimiento matemático conocido, vinculado a la clave del iniciador y al texto del mensaje permite determinar que este valor se ha obtenido exclusivamente con la clave del iniciador y que el mensaje inicial no ha sido modificado después de efectuada la transformación.</p>
Ley 1090 de 2006	Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, normas relacionadas expedidas en Colombia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir los conceptos: Psicología como profesión y la Salud.</li> <li>2. Principios universales para el ejercicio de la psicología (Responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, anuncios públicos, confidencialidad, bienestar del usuario, relaciones profesionales, evaluación de técnicas, investigación con participantes humanos, cuidado y uso de animales).</li> <li>3. Ejercicio profesional de psicólogo.</li> <li>4. Requisitos para el ejercicio de la profesión del psicólogo.</li> <li>5. Derechos y deberes de obligaciones y prohibiciones del profesional en psicología.</li> <li>6. Funciones públicas del Colegio Colombiano de Psicólogos.</li> <li>7. Código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Procesos de Talento humano</li> <li><input type="checkbox"/> Procesos de atención</li> <li>● Intervención en crisis primera instancia</li> <li>● Orientación Psicológica</li> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Atención de conducta suicida</li> <li>● Búsqueda activa y seguimiento de casos</li> <li>● Otro tipo de intervenciones</li> <li>● Atención y/o manejo de violencias</li> <li>● Direccionamiento CRUE rutas de emergencia</li> </ul>

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
Ley 1151 de 2007	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.	Para garantizar lo establecido en el párrafo 2º del artículo 26 de la Ley 1122 de 2007, las Empresas Promotoras de Salud, EPS, Telemedicina con cobertura nacional, tanto para promoción de la salud como para atención de sus afiliados; los municipios y distritos, a través de la entidad nacional que los agremia, harán posible la prestación de este servicio. Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo para autorizar o renovar el funcionamiento de las EPS, en particular al momento de verificar sus redes de servicios. Texto subrayado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-979 de 2010.	ESTARSE A LO RESUELTO en la Sentencia C-078 de 2011.  la sentencia C-979 de 2010 se argumentó lo siguiente : La telesalud o telemedicina no es otra cosa que el uso de la tecnología para efectos de prestar los servicios de salud de manera remota. Se trata de una modalidad de prestar este servicio público y, en tal medida, no tiene alcance alguno para impactar ni el núcleo esencial del derecho a la salud ni tampoco para modificar el esquema del Sistema General de Seguridad Social en Salud introducido por la Ley 100 de 1993, como lo afirma el actor en su demanda. Se trata entonces, en Colombia, de una forma alternativa de atender la demanda en salud de la población que se encuentra en zonas distantes o de difícil acceso. Sin perjuicio de que esta opción pueda ser técnicamente utilizada para la prestación regular de servicios, sin que se limite a zonas de difícil acceso, aunque este haya sido el objetivo prioritario de la Telemedicina en el país.
Ley 1266 del 2008	Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, incluidos los servicios de salud y especifica que los datos personales no pueden ser transmitidos ni compartidos sin consentimiento del cliente. (ley-1266-de-2008-habeas-data.pdf s. f.)	-Disponer normas para la:  Almacenamiento  Confidencialidad  Manejo  Reserva  De la información registrada en bancos de datos de naturaleza pública, o privada para fines estadísticos, de investigación o sanción de delitos. ( importante para tener en cuenta en el almacenamiento de datos, remisiones o reportes en caso de riesgo, así como encuadre al inicio de la atención para establecer acuerdo o aceptación del servicio)	- Los datos personales, no podrán ser accesibles por Internet o por otros medios sin la autorización previa del cliente.  - Trabajar con aplicaciones tecnológicas que puedan proteger la totalidad de los datos personales del usuario. - Tomar medidas para proteger los datos del usuario. (realizar la atención solo a través de una conexión web o línea de teléfono segura).
Ley 1341 del 2009	Por la cual se definen principios y conceptos sobre	Definir el término Sociedad de la información y Sociedad del Conocimiento	<input type="checkbox"/> Procesos de atención

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
	<p>la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las Comunicaciones TICs, se crea la Agencia Nacional del espectro y se dictan otras disposiciones. (Ley 1341 de 2009 - Gestor Normativo s. f.)</p>	<p>(Ginebra, 2003). Principios orientadores: Prioridad al acceso y uso de las TIC, Libre competencia, uso eficiente de la infraestructura y de los recursos escasos, protección de los derechos de los usuarios, promoción de la inversión, neutralidad tecnológica, el derecho a la comunicación, la información, la educación y los servicios básicos de las TIC, y masificación del Gobierno en línea. Las entidades de orden nacional y territorial promoverán, coordinarán y ejecutarán planes, programas y proyectos tendientes a garantizar el acceso y uso de la población, las empresas y las entidades públicas a las TIC. Las telecomunicaciones en casos de emergencia, conmoción o calamidad y prevención de dichos eventos. Los proveedores de redes y servicios deberán poner a disposición de las autoridades de manera gratuita y oportuna redes y servicios. Telesalud. El Ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones, apoyará el desarrollo de la Telesalud en Colombia, con recursos del fondo de las TIC, llevando conectividad a sitios estratégicos para la prestación de esta modalidad, a territorios apartados de Colombia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervención en crisis primera instancia</li> <li>● Orientación Psicológica</li> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Atención de conducta suicida</li> <li>● Búsqueda activa y seguimiento de casos</li> <li>● Otro tipo de intervenciones</li> <li>● Atención y/o manejo de violencias</li> <li>● Direccionamiento CRUE rutas de emergencia</li> </ul> <p>□ Procesos de tecnología</p>
Ley 1419 de 2010	<p>Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia.(ley-1419-de 2010.pdf s. f.)</p>	<p>Establecer el marco conceptual de la telesalud, definiendo así telemedicina tele educación en salud determinar los organismos encargados de la coordinación de los ejercicios de telesalud así como de su financiación.</p>	<p>Articular los Ministerios de la Protección Social, Educación, Comunicaciones y Vivienda, Desarrollo Territorial y Medio Ambiente para el desarrollo de la telesalud en Colombia la Telemedicina como una modalidad de servicio, adecuada, efectiva y racional facilitando el libre acceso y escogencia de parte del usuario de esta, lo cual contribuirá a su desarrollo y sostenibilidad. Inclusión en el pénsam académico, de los conocimientos y técnicas de TELESALUD, con sus componentes, a través de un proceso escalonado y progresivo, así como los cursos de capacitación necesaria a los docentes. Enseñanza de la telesalud en los cursos de inducción de las</p>

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
			profesiones del área de la salud
Ley 1438 del 19 de enero de 2011	<p>Artículo 1°. <i>Objeto de la ley.</i> Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.</p> <p>Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad</p>	<p>Si bien no está centrada en líneas de atención en salud mental, de esta Ley podrían rescatarse los siguientes principios del SGSSS aplicables a las líneas de atención, consignados en el artículo 3:</p> <p>Así mismo, las líneas de teleorientación, al ser estrategias de APS (La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la Atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del usuario en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.) deberán tener los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, Atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.</li> <li>● Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>● Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.</li> <li>● Cultura del autocuidado.</li> </ul>	



Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
	financiera.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientación individual, familiar y comunitaria.</li> <li>● Atención integral, integrada y continua.</li> <li>● Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la Atención en salud.</li> <li>● Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.</li> <li>● Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.</li> <li>● Participación activa de la comunidad.</li> <li>● Enfoque territorial.</li> </ul> <p>Las líneas además deberán seguir algunos de los criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Modelo de Atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.</li> <li>● recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.</li> <li>● Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de Atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutive para atender las demandas más frecuentes en la Atención de la salud de la Población a cargo.</li> <li>● Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la Atención del usuario en los diferentes niveles de Atención y escenarios</li> </ul>	

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
		<p>intramurales y extramurales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Acción intersectorial efectiva.</li> <li>● Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad. REVISAR CON EDNA CON RESPECTO A ESTÁNDARES DE CALIDAD</li> <li>● ARTÍCULO 65. Atención integral en salud mental. Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante Atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su Atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.</li> </ul>	
Ley 1581 de 2012	Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.(Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo s. f.)	<p>Definir los conceptos: Autorización, Base de datos, Dato personal, Encargado del tratamiento, Responsable del tratamiento, Titular, y Tratamiento.</p> <p>Principios para el tratamiento de los datos personales (Legalidad, Finalidad, Libertad, Veracidad, Acceso y Circulación Restringida, Transparencia, Seguridad, Confidencialidad)</p> <p>Categoría especial de datos (Datos sensibles, Tratamiento de datos sensibles, Derecho de los NNA)</p> <p>Derechos y condiciones de legalidad para el tratamiento de los datos.</p> <p>Procedimientos (Consultas, Reclamos y Requisitos de procedibilidad)</p> <p>Mecanismos de vigilancia y sanción (Autoridad de protección de datos)</p>	<p><input type="checkbox"/> Procesos de atención y de tecnología</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consentimientos informados.</li> <li>● Registros y reportes de atención.</li> <li>● Historias clínicas.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Procesos de resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informes y bases epidemiológicas.</li> </ul>
Ley 1566 de	Fortalecimiento de derechos	Aumentar la efectividad de las acciones de	Fortalecimiento de derechos para la atención en salud para

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
2012	para la atención en salud para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea premio nacional entidad comprometida con la prevención del consumo , abuso y adicción a sustancias psicoactivas.(Anotaciones Ley 1566 de 31 de julio de 2012: Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas., s. f.)	<p>control del consumo, y abuso que pretendan ser implementadas en cada nivel de asistencia sanitaria.</p> <p>Considerar el consumo de sustancias psicoactivas como un aspecto de salud pública.</p> <p>Garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.</p> <p>Reconocer la adicción como una enfermedad.</p> <p>Mejorar los programas de atención, prevención y tratamiento</p>	<p>garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.</p> <p>Lineamientos de la política pública frente al consumo de drogas.</p> <p>Monitoreo mediante el observatorio para el Seguimiento de Actores del Sistema de Salud (OSASS), a través de indicadores en aseguramiento, acciones interinstitucionales y Goce Efectivo de Derechos.</p>
Ley 1616 de 2013	Conocida como la ley de salud mental en Colombia, dispone de una serie de acciones que asume la salud mental como un proceso multidimensional, de bienestar integral, y no sólo la presencia o ausencia de condiciones clínicas a nivel psicopatológico. Dispone de una serie de elementos orientados al estricto cumplimiento en la prestación interdisciplinaria de servicios especializados en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas	Mejorar y actualizar personal, métodos y tecnologías para la prestación del servicio de atención psicosocial	

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
	<p>(Congreso de la república de Colombia, 2013). articulado de todos las entidades y personas que participan del sistema salud en el país, y logra reafirmar las obligaciones que el Estado Colombiano tiene frente a sus ciudadanos, brindando atenciones oportunas, integrales, y humanizadas cuando temas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas lo ameriten.</p>		
<p>Ley 1753 de 2015</p>	<p>ARTÍCULO 1°. <i>Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.</i> El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible.</p>	<p>Conocer los pilares del Plan Nacional de Desarrollo: Paz, Equidad y Educación. Plan de inversiones y presupuestos plurianuales (Mejoramiento de las condiciones de salud). Estándares, modelos y lineamientos de TIC para los servicios de los ciudadanos (Agendamiento electrónico de citas, Historia clínica electrónica, Servicios de Telemedicina y Telesalud). Política de atención integral en salud (Atención primaria en salud, Salud familiar y comunitaria, Articulación de las actividades y colectivas, y Enfoque poblacional y diferencial). Recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos. Políticas de atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia. Atención integral a la primera infancia en modalidad comunitaria y FAMI (Familia, mujer e infancia) Enfoque Psicosocial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Financiamiento líneas de atención en salud mental</li> <li><input type="checkbox"/> procesos de atención</li> <li>● Intervención en crisis primera instancia</li> <li>● Orientación Psicológica</li> <li>● Psicoeducación</li> <li>● Atención de conducta suicida</li> <li>● Búsqueda activa y seguimiento de casos</li> <li>● Otro tipo de intervenciones</li> <li>● Atención y/o manejo de violencias</li> <li>● Direccionamiento CRUE rutas de emergencia</li> <li><input type="checkbox"/> Procesos de tecnología</li> <li>● Agendamiento electrónico de citas</li> <li>● Historias clínicas electrónicas</li> <li>● Servicios de Telesalud (teleorientación)</li> </ul>

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
		<p>Acceso a las TIC y despliegue de infraestructura. Estrategia de la mortalidad materna.</p>	
<p>Resolución 1448 de 2006</p>	<p>Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina. Resolución 1448 de 2006. (2006) Recuperado de : <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci3n_1448_de_2006.zip">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci3n_1448_de_2006.zip</a></p>	<p>La telemedicina no es un tipo de servicio sino una modalidad de prestación del servicio. Regular la prestación servicios modalidad de telemedicina. Establecer las condiciones de habilitación de obligatorio cumplimiento para las instituciones que prestan servicios de salud bajo dicha modalidad.</p>	<p>Contar con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y de comunicación suficientes y necesarios para brindar a distancia el apoyo en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad. Historia clínica de los usuarios atendidos bajo la modalidad de telemedicina debe cumplir con todos los parámetros de calidad. Contratar servicios bajo la modalidad de telemedicina con aquellas Instituciones de Servicios de Salud que cumplan con los estándares establecidos en la presente norma. •Consentimiento informado Para la atención de usuarios de telemedicina, será necesario informar en qué consiste esta modalidad de servicio, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención.  •La ética en la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina.  •El profesional estará obligado a abstenerse de participar si no tiene el conocimiento, competencia o suficiente información del usuario para dar una opinión fundamentada.  •El profesional es responsable por la calidad de la atención</p>
<p>Resolución 429 de 2016</p>		<p>Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (enfoque de salud familiar y comunitaria, enfoque diferencial en los distintos territorios y poblaciones) Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad de atención en salud de la población Ámbito de aplicación (Entidades territoriales). Componentes del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) Caracterización de la población, Regulación RIAS,</p>	<p><input type="checkbox"/> Procesos de atención <input type="checkbox"/> Procesos de resultados</p>

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
		implementación de GIRRS, Delimitación territorial MIAS, Redes integrales de prestadoras de servicios en salud, Redefinición del rol del asegurador, Redefinición del esquema de incentivos, Requerimientos y procesos del sistema de información, Fortalecimiento del recurso humano en salud, y Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.	
Resolución 3280 de 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. (resolucion-3280-de-2018.pdf s. f.)	Atención centrada en la mujer, conformada por intervenciones individuales (12 actividades que componen la Ruta de atención integral) e intervenciones colectivas (Información en salud, Educación y comunicación en salud, Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales). Campo de aplicación (Entidades territoriales, Entidades Promotoras de la Salud, Entidades obligadas a compensar, Prestadoras Servicios de Salud) Adaptación de la ruta (RIAM). Progresividad y transitoriedad. Resultados de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAM): Atención profesional transversal, evitar interrupción voluntaria del embarazo (complicaciones), evitar mortalidad materna, gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable, atención segura y humanizada del parto, neonatos en las mejores condiciones de salud, mujeres y familias que desarrollan capacidades para el cuidado salud materno perinatal.	<input type="checkbox"/> Procesos de atención <input type="checkbox"/> Procesos de resultados
Resolución 2654 de 2019	Por la cual establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para	Accesibilidad: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto	Parágrafo. Los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios en la modalidad de telemedicina, serán las que establezcan en el

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
	<p>la práctica de la telemedicina en el país. (2654 Establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para La práctica de la telemedicina en el país, s. f.) v</p>	<p>a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información, tal como lo prevé el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p><b>Mensaje de datos.</b> Es la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, como pudieran ser, entre otros, el Intercambio Electrónico de Datos (EDI), Internet, el correo electrónico, el telegrama, <b>el télex o el telefax.</b></p> <p><b>Método de comunicación sincrónico.</b> Tanto el que emite la comunicación como el que la recibe, se encuentran presentes en sus equipos de cómputo o de procesamiento de datos, en el mismo momento de la emisión de la información. Es una transmisión en vivo y en directo, en línea y en tiempo real.</p> <p><b>Prestador remitente de telemedicina.</b> Es el prestador de servicios de salud, con limitaciones de acceso o de capacidad resolutoria, que cuenta con tecnologías de información y comunicaciones que le permiten enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador, en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende, en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad). Prestador de referencia de telemedicina. Es el prestador de servicios de salud que cuenta con el talento humano en salud</p>	<p>Sistema Único de Habilitación.</p>

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
		<p>capacitado y con las tecnologías de información y de comunicaciones suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad), requerido por un usuario o uno o más prestadores remisos en condiciones de oportunidad y seguridad.</p> <p>Proveedor tecnológico. Persona jurídica que proporciona servicios relacionados con TIC (plataforma tecnológica y servicios tecnológicos) y son responsables del aprovisionamiento, habilitación, configuración, mantenimiento, operación, soporte a usuarios y acompañamiento a entidades.</p> <p>Recursos tecnológicos. Son un medio, bien o instrumento que se vale de la tecnología para cumplir con un propósito.</p> <p>Red social. Espacios o estructuras en Internet que permiten a las personas interactuar con una o más personas o instituciones a la vez, aun cuando estas se encuentren a una larga distancia, estableciendo relaciones entre grupos o comunidades con intereses comunes.</p> <p>Servicio de salud. Es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del</p>	



Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
		<p>usuario, en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.</p> <p>Tecnologías de información y comunicación. Conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios, que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de información como voz, datos, texto, video e imágenes.</p> <p>Telemedicina. Conforme lo determina el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.</p> <p>Lo anterior no exime a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago de tales servicios de su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Telesalud. De acuerdo con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010, esta definición corresponde al conjunto de</p>	

Norma	Objeto	Objetivos y alcances para las líneas de atención	Proceso / procedimientos relacionados con las líneas de atención
		<p>actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.</p>	
<p>Resolución 089 de 2019 (Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas)</p>	<p>Se estructuran a través de ejes complementarios, en la atención integral a través de los diferentes momentos del curso de vida y entorno, teniendo en cuenta que los individuos y colectivos definiendo las orientaciones estratégicas para establecer acciones e intervenciones sectoriales, de gestión intersectorial y comunitarias, a través de 5 ejes:  Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos y fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas,  Prevención de los problemas de salud mental, trastornos mentales, epilepsia y de factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas,  Tratamiento integral,  Rehabilitación integral e Inclusión social y Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.  (politica-prevencion-atencion-spa.pdf s. f.)</p>		

